



Atención psicosocial de rutina en casos de infertilidad y reproducción asistida. Guía para el equipo de fertilidad

**ESHRE Equipo responsable de la elaboración de la guía para Psicología y
Consultoría**

Marzo 2015

Descargo de responsabilidad

La Sociedad Europea para la Reproducción Humana y la Embriología [European Society of Human Reproduction and Embryology, 'ESHRE'] elaboró la presente guía de prácticas clínicas para aportar recomendaciones clínicas que mejoren la calidad de la provisión de atención médica dentro del campo europeo de la reproducción humana y la embriología. Este manual refleja las perspectivas de ESHRE, que son producto de una atenta consideración de la evidencia científica disponible al momento de la elaboración. Ante la falta de evidencia científica sobre algunos aspectos, se ha logrado consenso entre los miembros más relevantes de ESHRE.

El objeto de un manual de prácticas clínicas es ayudar a los profesionales de la atención médica en la toma de decisiones clínicas cotidianas para el cuidado apropiado y efectivo de sus pacientes.

Sin embargo, la observancia de este manual de prácticas clínicas no garantiza un resultado exitoso ni específico, ni tampoco establece un estándar de atención. Una guía de prácticas clínicas no invalida el juicio clínico de los profesionales de la salud en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes particulares. En última instancia, los profesionales de la salud deben tomar sus propias decisiones basados en cada caso, recurriendo a su juicio clínico, su conocimiento y experiencia, y teniendo en cuenta la condición, circunstancias y deseos del paciente como individuo, para lo cual deberá consultar con el paciente o con su tutor o persona a cargo.

ESHRE no ofrece garantías, expresa ni implícitamente, por las indicaciones de este manual de prácticas clínicas y específicamente excluye cualquier mercantilización y aptitud para usos o propósitos particulares. ESHRE no se hará responsable por daños directos, indirectos, especiales, incidentales o que surjan como consecuencia del uso de la información aquí contenida. Si bien ESHRE se esfuerza denodadamente por compilar información precisa y mantenerla actualizada, no puede, no obstante, garantizar la corrección, completitud y precisión de este manual en todos sus aspectos. En todo caso, este manual de prácticas clínicas no representa necesariamente la perspectiva de todos los profesionales miembros de ESHRE.

La información provista en este documento no debe considerarse como asesoramiento empresarial, médico ni profesional de ningún tipo, y está sujeta a modificación.

La presente publicación es una traducción del documento original de ESHRE® "Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff". La traducción fue elaborada en base al mencionado documento, en línea con lo que se estipula en la "Política para la traducción de Documentos ESHRE®" ('Policy for the translation of ESHRE® Documents'), disponible en el sitio web de ESHRE® (www.eshre.eu).

La traducción del documento original de ESHRE® fue realizada por la Lic. Carolina Fernández y revisada por la Dra. Natacha Salomé Lima, integrantes del equipo del Proyecto UBACYT 20020150100164BA (2016-2018): "Las competencias del psicólogo en el ámbito de las Tecnologías de Reproducción humana Asistida", dependiente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, dirigido por la Prof. Dra. Elizabeth Beatriz Ormart; dicho equipo es el único responsable por su contenido. El hecho de que ESHRE® haya validado previamente esta traducción no afecta dicha responsabilidad.

Si surgiera alguna duda relacionada con la exactitud de la información contenida en la traducción o su valor científico, se ruega remitirse al documento original de ESHRE®. Cualquier discrepancia o diferencia surgida de la traducción no es vinculante para ESHRE® y no tiene efecto jurídico a los fines de aplicación y cumplimiento. Dado que el original de ESHRE® fue publicado en inglés, este siempre prevalecerá.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Descargo de responsabilidad..... | 1 |
| I.INTRODUCCIÓN Y ALCANCE DEL MANUAL..... | 5 |
| ¿Por qué se desarrolló este manual? | 5 |
| Usuarios a los que se dirige este manual..... | 6 |
| Alcance del manual..... | 7 |
| Similitudes y diferencias con el manual anterior..... | 10 |
| Interpretación de los grados de recomendación..... | 11 |
| II.SUMARIO | 14 |
| LISTADO DE TODAS LAS RECOMENDACIONES..... | 14 |
| CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES..... | 29 |
| 1. ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LAS CLÍNICAS DE FERTILIDAD: PREFERENCIAS Y BIENESTAR DE LOS PACIENTES | 34 |
| 1.1 Preferencias de los pacientes | 34 |
| 1.1.a Características del equipo de la clínica de fertilidad | 35 |
| 1.1.b Características de la clínica..... | 37 |
| 1.1.c Componentes de la atención psicosocial..... | 39 |
| 1.2 Bienestar de los pacientes | 45 |
| 1.2.a Características del equipo y de la clínica de fertilidad | 46 |
| 1.2.b Componentes de la atención psicosocial | 48 |
| 1.2.b.1 Intervenciones interactivas | 49 |
| 1.2.b.2 Intervenciones autoadministradas..... | 52 |
| 2. ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES ANTES DEL TRATAMIENTO..... | 60 |
| 2.1 Necesidades de los pacientes antes del tratamiento | 60 |
| 2.1.a Necesidades conductuales | 60 |
| 2.1.b Necesidades sociales y de afinidad | 62 |
| 2.1.c Necesidades emocionales..... | 64 |
| 2.1.d Necesidades cognitivas | 67 |
| 2.2 Detección de necesidades antes del tratamiento | 69 |
| 2.2.a Necesidades conductuales | 69 |
| 2.2.b Necesidades sociales y de afinidad | 71 |
| 2.2.c Necesidades emocionales..... | 76 |
| 2.2.d Necesidades cognitivas | 82 |
| 2.3 Responder a las necesidades antes del tratamiento | 84 |
| 2.3.a Necesidades conductuales | 84 |
| 2.3.b Necesidades sociales y de afinidad | 87 |

| | |
|--|------------|
| 2.3.c Necesidades emocionales..... | 88 |
| 2.3.d Necesidades cognitivas | 89 |
| 3. ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO..... | 92 |
| 3.1 Necesidades de los pacientes durante el tratamiento | 92 |
| 3.1.a Necesidades conductuales | 92 |
| 3.1.b Necesidades sociales y de afinidad | 94 |
| 3.1.c Necesidades emocionales..... | 98 |
| 3.1.d Necesidades cognitivas | 106 |
| 3.2 Detección de necesidades durante el tratamiento | 108 |
| 3.2.a Necesidades conductuales | 108 |
| 3.2.b Necesidades sociales y de afinidad | 109 |
| 3.2.c Necesidades emocionales..... | 111 |
| 3.2.d Necesidades cognitivas | 118 |
| 3.3 Responder a las necesidades durante el tratamiento | 119 |
| 3.3.a Necesidades conductuales | 119 |
| 3.3.b Necesidades sociales y de afinidad | 119 |
| 3.3.c Necesidades emocionales..... | 121 |
| 3.3.d Necesidades cognitivas | 124 |
| 4. ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO..... | 127 |
| 4.1 Necesidades de los pacientes después del tratamiento..... | 127 |
| 4.1.A TRATAMIENTO NO EXITOSO..... | 127 |
| 4.1.A.a Necesidades conductuales | 127 |
| 4.1.A.b Necesidades sociales y de afinidad | 128 |
| 4.1.A.c Necesidades emocionales | 129 |
| 4.1.A.d Necesidades cognitivas | 130 |
| 4.1.B EMBARAZO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO..... | 130 |
| 4.1.B.a Necesidades conductuales | 130 |
| 4.1.B.b Necesidades sociales y de afinidad | 131 |
| 4.1.B.c Necesidades emocionales | 133 |
| 4.1.B.d Necesidades cognitivas | 135 |
| 4.2 Detección de necesidades después del tratamiento..... | 137 |
| 4.2.A TRATAMIENTO NO EXITOSO..... | 137 |
| 4.2.A.a Necesidades conductuales | 137 |
| 4.2.A.b Necesidades sociales y de afinidad | 138 |
| 4.2.A.c Necesidades emocionales | 138 |
| 4.2.A.d Necesidades cognitivas | 140 |
| 4.2.B EMBARAZO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO..... | 141 |
| 4.2.B.a Necesidades conductuales | 141 |
| 4.2.B.b Necesidades sociales y de afinidad | 141 |

| | |
|---|------------|
| 4.2.B.c Necesidades emocionales | 141 |
| 4.2.B.d Necesidades cognitivas | 142 |
| 4.3 Responder a las necesidades después del tratamiento..... | 144 |
| 4.3.A. TRATAMIENTO NO EXITOSO..... | 144 |
| 4.3.B EMBARAZO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO | 145 |
| APÉNDICE 1: GLOSARIO..... | 148 |
| APÉNDICE 2: HERRAMIENTAS PARA DETECTAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES..... | 152 |
| APÉNDICE 3: ABREVIATURAS..... | 154 |
| APÉNDICE 4: Equipo responsable de la elaboración de esta guía..... | 156 |
| Declaraciones de intereses | 157 |
| APÉNDICE 5: SUGERENCIAS DE INVESTIGACIÓN | 158 |
| Otros tópicos importantes para la futura investigación:..... | 159 |
| APÉNDICE 6: METODOLOGÍA..... | 160 |
| Elaboración del Manual | 160 |
| Estrategia para revisar la versión del manual..... | 166 |
| Estrategia de implementación de la guía de pautas..... | 166 |
| Agenda para actualizar la guía..... | 167 |
| APÉNDICE 7: Revisores de la versión preliminar | 168 |

I.INTRODUCCIÓN Y ALCANCE DEL MANUAL

Este documento ofrece a todo el equipo que trabaja en la clínica de fertilidad (médicos, enfermeras, parteras, consejeros, trabajadores sociales, psicólogos, embriologistas y personal administrativo) el mejor asesoramiento basado en la evidencia para incorporar la atención psicosocial en el tratamiento de la infertilidad. Se entiende por “atención psicosocial” aquellos cuidados que permiten a las parejas, sus familias y sus proveedores de servicios de salud optimizar el tratamiento de la fertilidad y manejar las implicancias psicológicas y sociales de la infertilidad y su tratamiento (*Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*, 2008).

¿Por qué se desarrolló este manual?

La Organización Mundial de la Salud define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencias” (World Health Organization, 2007). Esta definición subraya las muchas dimensiones de la salud (anatómicas, fisiológicas y mentales) y la importancia de proveer cuidados adecuados para abarcarlas y no solamente tratar la enfermedad.

En el tratamiento de la infertilidad, esto cobra particular importancia por varias razones. Primero, el tratamiento estándar no cura la causa de la infertilidad, sino que solo ayuda a los pacientes a conseguir la parentalidad. Por lo tanto, la mayoría de los individuos debe continuar afrontando las consecuencias psicosociales de la infertilidad en su vida, por ejemplo, si decide tener más hijos. Segundo, hoy se sabe que muchos pacientes estériles encuentran dificultades para sobrellevar el largo período que usualmente insumen el diagnóstico y el tratamiento, y la incertidumbre de si lograrán la parentalidad (Klonoff-Cohen, *et al.*, 2007; Boivin y Lancaster, 2010). La mayoría de los pacientes experimenta algún grado de estrés emocional durante el tratamiento (Verhaak, *et al.*, 2007a; Knoll, *et al.*, 2009; Karatas, *et al.*, 2011) y alrededor del 23% abandona el tratamiento antes de tiempo porque lo percibe como una carga (Brandes, *et al.*, 2009). Por último, alrededor de un tercio de los pacientes finaliza el tratamiento sin conseguir el embarazo o el nacimiento (Pinborg, *et al.*, 2009) y muchos encuentran dificultades para aceptar que su objetivo de ser padres no se cumplió (Verhaak, *et al.*, 2007c; Johansson, *et al.*, 2010; Wischmann, *et al.*, 2012). Incluso cuando se consigue un embarazo, se lo vive con creciente temor por la viabilidad y la salud del feto (Hammarberg, *et al.*, 2008). Proveer cuidados de salud de alta calidad en el ámbito de la fertilidad implica no solo crear las condiciones óptimas para que los pacientes en tratamiento logren convertirse en padres, sino también ayudar a los pacientes y a los proveedores de salud a manejar estas y otras consecuencias de la infertilidad y su tratamiento. Solo si hacemos esto podemos garantizar una experiencia saludable del tratamiento de la fertilidad.

Las pautas que aquí se presentan proponen una concepción de atención psicosocial que distingue tres niveles complementarios de atención psicosocial: atención psicosocial de rutina, consultoría en infertilidad (por ejemplo, intervención en crisis, apoyo durante el duelo, orientación psicológica para afrontar consecuencias) y psicoterapia (para pacientes diagnosticados con desórdenes en su salud mental). Estos dos últimos son considerados atención psicosocial especializada. Existe consenso actualmente en que la mayoría de los pacientes identifica un conjunto relativamente común de desafíos frente al proceso de tratamiento, pero solo alrededor del 20% de ellos desarrollan problemas clínicamente significativos que los llevan a buscar o justificar la derivación a una atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia) (Boivin, *et al.*, 1999; Verhaak, *et al.*, 2010). Al ofrecer atención psicosocial de rutina, las clínicas responden a las necesidades más comunes de los pacientes; sin embargo, para que sea eficaz y tenga verdadero impacto, esta atención debe ser provista en combinación con el tratamiento médico durante la consulta de rutina, de modo que sea accesible a todos los pacientes. Esto implica que la atención psicosocial de rutina debe ser responsabilidad de

todos los miembros del equipo que tengan contacto con los pacientes (dependiendo de cómo organiza cada clínica su servicio, puede incluir o no profesionales de la salud mental). Este enfoque va en línea con los modelos de cuidados biopsicosociales y centrados en el paciente (por ejemplo, Engel, 1977; *Principles of patient-centered care*, 2012) y ha sido recomendado e implementado para diferentes estados de salud (Jordans, *et al.*, 2010; Fann, *et al.*, 2012; Gameiro, *et al.*, 2013a).

Los pacientes con necesidades específicas, que están en riesgo de experimentar o ya experimentando problemas emocionales, deben ser derivados (por un miembro del equipo o por autoderivación) a atención psicosocial especializada, que es responsabilidad exclusiva de los profesionales de la salud mental (por ejemplo, consultores especializados, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas). Por lo tanto, el manual da por sentado que todas las clínicas deben ofrecer a sus pacientes el acceso a una consultoría en infertilidad o a una psicoterapia cuando sea necesario (ya sea por derivación de un miembro del equipo o por autoderivación) y deben incluir recomendaciones al respecto. Sin embargo, la consultoría en infertilidad y la psicoterapia no constituyen el foco de este manual.

La evidencia presentada en este manual muestra que proveer atención psicosocial de rutina puede reducir el estrés (Pook y Krause, 2005) y las preocupaciones en torno a los procedimientos médicos (Gameiro, *et al.*, 2013a), y mejorar las consecuencias sobre la vida (Moran, *et al.*, 2011), el conocimiento (Hope y Rombauts, 2010), el bienestar del paciente (Cousineau, *et al.*, 2008; Aarts, *et al.*, 2012) y su compromiso con el tratamiento (Pook y Krause, 2005). También pueden esperarse beneficios adicionales ya que el bienestar de los pacientes está asociado con su satisfacción con los cuidados recibidos (Boivin, *et al.*, 2011; Aarts, *et al.*, 2012; Pedro, *et al.*, 2013). Además, si se logra un compromiso pleno con el tratamiento, se puede esperar un aumento de un 15% en la tasa de embarazos en la clínica de fertilidad (Gameiro, *et al.*, 2013c).

Este Manual ESHRE fue desarrollado para guiar al equipo que trabaja en la clínica de fertilidad a incorporar atención psicosocial de rutina en el tratamiento de la infertilidad que administra a sus pacientes. Todas las recomendaciones se basan en la evidencia disponible.

Usuarios a los que se dirige este manual

El presente manual ofrece una guía a todo el equipo que trabaja en la clínica de fertilidad (médicos, enfermeras, parteras, consejeros, trabajadores sociales, psicólogos, embriologistas y personal administrativo) que tiene contacto con pacientes y puede proveer atención psicosocial de rutina o hacer derivaciones al servicio especializado de atención psicosocial (por ejemplo, consultoría en infertilidad o psicoterapia).

Aunque la mayoría de los aspectos de la atención psicosocial son comunes a todos los pacientes que se tratan en la clínica de fertilidad, existen algunos aspectos que serán relevantes para pacientes específicos, según sus vulnerabilidades o necesidades idiosincrásicas, o para afrontar los desafíos puntuales que las diferentes etapas del tratamiento imponen sobre los pacientes. Estas variaciones en las necesidades de los pacientes y en las etapas del tratamiento sugieren que diferentes miembros del equipo serán responsables por aspectos específicos de la atención psicosocial que se brinda. No es la función de este manual asignar esas responsabilidades, ya que ellas dependen en gran medida de las diferencias socioculturales y legales de los países europeos y de la forma en que cada clínica de fertilidad organiza sus servicios de salud.

Más allá de esas diferencias socioculturales y legales, este Manual ESHRE apunta a establecer un estándar de calidad mínimo para la provisión de atención psicosocial de rutina, y a contribuir a la

homogenización de la atención psicosocial en el tratamiento de la infertilidad en los países europeos.

Alcance del manual

Este documento, “Atención psicosocial de rutina en casos de infertilidad y reproducción asistida. Guía para el equipo de fertilidad”, fue escrito para ofrecer una guía en torno a dos ejes principales.

Primero, se provee información al equipo de fertilidad sobre las preferencias de los pacientes en cuanto a la atención psicosocial que reciben en las clínicas, y sobre cómo estos cuidados están asociados a su bienestar. Esa información es útil para que el equipo tome conciencia de las preferencias del paciente en torno a la atención psicosocial.

Segundo, este manual ofrece información sobre las necesidades psicosociales que los pacientes experimentan en el camino de su tratamiento, y sobre cómo el equipo que trabaja en la clínica de fertilidad puede detectar y atender esas necesidades.

Este manual está organizado según un eje horizontal “temporal” y un eje vertical de “necesidades”, con el objetivo de adecuar los cuidados a las diferentes necesidades psicosociales que los pacientes experimentan a lo largo de las diferentes etapas del tratamiento. Este enfoque se describe en la Figura I.1.

Figura I.1. Representación esquemática del enfoque del Manual para la provisión de atención psicosocial adecuada a cada etapa específica del tratamiento y a las necesidades del paciente.



Fueron consideradas tres etapas diferentes del tratamiento, cada una de las cuales incluye diferentes tiempos o períodos.

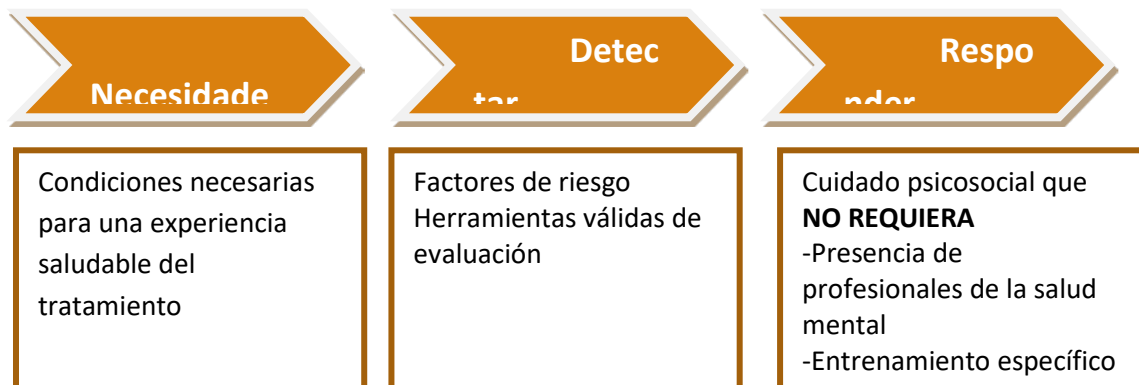
El período **pre-tratamiento** se refiere al período que comienza con la primera visita a la clínica hasta el comienzo del primer ciclo de tratamiento. El período **durante el tratamiento** abarca el tiempo de cualquier ciclo de tratamiento, sea este de primera línea, como la inseminación intrauterina (IIU), o con tecnología reproductiva asistida (TRA). Finalmente, el período **después del tratamiento** remite al período que comienza un año después de que los pacientes se someten a su último ciclo de tratamiento. La literatura existente sobre el período **después del tratamiento** distingue entre aquellos que no lograron concebir con el tratamiento (esto es, tratamiento no exitoso) y aquellos que sí lo lograron (esto es, tratamiento exitoso que resulta en un nacimiento); esta distinción se conserva en la presente guía. Aunque los miembros del equipo de fertilidad pierden contacto con los pacientes una vez que estos finalizan el tratamiento, pueden considerar tomar medidas de cuidado preventivo durante y al final del tratamiento para responder a las necesidades que los pacientes experimentan después del tratamiento. Además, pueden desarrollarse y ponerse al alcance de los pacientes intervenciones más autónomas, por ejemplo, en la página web de la clínica.

“Necesidades” se refiere a las condiciones que se asumen como necesarias para que los pacientes tengan una experiencia psicosocialmente saludable de su tratamiento de fertilidad. Para captar la definición multidimensional de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las necesidades

psicosociales de los pacientes fueron clasificadas según cuatro categorías diferentes: conductuales, sociales y de afinidad (relación), emocionales y cognitivas, llamadas las necesidades **CSEC**.

Este manual provee información sobre las necesidades que los pacientes experimentan en cada etapa del tratamiento y sobre cómo detectarlas y responder a ellas. Esto se describe en la Figura 1.2.

Figura 1.2. Describir, detectar y responder a las necesidades del paciente.



La descripción de los diferentes tipos de necesidades (conductuales, sociales y de afinidad, emocionales y cognitivas) a través de las distintas etapas del tratamiento (antes, durante y después) tiene en cuenta la variabilidad de los grupos y garantiza que el personal esté al tanto de las necesidades más comunes que los pacientes experimentan. Implementar procedimientos de rutina para responder a esas necesidades debe maximizar el impacto de la atención psicosocial sobre los pacientes.

Sin embargo, el Manual también considera que pueden variar ampliamente los tipos y el nivel de necesidades que los pacientes tienen. Atento a esta variabilidad individual de necesidades, este Manual informa sobre los factores de riesgo (correlatos y predictores) para las necesidades psicosociales específicas y sobre las herramientas existentes específicas para infertilidad y válidas para detectarlas. Los factores de riesgo apuntan a un paciente con perfil de riesgo y las herramientas son útiles para la evaluación clínica y el control.

El equipo de fertilidad debe también estar suficientemente informado sobre los cuidados psicosociales disponibles para responder eficazmente a las necesidades de los pacientes y ser capaz de administrarlos. Así, este Manual informa sobre los componentes del cuidado psicosocial que no requieren la activa intervención de profesionales de la salud mental (por ejemplo, consultores especializados, psicólogos, psiquiatras) o que pueden ser administrados por cualquier miembro del equipo sin especial entrenamiento en cuidados de la salud mental, en el contexto de sus tareas de rutina. Por ejemplo, los médicos suelen proporcionar a los pacientes información sobre el tratamiento y pueden recurrir a intervenciones validadas. El personal administrativo suele lidiar con los aspectos burocráticos y puede utilizar las herramientas descritas en el Apéndice 2 para la evaluación del servicio por el usuario. Las intervenciones que solo pueden ser administradas por profesionales de la salud mental (por ejemplo, consultoría en infertilidad, terapia psicológica individual o de pareja, terapia sexual) no fueron consideradas. Estas pueden ser descritas en futuros Manuales ESHRE. Dos aclaraciones importantes son necesarias respecto de las definiciones antes presentadas. Primero, el hecho de que los componentes del cuidado psicosocial no requieran la intervención activa de un profesional de la salud mental no significa que ellos no puedan administrarlos. Eso dependerá de cómo se organiza la atención psicosocial en las clínicas. Lo que se considera es si algún miembro del equipo

está en condiciones de administrarlos, independientemente de que tenga o no un entrenamiento especializado en cuidados de la salud mental, como una maestría o doctorado, o cualquier otro programa de largo plazo de entrenamiento especializado. Segundo, el equipo responsable de la elaboración de esta guía sugiere que, dada su experticia, los profesionales de la salud mental estén involucrados en el diseño, desarrollo y difusión de todos los componentes del cuidado psicosocial que se administren en las clínicas de fertilidad.

Las necesidades psicosociales pueden verse afectadas por el tratamiento de fertilidad, pero también pueden afectar el resultado del tratamiento. Conciérne a esta guía cómo el tratamiento afecta las necesidades, y no se enfoca en cómo la respuesta a las necesidades del paciente puede impactar en la tasa de tratamientos exitosos. El equipo responsable de la elaboración de esta guía no consideró que esto fuera crucial para el objeto del Manual por múltiples razones. Primero, existe suficiente evidencia de que los pacientes experimentan problemas psicosociales subclínicos y clínicos durante el tratamiento (Verhaak, *et al.*, 2007a; Knoll, *et al.*, 2009; Karatas, *et al.*, 2011) para justificar que esas necesidades sean atendidas, incluso si no impactan en el resultado del tratamiento. Segundo, los mismos pacientes expresan el deseo de que esas necesidades sean atendidas (Dancet, *et al.*, 2010). Tercero, aunque la evidencia que relaciona las necesidades psicosociales de los pacientes (en particular, el estrés psicológico) con el resultado del tratamiento es compleja e incluso controversial, es suficientemente convincente al demostrar que existe al menos un vínculo indirecto, por la vía de la conducta de abandono prematuro. De hecho, en retrospectiva, algunos pacientes mencionan que las necesidades específicas no respondidas fueron razones de peso para haber abandonado el tratamiento de forma prematura (Gameiro, *et al.*, 2012), y la no continuación resulta en la disminución de la tasa de éxito para los pacientes y las clínicas (Gameiro, *et al.*, 2013c).

Similitudes y diferencias con el manual anterior

La presente guía comenzó a ser elaborada por los miembros del equipo responsable en 1999, con el asesoramiento adicional de especialistas en el campo. Sin embargo, mientras que el Manual anterior fue pensado para asistir a los profesionales de la salud mental en la provisión de consultoría y psicoterapia a pacientes infértiles (Boivin, *et al.*, 2001), el presente se enfoca en ofrecer una guía a todo el equipo que trabaja en la clínica de fertilidad para que provea cuidados psicosociales de rutina. Por ejemplo, la actual guía solo incluye intervenciones psicosociales que puedan ser administradas sin la presencia de un profesional de la salud mental y que no requieran de un entrenamiento especializado.

El enfoque exclusivo sobre los cuidados psicosociales de rutina queda justificado por el actual desbalance entre un sistema de pautas sobre cómo proveerlos, y la psicoterapia y la consultoría en infertilidad. En efecto, existe actualmente abundante orientación, basada en la evidencia, para los profesionales de la salud mental que trabajan con pacientes infértiles, ya sea en formato libro, reseñas de colegas o cursos de especialización. No puede decirse que el equipo de fertilidad cuente con el mismo respaldo al proveer atención psicosocial de rutina. Evidencia reciente sugiere que el equipo de fertilidad carece de conocimientos precisos sobre cómo abordar las preocupaciones de sus pacientes, sus necesidades y preferencias (Huppelschoten, *et al.*, 2013); que le resulta difícil evaluar su desempeño al hacerlo (Aarts, *et al.*, 2011); y que cree que necesita pautas detalladas y claras para mejorar su práctica (Huppelschoten, *et al.*, 2013). Las razones para esta falta de orientación son fundamentalmente históricas: hasta hace muy poco, con la emergencia del movimiento Atención Centrada en el Paciente (van Empel, *et al.*, 2008) y modelos específicos de tratamientos de fertilidad como el Modelo Integrado de Atención de la Fertilidad (Boivin, *et al.*, 2012), los cuidados psicosociales eran considerados mayormente responsabilidad de los profesionales de la salud mental.

Otra diferencia importante entre los dos Manuales es que el presente está basado en la evidencia. La metodología adoptada para su elaboración se basa en el *Manual para la elaboración de pautas ESHRE* (Nelen, 2009). La metodología es descrita detalladamente en el Apéndice 6; contempla la búsqueda sistemática y la evaluación objetiva de la mejor evidencia disponible desde enero de 1990 hasta abril de 2014, y una crítica extensiva y transparente del Manual por los actores más relevantes.

Por último, mientras que el Manual anterior incluía secciones relativas a poblaciones específicas de pacientes (por ejemplo, pacientes que recurrían a una tercera parte para la reproducción, parejas lesbianas), la presente guía solo se enfoca en aquellos aspectos de la atención psicosocial que son comunes a todos los pacientes infértiles (individuos, parejas). La única razón para limitar el alcance del Manual fue asegurar la factibilidad mientras se seguían los lineamientos del enfoque basado en la evidencia que recomendaba el *Manual para la elaboración de pautas ESHRE*. Esta reducción necesaria del alcance y la evidencia disponible significa que algunos tópicos importantes (por ejemplo, cuestiones éticas, el bienestar del niño, la donación de gametos, etc.) no son abordados. Futuras guías ESHRE pueden ser desarrolladas para abordar las especificidades de proveer cuidados psicosociales a grupos específicos de pacientes o para tratar tópicos particulares. No obstante, el equipo responsable de la elaboración de esta guía quiere dejar en claro que estas pautas se aplican a todas las poblaciones de pacientes y que intentaron ser inclusivos en la caracterización de las necesidades ordinarias que los pacientes experimentan. Por lo tanto, se han incluido todos los estudios con grupos específicos (por ejemplo, parejas lesbianas) que se enfoquen en aquellos aspectos de la atención que todos los pacientes experimentan.

Interpretación de los grados de recomendación

Para cada recomendación, se asignó un grado (A-D) basado en la fuerza de la evidencia que la sustenta (puntuada de 1++ a 4). En caso de ausencia de evidencia, el equipo responsable de la elaboración de esta guía podría decidir escribir ítems de buenas prácticas (IBP), basándose en la pericia clínica (Nelen, 2009).

| Grados de recomendaciones | Evidencia que las sustenta |
|---------------------------|---|
| A | Meta-análisis, revisión sistemática o múltiples ensayos clínicos controlados aleatoriamente (ECCA) (alta calidad) |
| B | Meta-análisis, revisión sistemática o múltiples ECCA (calidad moderada) ECCA singular, ensayo clínico amplio no aleatorio, caso control o estudios de cohorte (alta calidad) |
| C | ECCA singular, ensayo clínico amplio no aleatorio, caso control o estudios de cohorte (calidad moderada) |
| D | Estudios no analíticos, reporte de casos o series de casos (alta o moderada calidad) |
| IBP | Opinión de expertos |

Referencias

- Aarts JW, Faber MJ, van Empel IW, Scheenjes E, Nelen WL, Kremer JA. Professionals' perceptions of their patients' experiences with fertility care. *Hum Reprod* 2011;**26**: 1119-1127.
- Aarts JW, Huppelschoten AG, van Empel IW, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JA, Nelen WL. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Hum Reprod* 2012;**27**: 488-495.
- Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, Daniels KR, Darwish J, Guerra-Diaz D, Hammar M, McWhinnie A, Strauss B, Thorn P, Wischmann T, Kantenich H, European Society of Human Reproduction and Embryology. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001;**16**: 1301-1304.
- Boivin J, Domar AD, Shapiro DB, Wischmann TH, Fauser BC, Verhaak C. Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Hum Reprod* 2012;**27**: 941-950.
- Boivin J, Lancaster D. Medical waiting periods: imminence, emotions and coping. *Womens Health* 2010;**6**: 59-69.
- Boivin J, Scanlan LC, Walker SM. Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Hum Reprod* 1999;**14**: 1384-1391.
- Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Hum Reprod* 2011;**26**: 2084-2091.
- Brandes M, van der Steen JO, Bokdam SB, Hamilton CJ, de Bruin JP, Nelen WL, Kremer JA. When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Hum Reprod* 2009;**24**: 3127-3135.
- Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. 2008, National Academies Press, Washington, DC, USA.
- Cousineau TM, Green TC, Corsini EA, Seibring AR, Showstack MT, Applegarth L, Davidson M, Perloe M. Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2008;**23**: 554-566.
- Dancet EA, Nelen WL, Sermeus W, De Leeuw L, Kremer JA, D'Hooghe TM. The patients' perspective on fertility care: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2010;**16**: 467-487.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;**196**: 129-136.
- Fann JR, Ell K, Sharpe M. Integrating psychosocial care into cancer services. *J Clin Oncol* 2012;**30**: 1178-1186.
- Gameiro S, Boivin J, Domar A. Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff. *Fertil Steril* 2013a;**100**: 302-309.
- Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update* 2012;**18**: 652-669.
- Gameiro S, Verhaak CM, Kremer JA, Boivin J. Why we should talk about compliance with assisted reproductive technologies (ART): a systematic review and meta-analysis of ART compliance rates. *Hum Reprod Update* 2013c;**19**: 124-135.
- Hammarberg K, Fisher JR, Wynter KH. Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2008;**14**: 395-414.
- Hope N, Rombauts L. Can an educational DVD improve the acceptability of elective single embryo transfer? A randomized controlled study. *Fertil Steril* 2010;**94**: 489-495.
- Huppelschoten AG, Aarts JW, van Empel IW, Cohlen BJ, Kremer JA, Nelen WL. Feedback to professionals on patient-centered fertility care is insufficient for improvement: a mixed-method study. *Fertil Steril* 2013;**99**: 1419-1427.
- Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis J, Hogstrom L, Janson PO, Sogn J, Hellstrom AL. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;**89**: 683-691.
- Jordans MJ, Tol WA, Komproe IH, Susanty D, Vallipuram A, Ntamatumba P, Lasuba AC, De Jong JT. Research Development of a multi-layered psychosocial care system for children in areas of political violence. *Int J Ment Health Syst* 2010;**4**: 15.
- Karatas JC, Barlow-Stewart K, Meiser B, McMahon C, Strong KA, Hill W, Roberts C, Kelly PJ. A prospective study assessing anxiety, depression and maternal-fetal attachment in women using PGD. *Hum Reprod* 2011;**26**: 148-156.
- Klonoff-Cohen H, Natarajan L, Klonoff E. Validation of a new scale for measuring Concerns of Women Undergoing Assisted Reproductive

Technologies (CART). *J Health Psychol* 2007;**12**: 352-356.

Knoll N, Schwarzer R, Pfuller B, Kienle R. Transmission of depressive symptoms: A study with couples undergoing assisted-reproduction treatment. *Eur Psychologist* 2009;**14**: 7-17.

Moran L, Tsagareli V, Norman R, Noakes M. Diet and IVF pilot study: short-term weight loss improves pregnancy rates in overweight/obese women undertaking IVF. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2011;**51**: 455-459.

Nelen WL. ESHRE manual for guideline development. 2009. Retrieved December 1st 2014, from www.eshre.eu/guidelines.

Pedro J, Canavaro MC, Boivin J, Gameiro S. Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. *Hum Reprod* 2013;**28**: 2462-2472.

Pinborg A, Hougaard CO, Nyboe Andersen A, Molbo D, Schmidt L. Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Hum Reprod* 2009;**24**: 991-999.

Pook M, Krause W. Stress reduction in male infertility patients: a randomized, controlled trial. *Fertil Steril* 2005;**83**: 68-73.

Principles of patient-centred care. 2012. Retrieved February 9th 2012, from <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles>.

van Empel IW, Nelen WL, Hermens RP, Kremer JA. Coming soon to your clinic: high-quality ART. *Hum Reprod* 2008;**23**: 1242-1245.

Verhaak CM, Lintsen AM, Evers AW, Braat DD. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Hum Reprod* 2010;**25**: 1234-1240.

Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijaak FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007a;**13**: 27-36.

Verhaak CM, Smeenk JM, Nahuis MJ, Kremer JA, Braat DD. Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Hum Reprod* 2007c;**22**: 305-308.

Wischmann T, Korge K, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. *Hum Reprod* 2012;**27**: 3226-3232.

World Health Organization. Basic Documents (Constitution of the World Health Organization). 2007;Forty-sixth edition.

II.SUMARIO

LISTADO DE TODAS LAS RECOMENDACIONES

Atención psicosocial en clínicas de fertilidad: preferencias de los pacientes

¿QUÉ ASPECTOS Y COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL SON IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES?

Características de los miembros del equipo

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran

- cómo interactúa el personal con ellos. (A)
- un personal que muestre comprensión y preste atención al impacto emocional de la infertilidad. (A)
- que ambos cónyuges estén involucrados en el proceso de tratamiento. (A)
- ser tenidos en cuenta para la toma de decisiones. (A)
- recibir atención psicosocial por parte de miembros del equipo sensibles y confiables. (A)
- recibir atención para sus necesidades especiales, relacionadas con su historia clínica. (B)

Características de la clínica

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran

- tiempos de espera mínimos, dedicación del tiempo necesario a las consultas médicas, y la continuidad del tratamiento.(A)
- la capacidad profesional del equipo de fertilidad y recibir atención personalizada. (A)
- que se les dé la oportunidad de contactarse con otros pacientes. (A)
- estar en una clínica dedicada al tratamiento de la infertilidad. (A)
- la oferta de atención psicosocial específica (consultoría en infertilidad o psicoterapia) antes, durante y después del tratamiento de FIV. (B)

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad tenga en cuenta que

- los pacientes que expresan necesidad de apoyo emocional valoran la oferta de atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia). (IBP)
- los pacientes pueden valorar positivamente la presencia de un acompañante durante los exámenes médicos. (IBP)
- los varones valorarán que haya habitaciones específicas para obtener muestras de esperma. (IBP)

Componentes de la atención psicosocial

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran

- tener por escrito la información importante para el tratamiento. (C)
- las explicaciones sobre resultados y opciones de tratamiento. (C)
- la información comprensible y personalizada (esto es, relevante para ellos en particular) sobre el tratamiento. (C)
- la información sobre opciones de atención psicosocial (por ejemplo, datos de contactos para grupos de ayuda, opciones de ayuda online, acceso a consultoría en infertilidad o psicoterapia). (B)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes de FIV prefieren igualmente consultas personales o telefónicas para hablar sobre sus resultados y planes futuros. (C)

Atención psicosocial en clínicas de fertilidad: bienestar del paciente

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO DE FERTILIDAD Y DE LA CLÍNICA SE ASOCIAN CON EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES?

Características del equipo y la clínica

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- recibir atención centrada en el paciente se asocia con un mayor bienestar del paciente. (C)
- las características positivas de los miembros del equipo (comunicación, respeto, compromiso e información) se asocian con un mayor bienestar del paciente. (C)
- las características positivas de la clínica (información, competencia de la clínica y su personal, continuidad) se asocian con un mayor bienestar del paciente. (C)

¿QUÉ INTERVENCIONES INTERACTIVAS Y AUTOADMINISTRADAS SE ASOCIAN CON EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES?

Intervenciones interactivas

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que ofrecer las complejas intervenciones interactivas disponibles actualmente* no necesariamente mejora el bienestar individual y relacional del paciente. (B)

Intervenciones autoadministradas

El equipo de fertilidad debe proveer de información preparatoria sobre los procedimientos diagnósticos, ya que así decrecen la ansiedad y el estrés específicos de la infertilidad. (C)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- las intervenciones psicoeducacionales online, adaptadas, pueden mejorar el estrés y la autoeficacia específicos de la infertilidad, y aliviar las preocupaciones sexuales y sociales de grupos particulares de pacientes. (C)
- proveer a los pacientes de FIV de acceso a una historia clínica personal *online* no necesariamente colabora en estimular su bienestar emocional (depresión, ansiedad y autoeficacia). (C)

*Las intervenciones complejas integran varios componentes psicosociales (por ejemplo, dar información, entrenamiento para el afrontamiento o estrategias de relajación) (Craig, et al., 2008).

ANTES DEL TRATAMIENTO

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES ANTES DEL TRATAMIENTO?

Necesidades conductuales

(comportamiento, ejercicio, nutrición y compromiso vinculados con el estilo de vida)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- uno de cada diez pacientes derivados a tratamientos de fertilidad decide no iniciar el tratamiento. (C)
- las razones que los pacientes reportan para no comenzar ninguno de los tratamientos sugeridos de fertilidad son: rechazo del tratamiento (debido a objeciones éticas, preocupaciones en torno al tratamiento o falta de interés en él), razones personales, problemas relacionales, cuestiones económicas y carga psicológica del tratamiento. (B)
- las razones que los pacientes que se encuentran en lista de espera para comenzar el tratamiento con TRA reportan para no iniciar el tratamiento recomendado son: problemas relacionales, carga psicológica del tratamiento, razones personales, problemas vinculados con la clínica y cuestiones económicas.(B)
- un número considerable de pacientes tiene conductas, en su estilo de vida, que pueden afectar negativamente su salud general y reproductiva. (C)

Necesidades sociales y de afinidad

(relación con la pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- los pacientes que inician tratamientos de primera línea o con TRA no tienen peores relaciones maritales y sexuales que la población general. (B)
- los pacientes cuya fertilidad está en estudio no presentan tasas de prevalencia más altas de disfunciones sexuales que la población general. (C)

Necesidades emocionales

(depresión, ansiedad, estrés, angustia, psicopatología, desórdenes psiquiátricos, bienestar general, calidad de vida, etc.)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- antes del comienzo del tratamiento de FIV, los pacientes no están más deprimidos que la población general o los controles de cotejo. (B)
- la evidencia de que antes del inicio de un primer ciclo de tratamiento de FIV los pacientes están más ansiosos (ansiedad estado y rasgo) que la población general es inconsistente. (B)
- antes del tratamiento de primera línea o con TRA, las mujeres no muestran mayores desórdenes psiquiátricos o psicopatología general que la población general. (C)

Necesidades cognitivas

(conocimientos y preocupaciones)

-

-indica la ausencia de recomendaciones para este aspecto de la atención psicosocial.

¿CÓMO PUEDE DETECTAR EL EQUIPO DE FERTILIDAD LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES ANTES DEL TRATAMIENTO?

RECOMENDACIÓN GENERAL

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad

- ofrezca a los pacientes la oportunidad de evaluar sus necesidades y ser informados sobre su adaptación emocional antes del inicio del tratamiento. (IBP)
- utilice las herramientas enumeradas en el Apéndice 2 al evaluar las necesidades de los pacientes. (IBP)

Necesidades conductuales

(comportamiento, ejercicio, nutrición y compromiso vinculados con el estilo de vida)

El equipo de fertilidad

- debe tener en cuenta que, actualmente, no existen herramientas pretratamiento ni predictores para identificar pacientes que probablemente no inicien el tratamiento de fertilidad recomendado. (B)
- no debe asumir que los pacientes reportan por sí mismos todos los factores de riesgo para la fertilidad reducida (por ejemplo, desórdenes alimenticios). (C)
- debe tener en cuenta que los factores de riesgo para la fertilidad reducida (por ejemplo, el cigarrillo, la ingesta de alcohol, la dieta) pueden ser evaluados a través de herramientas autoadministradas *online*. (C)

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad considere explícitamente chequear los factores de riesgo para la fertilidad reducida (por ejemplo, abuso de drogas, desórdenes alimenticios). (IBP)

Necesidades sociales y de afinidad

(relación con la pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- las mujeres experimentan un estrés específico de la infertilidad, social y sexual, más alto que los varones. (C)
- las formas en que los pacientes afrontan sus problemas de fertilidad se asocian con angustia relacional y social específica de la infertilidad:
 - El afrontamiento de una situación utilizando estrategias positivas (por ejemplo, pensar en el problema de fertilidad desde una óptica positiva, encontrar otros objetivos en la vida) parece asociarse con una menor angustia específica de la infertilidad en el plano marital y social.
 - El uso de estrategias de afrontamiento basadas en la evitación (por ejemplo, evitar estar entre mujeres embarazadas) parece asociarse con una mayor angustia específica de la infertilidad en el plano marital y social. (C)
- en las parejas, la forma en que un miembro reacciona frente a la condición o diagnóstico de la infertilidad está asociado con la forma en que el otro reacciona. (C)
- las parejas que tienen diferentes percepciones sobre la importancia de la parentalidad y las preocupaciones sociales pueden mostrar menor satisfacción con su relación que aquellas que tienen visiones parecidas. (C)

Necesidades emocionales

(depresión, ansiedad, estrés, angustia, psicopatología, desórdenes psiquiátricos, bienestar general, calidad de vida, etc.)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- las mujeres muestran niveles más altos de depresión y estrés frente a la infertilidad que los varones. (C)
- los pacientes con un menor nivel ocupacional experimentan más estrés y ansiedad frente a la infertilidad que los pacientes con un nivel medio o alto de ocupación. (C)
- las mujeres cuyos compañeros sufren infertilidad masculina experimentan niveles de ansiedad más altos que las mujeres que sufren infertilidad femenina o de causas mixtas o desconocidas, mientras que el diagnóstico del tipo de infertilidad no se relaciona con la depresión. (C)
- la forma en que los pacientes afrontan sus problemas de fertilidad se asocia con su angustia frente a la infertilidad:
 - Las estrategias de afrontamiento pasivo (por ejemplo, cavilación, retraimiento) parecen asociarse con niveles más altos de angustia frente a la infertilidad.
 - Las estrategias de afrontamiento activo (por ejemplo, resolución de problemas centrado en objetivos, pensamiento racional sobre el problema) parecen asociarse con menos angustia frente a la infertilidad. (C)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- los individuos que perciben que su pareja es accesible y receptiva experimentan menos estrés frente a la infertilidad que los individuos que perciben que su pareja es evasiva y no receptiva. (C)
- en las parejas, los síntomas depresivos de cada uno se asocian con su propia angustia específica de la infertilidad y la de su pareja. (C)
- el SCREENIVF es una herramienta validada específica de la infertilidad diseñada para ser utilizada antes del comienzo del tratamiento, para evaluar los factores de riesgo por problemas emocionales luego de un ciclo de tratamiento. (B)

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad use el SCREENIVF antes del inicio de cada ciclo de tratamiento para evaluar los factores de riesgo de los pacientes por problemas emocionales luego del ciclo. (IBP)

Necesidades cognitivas

(conocimientos y preocupaciones)

-

- indica la ausencia de recomendaciones para este aspecto de la atención psicosocial.

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES ANTES DEL TRATAMIENTO?

RECOMENDACIÓN GENERAL

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad derive a los pacientes con riesgo de experimentar clínicamente problemas psicosociales significativos a la atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia). (IBP)

Necesidades conductuales

(comportamiento, ejercicio, nutrición y compromiso vinculados con el estilo de vida)

El equipo de fertilidad debe

- proveer de información preparatoria sobre los procedimientos médicos, porque eso promueve el compromiso. (B)
- tener en cuenta que los programas para adelgazar basados en dieta y ejercicios ofrecidos antes del tratamientos con TRA pueden funcionar para bajar el peso y el índice de masa corporal (IMC). (B)

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad

- considere ofrecer a los pacientes información sobre conductas de estilos de vida que puedan afectar negativamente su salud general y reproductiva. (IBP)
- apoye a los pacientes para que cambien conductas de su estilo de vida que afectan negativamente su salud general y reproductiva, como también sus posibilidades de un tratamiento exitoso. (IBP)

Necesidades sociales y de afinidad

(relación con la pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo)

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad

- ofrezca atención psicosocial adicional a los pacientes con riesgo de experimentar exceso de angustia relacional y social específica de la fertilidad. (IBP)
- involucre activamente a ambos miembros de la pareja en el proceso de diagnóstico y tratamiento. (IBP)

Necesidades emocionales

(depresión, ansiedad, estrés, angustia, psicopatología, desórdenes psiquiátricos, bienestar general, calidad de vida, etc.)

El equipo de fertilidad debe proporcionar información preparatoria sobre procedimientos médicos porque eso disminuye la ansiedad y el estrés específicos de la infertilidad. (C)

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad

- derive a los pacientes identificados a través del SCREENIVF como pacientes con riesgo de sufrir problemas emocionales a la atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia). (IBP)
- involucre activamente a ambos miembros de la pareja en el proceso de diagnóstico y tratamiento. (IBP)

Necesidades cognitivas

(conocimientos y preocupaciones)

El equipo de fertilidad debe proporcionar información preparatoria sobre procedimientos médicos porque eso incrementa los conocimientos del paciente. (C)

DURANTE EL TRATAMIENTO

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO?

Necesidades conductuales

(comportamiento, ejercicio, nutrición y compromiso vinculados con el estilo de vida)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- alrededor de 1 de 12 pacientes y 1 de 5 pacientes no siguen las instrucciones de los tratamientos de primera línea y con TRA, respectivamente. (A)
- las razones que los pacientes reportan para no continuar el tratamiento de primera línea recomendado son: posponer el tratamiento (esto es, detener el tratamiento por al menos un año), razones logísticas y prácticas, rechazo del tratamiento, percepción de un pronóstico malo y la carga psicológica del tratamiento. (A)
- las razones que los pacientes reportan para no continuar el tratamiento recomendado luego de un ciclo de FIV/ICSI no exitoso son: cuestiones económicas, las cargas psicológicas y físicas del tratamiento, razones relacionadas con la clínica y problemas organizativos, postergación del tratamiento (o desconocido) y problemas relacionales. (A)
- las razones que los pacientes reportan para no continuar un programa de tratamiento estándar con TRA recomendado de tres ciclos consecutivos son: postergación del tratamiento, la carga psicológica del tratamiento, las cargas psicológicas y físicas del tratamiento y problemas personales. (A)

Necesidades sociales y de afinidad

(relación con la pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- la satisfacción en el vínculo afectivo de los pacientes no cambia desde antes de comenzar un ciclo de FIV/ICSI hasta después del test de embarazo. (B)
- las mujeres reportan más intimidad con sus parejas durante un ciclo de FIV/ICSI que durante un ciclo menstrual normal, en particular en los días de extracción y transferencia del ciclo. (B)
- las mujeres experimentan menor satisfacción sexual después del test de embarazo que antes de iniciar un ciclo de FIV/ICSI. (B)
- las mujeres reportan menos apoyo social por parte de sus seres queridos en el período entre la extracción del ovocito y la transferencia del embrión de un ciclo de FIV/ICSI que durante el período equivalente en un ciclo menstrual normal. (B)
- durante un ciclo de FIV/ICSI, 6 de 10 pacientes reportan inasistencias a su trabajo relacionadas con el tratamiento, y, en promedio, los pacientes pierden 23 horas de trabajo. (C)

Necesidades emocionales

(depresión, ansiedad, estrés, angustia, psicopatología, desórdenes psiquiátricos, bienestar general, calidad de vida, etc.)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- el estrés emocional de los pacientes fluctúa durante un ciclo de FIV/ICSI, con picos durante la extracción del ovocito, la transferencia del embrión y el período de espera antes del test de embarazo. (B)
- las emociones positivas de la mujer disminuyen durante un ciclo de FIV/ICSI. (B)
- la ansiedad y el estrés son más altos cuando los pacientes anticipan los resultados (por ejemplo, en el período de espera antes del test de embarazo, entre la extracción del ovocito y la transferencia del embrión). (B)
- los pacientes experimentan altos niveles de estrés emocional cuando se les informa que el tratamiento no fue exitoso. (B)
- cuando se les informa que el tratamiento no fue exitoso, 1 a 2 de 10 experimentan niveles clínicamente significativos de síntomas depresivos. (B)
- luego de recibir el test de embarazo para su tratamiento de FIV/ICSI, 1 de 4 mujeres y 1 de 10 varones muestran algún trastorno depresivo. 1 de 7 mujeres y 1 de 20 varones sufren trastornos de ansiedad. (B)

Necesidades cognitivas

(conocimientos y preocupaciones)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes reportan una preocupación moderada a alta en torno a lograr un embarazo con un nacimiento saludable, y esa preocupación no disminuye a lo largo del tratamiento. (C)

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD DETECTAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO?

RECOMENDACIÓN GENERAL

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad utilice las herramientas que aparecen en el Apéndice 2 al evaluar las necesidades de los pacientes. (IBP)

Necesidades conductuales

(comportamiento, ejercicio, nutrición y compromiso vinculados con el estilo de vida)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que actualmente no existen herramientas o predictores confiables para identificar a los pacientes que probablemente no sigan el tratamiento recomendado. (B)

Necesidades sociales y de afinidad

(relación con la pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- al inicio de una estimulación ovárica, durante la extracción del ovocito y después del test de embarazo, los varones reportan que perciben menos apoyo que las mujeres. (C)
- los varones reportan mayor aislamiento social que las mujeres durante un ciclo de tratamiento de FIV/ICSI. (C)
- los pacientes con más bajo nivel educativo o que plantean afecciones físicas o emocionales debidas al tratamiento de FIV/ICSI pueden ausentarse más horas del trabajo debido al tratamiento. (C)

Necesidades emocionales

(depresión, ansiedad, estrés, angustia, psicopatología, desórdenes psiquiátricos, bienestar general, calidad de vida, etc.)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- las mujeres son más propensas a experimentar ansiedad, depresión, estrés y morbilidad psiquiátrica que los varones. (B)
- el número de ciclos de tratamiento anteriores no se asocia con depresión, ansiedad o incidencia de desórdenes psiquiátricos en los varones y mujeres bajo tratamiento. (C)
- los pacientes bajo estimulación para FIV/ICSI leve (en oposición a la estimulación estándar) tienen más probabilidad de experimentar reacciones emocionales negativas al momento de la extracción del ovocito, pero menos probabilidades de experimentar esas reacciones durante la estimulación hormonal y luego de un ciclo de tratamiento cancelado o no exitoso. (C)
- los pacientes con una historia previa de vulnerabilidad frente a desórdenes de la salud mental son más propensos a experimentar depresión, ansiedad y morbilidad psiquiátrica durante el tratamiento. (C)
- las formas en que las mujeres afrontan sus problemas de fertilidad se asocian con angustia específica de la infertilidad:
 - Las estrategias de afrontamiento basadas en la evitación (por ejemplo, evitar estar entre mujeres embarazadas) se asocian con una mayor angustia específica de la infertilidad.
 - Las estrategias de afrontamiento emocional expresivo (por ejemplo, expresar los sentimientos a los seres queridos) se asocian con una menor angustia específica de la infertilidad. (C)
- los pacientes con baja aceptación de la infertilidad y de la idea de no tener hijos son más propensos a experimentar ansiedad y depresión cuando se les informa que el tratamiento no fue exitoso. (C)

- los pacientes que sienten mucha indefensión frente a la infertilidad y su tratamiento son más propensos a experimentar ansiedad y depresión cuando se les informa que el tratamiento no fue exitoso. (C)
- en las parejas, la forma en que uno reacciona frente a la infertilidad y su tratamiento se asocia con la forma en que reacciona el otro. (C)

Necesidades cognitivas

(conocimientos y preocupaciones)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que actualmente no existen métodos o información confiable para predecir las preocupaciones de los pacientes en torno al tratamiento. (C)

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO?

RECOMENDACIÓN GENERAL

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad derive a los pacientes con riesgo de experimentar problemas psicosociales clínicamente significativos a la atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia). (IBP)

Necesidades conductuales

(comportamiento, ejercicio, nutrición y compromiso vinculados con el estilo de vida)

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca a los pacientes la oportunidad de conversar sobre si acepta o no el tratamiento recomendado y de recibir apoyo en el proceso de toma de decisiones. (IBP)

Necesidades sociales y de afinidad

(relación con la pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- ofrecer las complejas intervenciones interactivas disponibles actualmente* probablemente no mejore las relaciones interpersonales del paciente ni sus preocupaciones sexuales. (B)
- proveer a los pacientes de FIV/ICSI de acceso a una historia clínica personal *online* probablemente no mejore su apoyo social. (B)

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad

- ofrezca atención psicosocial adicional a los pacientes con características específicas asociadas con aislamiento social o absentismo laboral. (IBP)
- involucre activamente a ambos miembros de la pareja en el proceso de tratamiento. (IBP)

Necesidades emocionales

(depresión, ansiedad, estrés, angustia, psicopatología, desórdenes psiquiátricos, bienestar general, calidad de vida, etc.)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- ofrecer las complejas intervenciones interactivas disponibles actualmente* probablemente no mejore los niveles de depresión de los pacientes. (B)
- proveer a los pacientes de FIV/ICSI de acceso a una historia clínica personal *online* probablemente no mejore su bienestar emocional (ansiedad, depresión y autoeficacia). (B)

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad

- ofrezca atención psicosocial adicional a pacientes con características específicas asociadas a reacciones emocionales negativas. (IBP)
- involucre activamente a ambos miembros de la pareja en el proceso de tratamiento. (IBP)

Necesidades cognitivas

(conocimientos y preocupaciones)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que proveer a los pacientes de FIV/ICSI de acceso a una historia clínica personal *online* probablemente no aumente sus conocimientos sobre la infertilidad y su tratamiento. (B)

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca a los pacientes la oportunidad de conversar y clarificar sus preocupaciones relativas al tratamiento. (IBP)

* Las intervenciones complejas integran varios componentes psicosociales (por ejemplo, dar información, entrenamiento para el afrontamiento o estrategias de relajación) (Craig, et al., 2008).

DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?

TRATAMIENTO NO EXITOSO

Necesidades conductuales

(comportamiento, ejercicio, nutrición y compromiso vinculados con el estilo de vida)

-

Necesidades sociales y de afinidad

(relación con la pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que alrededor de dos años después de un tratamiento de FIV/ICSI no exitoso, los pacientes generalmente están satisfechos con su relación marital. (C)

Necesidades emocionales

(depresión, ansiedad, estrés, angustia, psicopatología, desórdenes psiquiátricos, bienestar general, calidad de vida, etc.)

-

Necesidades cognitivas

(conocimientos y preocupaciones)

-

EMBARAZO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Necesidades conductuales

(comportamiento, ejercicio, nutrición y compromiso vinculados con el estilo de vida)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres que logran un embarazo a través de un tratamiento de fertilidad muestran conductas, en su estilo de vida, muy similares a las de las mujeres que conciben espontáneamente. (C)

Necesidades sociales y de afinidad

(relación con la pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que la forma en que los pacientes se relacionan con su feto es similar, ya sea que el feto haya sido concebido con TRA o espontáneamente. (C)

Necesidades emocionales

(depresión, ansiedad, estrés, angustia, psicopatología, desórdenes psiquiátricos, bienestar general, calidad de vida, etc.)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- las mujeres que conciben con FIV/ICSI no experimentan más síntomas de depresión, más baja autoestima o peor salud mental durante el embarazo que las mujeres que conciben espontáneamente. (A)
- las mujeres que conciben con FIV/ICSI pueden experimentar mayores niveles de ansiedad específica del embarazo que las mujeres que conciben espontáneamente. (B)

Necesidades cognitivas

(conocimientos y preocupaciones)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres con embarazos múltiples producto de FIV/ICSI pueden mostrar más altas expectativas maternas que las mujeres con embarazos múltiples espontáneos. (C)

- indica la ausencia de recomendaciones para este aspecto de la atención psicosocial.

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD DETECTAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?

RECOMENDACIÓN GENERAL

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad utilice las herramientas que se describen en el Apéndice 2 al evaluar las necesidades de los pacientes. (IBP)

TRATAMIENTO NO EXITOSO

Necesidades conductuales

(comportamiento, ejercicio, nutrición y compromiso vinculados con el estilo de vida)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los antiguos pacientes que siguen sin tener hijos luego de cinco años de un tratamiento de FIV/ICSI no exitoso pueden tomar más pastillas para dormir, fumar más y consumir más alcohol que los antiguos pacientes que se convierten en padres por la vía de la adopción o espontáneamente. (C)

Necesidades sociales y de afinidad

(relación con la pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los antiguos pacientes que siguen sin tener hijos luego de cinco años de un tratamiento de FIV/ICSI no exitoso son tres veces más propensos a separarse que los antiguos pacientes que se convierten en padres por la vía de la adopción o espontáneamente. (C)

Necesidades emocionales

(depresión, ansiedad, estrés, angustia, psicopatología, desórdenes psiquiátricos, bienestar general, calidad de vida, etc.)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- las mujeres que siguen sin tener hijos 10 años después de un tratamiento de FIV/ICSI no exitoso no son más propensas a desarrollar desórdenes psiquiátricos que las mujeres de la misma edad que nunca realizaron un tratamiento de fertilidad. (C)
- las mujeres que 3 a 5 años después de un tratamiento no exitoso persisten en su deseo de embarazo pueden experimentar más ansiedad y depresión que las mujeres que encuentran nuevos objetivos de vida o que las mujeres que se convierten en madres. (C)

Necesidades cognitivas

(conocimientos y preocupaciones)

-

EMBARAZO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Necesidades conductuales

(comportamiento, ejercicio, nutrición y compromiso vinculados con el estilo de vida)

-

Necesidades sociales y de afinidad

(relación con la pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo)

-

Necesidades emocionales

(depresión, ansiedad, estrés, angustia, psicopatología, desórdenes psiquiátricos, bienestar general, calidad de vida, etc.)

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que

- las mujeres que experimentaron múltiples ciclos de TRA fallidos o alto estrés durante el tratamiento pueden ser más propensas a mostrar síntomas de ansiedad durante el embarazo. (C)
- los pacientes con embarazos múltiples luego de TRA no son más propensos a experimentar peor salud mental que los pacientes con un embarazo simple por TRA. (C)

Necesidades cognitivas

(conocimientos y preocupaciones)

-

- indica la ausencia de recomendaciones para este aspecto de la atención psicosocial.

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?

TRATAMIENTO NO EXITOSO

Necesidades Conductuales - Sociales y de afinidad - Emocionales - Cognitivas

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad

- derive a la atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia) a los pacientes que, al terminar un tratamiento no exitoso, experimenten o estén en riesgo de experimentar (en el largo o corto plazo) problemas psicosociales clínicamente significativos. (IBP)
- ofrezca atención psicosocial adicional a pacientes que, al finalizar un tratamiento no exitoso, corran riesgo de aumentar la angustia psicosocial específica de la infertilidad. (IBP)
- ofrezca a los pacientes la oportunidad de conversar sobre las implicaciones de finalizar un tratamiento no exitoso. (IBP)

EMBARAZO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Necesidades Conductuales - Sociales y de afinidad - Emocionales - Cognitivas

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad

- derive a la atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia) a los pacientes que experimentan o están en riesgo de experimentar problemas psicosociales clínicamente significativos después de un tratamiento exitoso. (IBP)
- ofrezca atención psicosocial adicional a pacientes que corran riesgo de aumentar la angustia psicosocial específica de la infertilidad después de un tratamiento exitoso. (IBP)
- ofrezca a los pacientes la oportunidad de conversar sobre sus preocupaciones en torno al embarazo logrado con tratamiento de fertilidad. (IBP)

Referencia

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, Medical Research Council G. Developing and evaluating intervenciones complejas: the new Medical Research Council guidance. *Bmj* 2008;**337**: a1655.

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES

La evidencia revisada para la elaboración de este Manual ESHRE ofrece una clara orientación para la incorporación de la atención psicosocial en la atención de fertilidad de rutina.

1. Los pacientes tienen claras preferencias sobre la atención psicosocial que reciben en las clínicas de fertilidad. El equipo de fertilidad debe tener en cuenta esas preferencias e intentar responder a ellas.

Los pacientes valoran el contacto con personal sensible y empático, que les brinde apoyo en sus necesidades individuales, preste atención al impacto emocional de la infertilidad e involucre a ambos miembros de la pareja en el proceso de tratamiento y en todas las decisiones a tomar relativas a él.

Los pacientes también valoran que las clínicas de fertilidad garanticen la capacidad profesional de los miembros del equipo, mínimos tiempos de espera, continuidad en la atención y la oportunidad de contactarse con otros pacientes y de tener acceso a servicios de salud mental especializados en caso de necesidad.

La evidencia disponible sobre los diferentes componentes psicosociales que los pacientes valoran está limitada a la obtención de información. Muestra que los pacientes valoran recibir información personalizada y escrita sobre las opciones de tratamiento y explicaciones de los resultados y de las opciones de apoyo psicosocial disponibles.

Se han dado nuevos pasos para investigar si esos diferentes aspectos de la atención psicosocial tienen un verdadero impacto en el bienestar emocional del paciente. El estudio transversal mostró que las diferentes características que los pacientes valoran en el personal y en las clínicas están en efecto asociadas a un mayor bienestar emocional. La obtención de información, en particular la obtención de información preparatoria, disminuye la ansiedad y el estrés específicos de la infertilidad en el paciente. Adicionalmente, las intervenciones *online*, adaptadas, también mejoran el bienestar emocional de grupos específicos de pacientes, como por ejemplo los pacientes con alto nivel de angustia.

2. Las necesidades de los pacientes varían a través de las etapas del tratamiento y por lo tanto el apoyo psicosocial debe ser adaptado en consecuencia. El equipo de fertilidad debe estar informado acerca de las necesidades específicas que los pacientes experimentan en las diferentes etapas del tratamiento.

Antes del tratamiento, las necesidades de los pacientes parecen estar mayormente relacionadas con conductas que no optimizan sus posibilidades de un embarazo; en concreto, no siguen los lineamientos del tratamiento recomendado y hay conductas de un estilo de vida poco saludable.

Durante el tratamiento, los pacientes tienen múltiples necesidades. En el nivel conductual, 1 de 12 pacientes no comienza el tratamiento y 1 de 5 pacientes no sigue las indicaciones del tratamiento recomendado. En el nivel relacional, las mujeres pueden carecer de apoyo adecuado por sus seres queridos y ausentarse de su trabajo por el tratamiento. Las necesidades emocionales y cognitivas se relacionan con la incertidumbre sobre el resultado del tratamiento, y tienden a alcanzar su nivel más alto justo antes de la extracción del ovocito, la transferencia del embrión y el test de embarazo. Por último, los pacientes experimentan una intensa angustia cuando el tratamiento no resulta exitoso.

Durante el embarazo, las necesidades de los pacientes antes infértiles no parecen diferir de aquellas de las parejas que concibieron espontáneamente. El punto más interesante a destacar es que tienden

a estar más ansiosos sobre su embarazo, en especial cuando fueron sometidos a repetidos ciclos de tratamiento percibidos como muy estresantes.

Las necesidades de los pacientes que experimentaron un **tratamiento de fertilidad no exitoso** no están documentadas. Existen indicaciones de que los individuos que no tenían hijos antes del tratamiento y por lo tanto siguen sin hijos después del tratamiento presentan un peor bienestar emocional que los individuos con hijos.

3. Algunos pacientes son más vulnerables a las demandas del tratamiento y por lo tanto necesitan apoyo psicosocial adicional. El equipo de fertilidad debe tener en cuenta las características específicas de los pacientes que indican riesgo de experimentar necesidades o problemas mayores antes, durante o después del tratamiento de fertilidad.

Las características de algunos pacientes se asocian con o son predictivas de necesidades o problemas psicosociales específicos. Estas son descritas en el Cuadro II.1. El equipo de fertilidad debe tener en cuenta esas características de los pacientes y las necesidades específicas que predicen.

El equipo de fertilidad debe asimismo utilizar herramientas de evaluación específicas de la infertilidad o genéricas para evaluar las necesidades de los pacientes. El Apéndice 2 del presente Manual provee una lista de herramientas válidas que pueden ser utilizadas por todo el equipo de fertilidad para ese propósito.

Antes de comenzar el tratamiento, el equipo de fertilidad puede utilizar el SCREENIVF para identificar aquellos pacientes con riesgo de desarrollar problemas emocionales después de recibir la noticia del resultado del tratamiento.

Cuadro II.1. Características específicas de los pacientes que indican un riesgo de experimentar mayores necesidades o problemas antes, durante o después del período de tratamiento.

| Necesidades | Antes del tratamiento | Durante el tratamiento | Después del tratamiento | |
|--|--|---|--|---|
| | | | Embarazo | No exitoso |
| Conductuales | | | | No tener hijos. |
| Sociales y de afinidad (relación) | Siendo mujer, utilizar estrategias de afrontamiento basadas en la evitación. En las parejas, tener diferentes perspectivas sobre la importancia de la parentalidad y las cuestiones sociales relativas a la infertilidad. | Siendo varón, tener un nivel educativo bajo y presentar quejas físicas o emocionales relacionadas con el tratamiento. | | No tener hijos. |
| Emocionales | Siendo mujer, tener un menor nivel ocupacional y usar estrategias de afrontamiento pasivo (por ejemplo, cavilación, retraimiento). En las parejas, tener un compañero no accesible y no receptivo y (para las mujeres) tener un compañero diagnosticado con infertilidad masculina. | Siendo mujer, tener una historia previa de vulnerabilidad frente a desórdenes de la salud mental, tener baja aceptación de la infertilidad y la idea de no tener hijos, experimentar alta impotencia frente a la infertilidad y su tratamiento y utilizar estrategias de afrontamiento basadas en la evitación. | Haberse sometido a múltiples ciclos de TRA o haber experimentado alto nivel de estrés durante el tratamiento y tener un embarazo múltiple. | No tener hijos y mantener un vivo deseo de tener un hijo. |
| Cognitivas | | | | |

Las celdas en blanco indican que no existe información.

4. El modo más eficaz para comenzar a incorporar la atención psicosocial en el tratamiento de fertilidad de rutina es mejorar la información en las clínicas.

Brindar información preparatoria antes del comienzo del tratamiento aumenta el compromiso, reduce la ansiedad y el estrés anticipatorios y acrecienta los conocimientos del paciente sobre las cuestiones relativas al tratamiento. La provisión de información es altamente valorada por los pacientes y estos

tienen claras preferencias sobre cómo desean recibirla.

La información debe ser provista en soporte escrito antes del comienzo del tratamiento, y debe ser personalizada para cada paciente y enfocarse en las opciones y resultados del tratamiento, como también en las opciones de ayuda psicosocial disponibles. Pueden esperarse efectos positivos inmediatos porque la provisión de información preparatoria ha demostrado responder a múltiples necesidades de los pacientes y ser altamente valorada por ellos. Además, comparada con otros componentes de la atención, como las intervenciones complejas o los servicios especializados de salud mental, la provisión de información es muy fácil de implementar e incorporar en la atención de rutina.

El equipo responsable de la elaboración de esta guía confía en que esos cuatro puntos resumen el modo de proceder al que las clínicas de fertilidad deben aspirar. Las recomendaciones que se catalogan en este documento proporcionan una guía más detallada sobre cómo implementar esas medidas. Sin embargo, somos conscientes de que la cantidad de pautas provistas es limitada. En efecto, se encontraron varios tópicos sobre los cuales la evidencia es insuficiente para responder preguntas clave, en particular relativas a intervenciones psicosociales eficaces a las que el equipo puede recurrir para responder a las necesidades de los pacientes, como también relativas al período después del tratamiento. Esto se debe en parte a la ausencia de evidencia en la investigación primaria revisada, en la que se basaron las recomendaciones, y en parte al enfoque metodológico adoptado para el proceso de revisión.

En efecto, se debe reconocer que, históricamente, el campo no se ha enfocado en la provisión de atención psicosocial de rutina por parte del equipo de fertilidad, sino en las tareas específicas que los profesionales de la salud mental desempeñan en las clínicas de fertilidad, como la consultoría y la validación de intervenciones psicológicas. Además, se ha enfocado principalmente en optimizar la experiencia de los pacientes en el tratamiento, pero en cierta medida ha descuidado la consideración de que hay aún una responsabilidad de dar apoyo a los pacientes que afrontan las consecuencias de un tratamiento (exitoso o no).

Además, la investigación disponible es altamente heterogénea y carece de definiciones operativas y de precisión. Por ejemplo, las medidas de bienestar y los factores de riesgo considerados en los estudios van desde ansiedad y depresión hasta optimismo, autoeficacia, afrontamiento, etc., y fueron utilizados de manera intercambiable sin ninguna consideración teórica de cómo se esperaba que se las vinculara. Otras limitaciones metodológicas de la investigación revisada fueron la falta de claridad sobre los métodos para analizar muestras, la baja tasa de respuesta, la utilización de herramientas de evaluación psicológica no validadas, los muestreos pequeños que no permiten la detección de pequeños efectos, etc. La investigación de asuntos específicos, como las preferencias de los pacientes, ha sido desarrollada mayormente utilizando lo que se consideran métodos de baja calidad, como entrevistas, grupos focales o encuestas. Estudios de baja calidad (29/488, 6%) fueron excluidos de las pautas porque no alcanzaban la evidencia grado (D). Debería ponerse más esfuerzo en mejorar la calidad de futuros estudios psicosociales.

Por último, el equipo responsable de la elaboración de esta guía tomó muchas decisiones conceptuales y metodológicas que también impusieron restricciones sobre la evidencia a considerar. El alcance de este manual debía ser restringido como para que el enfoque basado en la evidencia sugerido en el *Manual para la elaboración de pautas ESHRE* pudiera ser implementado en el lapso de dos años aconsejado en el Manual. Es de notar, sin embargo, que doce preguntas PICO diferentes fueron definidas y 12 revisiones sistemáticas completas fueron implementadas, que incluyeron evidencia

publicada y no publicada entre 1990 y abril de 2014. La necesidad de lograr especificidad en relación con las necesidades de los pacientes y las etapas del tratamiento también llevó a la necesidad de imponer límites artificiales a los estudios a considerar. Por ejemplo, no se incluyeron estudios basados en muestras heterogéneas de pacientes en diferentes etapas del tratamiento. Otros criterios de inclusión adoptados, como el uso de medidas psicológicas validadas para evaluar las necesidades de los pacientes, tuvieron como resultado más exclusiones.

En términos generales, el equipo responsable de la elaboración de esta guía confía en que las recomendaciones descritas en el presente Manual ESHRE están basadas en la mejor evidencia disponible publicada en el campo entre enero de 1990 y abril de 2014. Las lagunas en la orientación provista deberían por lo tanto considerarse como una hoja de ruta para la investigación futura. En el Apéndice 5, resumimos los tópicos más relevantes para la investigación futura dentro del campo y ofrecemos sugerencias conceptuales y metodológicas para su implementación.

1. ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LAS CLÍNICAS DE FERTILIDAD: PREFERENCIAS Y BIENESTAR DE LOS PACIENTES

Introducción

Esta sección ofrece un panorama exhaustivo de los estudios que investigan las preferencias de los pacientes y el valor que adjudican a las diferentes características de los equipos de fertilidad y las clínicas, y a los distintos componentes de la atención psicosocial. También presenta una perspectiva general de qué características de los equipos de fertilidad y las clínicas y cuáles de los componentes de la atención psicosocial se asocian con el bienestar de los pacientes.

Los indicadores del valor son las preferencias señaladas por los pacientes por una característica de los equipos de fertilidad o las clínicas o por un componente de la atención psicosocial. Se incluye entre los indicadores un deseo o requerimiento expreso en relación con una opción en particular, la indicación de que una opción en particular es percibida como importante, apreciada, valiosa, beneficiosa o referida con cualquier otra expresión de estima. La valoración se aplica a la atención que fue recibida o bien que fue anunciada. Por lo tanto, consideramos las preferencias de los pacientes y el valor o la importancia atribuidos en lugar de la satisfacción del paciente con los servicios. La satisfacción muestra si los servicios son adecuados, pero no qué aspectos de la atención son importantes para los pacientes.

La primera parte de esta pregunta clave describe qué características del personal y las clínicas son valoradas positivamente por los pacientes infértiles o son importantes para ellos.

La segunda parte describe los componentes de la atención psicosocial que son valorados positivamente por los pacientes infértiles.

La tercera parte describe qué características del personal y las clínicas y qué componentes de la atención son asociados con el bienestar emocional (ansiedad, depresión, calidad de vida y estrés) y relacional y social de los pacientes infértiles.

1.1 Preferencias de los pacientes

Pregunta clave

¿QUÉ ASPECTOS Y COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL SON IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES?

Justificación de la pregunta clave

El objetivo de identificar las características del personal que son importantes para los pacientes durante su tratamiento de fertilidad es permitir al equipo de fertilidad reforzar estos aspectos y mejorar la calidad de su relación con los pacientes. El objetivo de identificar las características de la clínica que son importantes para los pacientes durante su tratamiento es reforzar esos aspectos para mejorar la calidad de atención centrada en el paciente de la clínica.

1.1.a Características del equipo de la clínica de fertilidad

Las características específicas del equipo de fertilidad incluidas en esta sección son la actitud y la relación con el personal, la comunicación, el compromiso con el paciente, la toma de decisiones y la privacidad y el apoyo emocional.

Evidencia clínica

Una revisión sistemática publicada en 2010 que incluía 51 estudios de 14 países evaluaba las experiencias de los pacientes con los cuidados de la fertilidad (Dancet, *et al.*, 2010). La muestra más pequeña incluía 100 participantes por estudio (entre 16-194). Cada característica valorada positivamente, con al menos el 20% de los pacientes de cada estudio evaluando, era destacada como importante con consenso. Las características del personal consideradas importantes por los pacientes fueron el participar a los pacientes en la toma de decisiones, las actitudes de respeto y cortesía de los miembros del equipo, las relaciones con ellos, la confianza en ellos y su sensibilidad. Los pacientes también querían que sus parejas estuvieran implicadas en el proceso de tratamiento y valoraban recibir apoyo emocional del personal a lo largo de su tratamiento (médico) cotidiano.

Un estudio de cohorte longitudinal danés, incluido en la revisión de Dancet (2010), recolectó datos sobre las preferencias de 1169 mujeres y 1081 varones que estaban recibiendo o habían recibido algún tipo de tratamiento de fertilidad (Schmidt, *et al.*, 2003). Para el 85% de las mujeres y el 75% de los varones, era importante que el equipo de fertilidad mostrara comprensión hacia los pacientes, y para el 72% de las mujeres y el 62% de los varones, que mostraran preocupación.

Un estudio de cohorte que utiliza experimentos con opciones diferenciadas recolectó datos de 925 individuos atravesando alguna etapa de tratamiento de fertilidad en ocho clínicas de TRA (van Empel, *et al.*, 2011). En el estudio, se evaluaron las elecciones de los pacientes (la elección o el cambio de clínica) y el deseo de balancear los índices de embarazo en favor de otros atributos de la atención. La actitud positiva del personal fue uno de los predictores más importantes para elegir una clínica. Del 25% de los participantes que cambiaron de clínica, el 61% (70/114) lo hizo por no encontrar atención centrada en el paciente. Es más, los pacientes estaban dispuestos a sacrificar un índice de embarazo más alto por una actitud más atenta por parte de los médicos.

En un estudio de cohorte similar, usando análisis combinado, se evaluaron las elecciones de 331 pacientes frente a diferentes panoramas clínicos (Ryan, 1999). Las elecciones hechas frente a los diferentes panoramas presentaron reacciones positivas hacia las actitudes del personal y la tasa de éxito del tratamiento. Ningún participante eligió siempre el escenario que le presentaba la más alta probabilidad de salir de la clínica con un hijo, lo que sugiere que los individuos están dispuestos a compensar con otros atributos, como la actitud del personal.

Un estudio de cohorte que combinaba grupos focales (24 parejas) y cuestionarios completados por 888 parejas evaluó las preferencias de los pacientes por las dimensiones de la atención (van Empel, *et al.*, 2010). Los pacientes consideraron importante que el personal prestara atención al impacto emocional de la infertilidad, que las enfermeras ofrecieran atención personalizada y que mostraran comprensión.

Una revisión sistemática de 19 estudios en parejas que habían utilizado Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) mostró que la atención continua y una actitud realista por parte del equipo de fertilidad eran importantes para los pacientes (Karatatou, *et al.*, 2010).

Conclusión y consideraciones

La evidencia muestra que los pacientes valoran positivamente que todos los miembros del equipo de fertilidad presenten una buena actitud: esto implica atención, respeto, cortesía, empatía y comprensión. Los pacientes también valoran positivamente ser tenidos en cuenta para la toma de decisiones, que sus parejas estén involucradas en el proceso de tratamiento y que el personal preste atención al impacto emocional de la infertilidad.

Los pacientes que utilizan DGP valoran positivamente la atención continua y una actitud realista por parte del equipo de fertilidad. No está claro si estas preferencias son específicas para esta población o si reflejan preferencias más generales de los pacientes (no específicas para esta población).

La evidencia descripta, aunque sumariada dentro de revisiones sistemáticas o recolectadas a través del diseño de un estudio de cohorte, está mayormente basada en encuestas a pacientes o en estudios de métodos mixtos que incluyen datos cualitativos. En general, se pregunta sobre características generales del personal o los pacientes, como la sensibilidad o si se involucra al paciente, sin hacer referencia a conductas o medidas específicas que podrían mejorarse en las clínicas.

La investigación futura debería esforzarse en definir más rigurosamente los comportamientos y habilidades del personal y los momentos críticos que requieren atención especial, como también las preferencias específicas en poblaciones previamente delimitadas (por ejemplo, según el origen socio-cultural o necesidades médicas específicas). Para la evaluación de las preferencias, los datos deberían ser obtenidos de poblaciones representativas de pacientes infértiles, y los problemas de baja tasa de participación y alta tasa de desgaste deberían ser atendidos o al menos reportados.

La literatura revisada no pudo diferenciar entre las preferencias de pacientes con y sin experiencia previa de tratamiento de fertilidad. Esa diferenciación es importante porque experimentar un desafío hace que los individuos presten más atención a los tipos de cuidados que necesitan o valoran. El uso de diseños prospectivos que apuntan a atributos precisamente definidos debería permitir una mejor diferenciación entre expectativas de los pacientes antes de asistir a una clínica de infertilidad y sus preferencias después de haber experimentado un tratamiento.

Recomendaciones

| | |
|--|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran cómo se relaciona el personal con ellos (Ryan, 1999; Schmidt, <i>et al.</i>, 2003; Dancet, <i>et al.</i>, 2010; van Empel, <i>et al.</i>, 2010; van Empel, <i>et al.</i>, 2011). | A |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente que el personal muestre comprensión y preste atención al impacto emocional de la infertilidad (Schmidt, <i>et al.</i>, 2003; Dancet, <i>et al.</i>, 2010; van Empel, <i>et al.</i>, 2010). | A |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente que ambos miembros de la pareja estén involucrados en el proceso de tratamiento (Dancet, <i>et al.</i>, 2010). | A |

| | |
|--|---|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente que se los tenga en cuenta en la toma de decisiones (Dancet, <i>et al.</i> , 2010). | A |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente recibir atención psicosocial de miembros del equipo sensibles y confiables (Dancet, <i>et al.</i> , 2010; van Empel, <i>et al.</i> , 2010). | A |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente que se atienda a las diferentes necesidades relativas a sus historias clínicas (Karatas, <i>et al.</i> , 2010). | B |

1.1.b Características de la clínica

Las características específicas de la clínica consideradas fueron información, competencia de la clínica y el personal, coordinación e integración, accesibilidad, continuidad y transición en la atención y comodidad física (Dancet, *et al.*, 2010; Dancet, *et al.*, 2011).

Evidencia clínica

Una revisión sistemática (previamente descrita) identificó características de la clínica que fueron consideradas importantes por al menos el 20% de los pacientes que recibieron atención para fertilidad, en todos los estudios (Dancet, *et al.*, 2010). Las características de la clínica importantes para los pacientes fueron la coordinación en la derivación, el tiempo de espera durante el tratamiento, la frecuencia de las consultas, los costos, la distancia a la clínica, la duración de las consultas y el tiempo de espera para la primera consulta. Similarmente, la oferta de exámenes y tratamientos completos, una clínica bien organizada, tiempo suficiente para hablar, atención personalizada, competencia del personal y continuidad de la atención fueron considerados importantes. Las instalaciones también resultaron importantes, en particular que la clínica de fertilidad fuera un área separada de la clínica general. Otras características importantes fueron la oferta de oportunidades de contactar pacientes más antiguos y la organización de grupos activos de ayuda con otros pacientes. La oferta de apoyo emocional o de consultoría por profesionales de la salud mental fue evaluada como importante, pero sin consenso. Más precisamente, los estudios en poblaciones de FIV mostraron que la oferta de consultoría era sistemáticamente importante, pero aquellos estudios llevados a cabo sobre poblaciones generales de pacientes infértiles, incluyendo investigaciones y otros tratamientos, no demostraron lo mismo.

El estudio de cohorte de van Empel utilizó experimentos con opciones diferenciadas (925 pacientes en ocho clínicas TRA) para evaluar las elecciones de los pacientes (elección o cambio de clínica) y su disposición para equilibrar el índice de embarazos en favor de otros atributos de la atención (van Empel, *et al.*, 2011); 51% de los pacientes eligió la clínica de fertilidad más cercana y nunca cambió; 25% eligió la más cercana y luego cambió. Los pacientes (24%) que eligieron una clínica más distante de sus hogares dieron las siguientes razones no médicas: historias positivas de experiencias centradas en el paciente (38%); la reputación de la clínica (25%); razones prácticas (27%); alto índice de embarazos (10%).

En el estudio de cohorte de Ryan y colegas utilizando análisis combinado, se evaluaron las elecciones

de 331 pacientes ante diferentes panoramas clínicos (Ryan, 1999). Las elecciones hechas frente a los diferentes panoramas presentaron preferencias por la continuidad de la atención y por las tasas de éxito del tratamiento, por sobre tiempos de espera más largos, más altos costos y continuidad de apoyo. Ningún participante eligió siempre el escenario que le presentaba la más alta probabilidad de salir de la clínica con un hijo, lo que sugiere que estaban dispuestos a compensar con otros atributos.

Conclusión y consideraciones

Según la evaluación de los pacientes infértiles, las características importantes de la clínica son la capacidad profesional del equipo de fertilidad, las ofertas de atención personalizada, una buena organización que permita minimizar el tiempo de espera de los pacientes, tiempo suficiente para las consultas y continuidad de la atención. Los pacientes valoran estar en una clínica dedicada al tratamiento de la infertilidad. Además, valoran la oferta de sesiones con grupos de apoyo o ser contactados con otros pacientes.

La disponibilidad de apoyo psicológico especializado es considerada importante en los estudios con población de FIV, pero no es sistemática en los estudios sobre poblaciones infértiles en general.

Los miembros del equipo responsable de la elaboración de esta guía notan, a partir de la experiencia en consultorio, que los pacientes valoran positivamente la posibilidad de recibir atención psicosocial de profesionales de la salud mental en caso de necesidad de apoyo emocional. Adicionalmente, algunos pacientes pueden valorar la presencia de un acompañante durante las los exámenes médicos (Ouj, *et al.*, 2011). Además, las clínicas podrían considerar la importancia, para los pacientes varones, de disponer de salas específicas y adaptadas para producir muestras de esperma.

El propósito de las clínicas de reforzar la calidad de la atención para sus pacientes podría sacar provecho de las indicaciones más precisas para mejorar las características de la clínica. La investigación futura debe esforzarse para definir más adecuadamente qué significa “competencia” del personal, cuánto tiempo es “suficiente” para una consulta, y qué es la “continuidad en la atención”. También se necesita más precisión en torno a las características de las instalaciones, como salas de espera y el equipamiento adecuado en las habitaciones donde se toman muestras de esperma. El modo adecuado en que se debe dar apoyo psicosocial especializado por parte de profesionales de la salud mental debe ser evaluado en diferentes poblaciones de pacientes infértiles. Esos estudios deben cubrir poblaciones representativas y permitir una mejor distinción entre preferencias hipotéticas y aquellas que nacen de la experiencia, por ejemplo a través de un diseño prospectivo longitudinal.

Recomendaciones

| | |
|---|-----------------|
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente mínimos tiempos de espera, dedicación del tiempo necesario a las consultas médicas, y la continuidad en la atención (Ryan, 1999; Dancet, <i>et al.</i>, 2010).</p> | <p>A</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente la capacidad profesional del equipo de fertilidad y recibir cuidados personalizados (Dancet, <i>et al.</i>, 2010).</p> | <p>A</p> |

| | |
|---|-----|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente la oferta de posibilidades de contactar con otros pacientes (Dancet, <i>et al.</i> , 2010). | A |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente estar en una clínica dedicada al tratamiento de la infertilidad (Dancet, <i>et al.</i> , 2010). | A |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente la oferta de atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia) antes, durante o después de un tratamiento de FIV (Dancet, <i>et al.</i> , 2010). | B |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad tenga en cuenta que los pacientes que expresan una necesidad de apoyo emocional valoran positivamente la oferta de atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia). | IBP |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad tenga en cuenta que los pacientes pueden valorar positivamente la presencia de un acompañante durante los exámenes médicos. | IBP |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad tenga en cuenta que los varones valorarán que haya habitaciones específicas para obtener muestras de esperma. | IBP |

1.1.c Componentes de la atención psicosocial

Pregunta clave

¿QUÉ COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL (QUE PUEDEN SER ADMINISTRADAS POR EL EQUIPO DE FERTILIDAD) SON IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES?

Justificación de la pregunta clave

El objetivo de identificar qué componentes de la atención psicosocial son importantes para los pacientes durante su tratamiento de fertilidad es reforzar estos aspectos para mejorar la calidad de la atención centrada en el paciente.

Un componente de la atención fue considerado psicosocial si su contenido (por ejemplo, relajación, educación), técnica (por ejemplo, ejercicios de respiración, modelismo), mecanismo propuesto de acción (por ejemplo, conocimientos ampliados sobre las consecuencias, cambios en las creencias), método de administración (por ejemplo, apoyo interpersonal, escritura expresiva) o resultado apuntado (por ejemplo, bienestar, calidad de vida) era psicológico (esto es, relacionado con necesidades mentales o emocionales) o social (esto es, necesidades interpersonales) (Abraham y

Michie, 2008; Hodges, *et al.*, 2011).

Fueron excluidos los estudios que evaluaban: (1) procedimientos médicos (por ejemplo, tipos de jeringas, analgésicos, número de inyecciones, estimulación ovárica media); (2) enfoques médicos específicos (por ejemplo, reproducción con una tercera parte, subrogación, disponibilidad de embriones, diagnóstico genético preimplantacional para la elección del sexo, reducción de fetos en embarazos múltiples) y predictores de elecciones de tratamiento (por ejemplo, efecto del costo sobre la utilización de servicios de fertilidad, efecto del índice de éxito sobre el número de embriones transferidos).

Evidencia clínica

En una revisión de 51 estudios (41 cuestionarios, 7 entrevistas, 3 ambos) interesados en las perspectivas de los pacientes sobre la atención de la fertilidad, fueron evaluados los siguientes resultados: (1) aclaración del valor definido como el grado de importancia que se le da al aspecto de la atención (por ejemplo, las necesidades expresadas de los pacientes, la preferencia, los índices de importancia); y (2) evaluación de la valoración del servicio definida como la diferencia entre las expectativas del consumidor y las percepciones respecto a los servicios brindados (por ejemplo, evaluación del paciente de una experiencia, índices de satisfacción); o (3) ambos (por ejemplo, razones para estar (in)satisfecho) (Dancet, *et al.*, 2010). Las dimensiones relevantes a la atención psicosocial y cometido de esta pregunta fueron las de “información, comunicación y educación” y “Apoyo emocional y alivio del miedo y la ansiedad”. Los autores concluyeron que los siguientes aspectos de “información, comunicación y educación” fueron considerados importantes en al menos un estudio: información general (seis estudios), información escrita (dos estudios) e información sobre alternativas al tratamiento médico (un estudio), diagnóstico (un estudio), pacientes ayudándose a sí mismos para lograr un embarazo (un estudio), plan conocido para el futuro (un estudio), y disposición de información suficiente (un estudio) y tiempo para conversar (un estudio). Además, los siguientes aspectos de “Apoyo emocional y alivio del miedo y la ansiedad” fueron considerados importantes: información de contactos sobre opciones de apoyo psicosocial (seis estudios), contacto organizado con pacientes más antiguos (un estudio) y apoyo emocional durante la atención (médica) (un estudio).

Hope y colegas evaluaron qué formato (DVD o folleto impreso) influyeron sobre la preferencia de pacientes australianos para la transferencia electiva de un único embrión o de dos (SET y DET, respectivamente, por su sigla en inglés) (Hope y Rombauts, 2010). En la serie de resultados iban insertas preguntas sobre los miedos que podía provocar la información y si recomendarían esa intervención (DVD, folleto) a otros, lo cual podría ser considerado como una indicación de valor. Los pacientes ($n = 189$) recibieron aleatoriamente un DVD educativo o un folleto que contrastaba las tasas de éxito y los riesgos de SET versus DET. El DVD contenía videos de experiencias, además de la misma información fáctica que el folleto. Los resultados mostraron que los varones y mujeres que recibieron el folleto estaban menos atemorizados de tener mellizos y más dispuestos a recomendar la intervención a otras parejas, en comparación con los pacientes que recibieron el DVD. Aunque no se trata del resultado principal del estudio, esos datos sugieren que el soporte de la información puede afectar cómo se percibe esa información.

En un ensayo clínico controlado aleatoriamente, incluido en la revisión de Dancet y colegas (2010), se evaluaron las preferencias de los pacientes respecto de cómo se los llama para conversar sobre el siguiente plan de tratamiento luego de un tratamiento de fertilidad no exitoso (Stewart, *et al.*, 2001). Dado que esta llamada involucra la provisión de información, la intervención podría pensarse como dentro de las incumbencias de esta pregunta. Pacientes con un ciclo no exitoso ($n = 175$) aleatoriamente recibieron una llamada telefónica o un turno para acudir en persona. Cuando se les

preguntó, luego de participar de esta prueba, sobre sus futuras preferencias en torno a la continuación del tratamiento, las parejas a las que se les asignó un turno para acudir en persona ($n = 75$) dijeron preferir: un turno para acudir en persona, 55% (39/71); una llamada, 28% (20/71); otro, 17% (12/71). Las parejas que recibieron una llamada ($n = 84$) prefirieron: un turno para acudir en persona, 38% (30/79); una llamada, 41% (32/79); otro, 22% (17/79) (excluye nueve casos en los que no se planeó ningún otro tratamiento). La diferencia en las preferencias no fue del todo significativa. *A posteriori*, el análisis de los subgrupos demostró que la preferencia por una llamada o un turno para acudir en persona fue significativa según la gente viviera a más o menos de 80 km de la clínica; de los pacientes que vivían a más de 80 km de la clínica, el 47% prefería llamadas y el 29% prefería concurrir en persona, en comparación con el 23% y el 62%, respectivamente, entre las parejas que vivían más cerca. Estos resultados sugieren que las cuestiones prácticas pueden influir en las preferencias sobre cómo se da la información a los pacientes. Los resultados muestran que la totalidad de los pacientes no parece preferir llamadas por sobre citas en persona.

Mourad y colegas implementaron un ECCA grupal (16 clínicas) para evaluar la efectividad de una implementación intensiva de intervenciones de apoyo diseñadas para mejorar la adhesión a las pautas nacionales holandesas para el tratamiento de la fertilidad (Mourad, *et al.*, 2011). Aleatoriamente, las clínicas ofrecieron el mínimo y el máximo apoyo: en el caso de estas últimas, recibieron folletos educativos para los pacientes como parte de las herramientas multifacéticas de apoyo intensivo. Los médicos fueron los responsables de distribuir esos folletos. Se estudió la efectividad comparando la adhesión lograda dos años antes (3 a 9 meses luego de la intervención). De los 696 pacientes tratados en una clínica con el máximo apoyo, 260 (37%) reportaron haber recibido el folleto informativo. De ellos, 83% desearían volver a recibir folletos semejantes en el futuro, y 97% recomendaría los folletos a un par. Los tres folletos proporcionaban información preparatoria y el contenido de las orientaciones profesionales, preguntas que los pacientes harían durante las consultas para mejorar la toma de decisiones conjunta y referencias a tres tópicos (evaluación inicial de la fertilidad, tratamientos de primera línea y técnicas de reproducción asistida). Los resultados sugirieron que los pacientes apreciaban los folletos, pero fundamentalmente también mostraron que dejar la distribución de información preparatoria en manos del equipo médico podría ser problemático.

Una terapia cognitiva conductual tomada de Internet basada en un texto bibliográfico de autoayuda para mujeres infértiles fue evaluado en un ECCA por Sexton y colegas (Sexton, *et al.*, 2010). Se invitó a mujeres recibiendo tratamiento de fertilidad en múltiples clínicas de Estados Unidos, y aquellas interesadas ($n = 43$) fueron expuestas aleatoriamente durante un período de dos semanas a la versión *online* de los módulos de ansiedad y depresión (Jacobs y O'Donohue, 2007) o a un grupo control en lista de espera. En la página web, se avisó a las mujeres a las que se les asignó la intervención que probablemente obtendrían mayores beneficios con la práctica continua de estrategias de intervención, pero también se les informó que podrían utilizar el sitio tanto o tan poco como quisieran. Los datos de acceso del grupo web indicaron los porcentajes de participantes visitando cada página: 100% la sección introductoria, 76% la sección conductual, 43% el contenido de reestructuración cognitiva, 48% la página "otras habilidades de afrontamiento", y 33% el plan de afrontamiento personal. Estos datos muestran que los participantes accedieron a todas las secciones psicosociales de la web de la intervención. Sin embargo, no es claro si esos porcentajes representan preferencia por contenidos específicos (por ejemplo, información general más que un plan de afrontamiento personal) o ubicación en el sitio web (inicio versus enlace más profundo).

La efectividad de la información *online* y las intervenciones de apoyo para mujeres con problemas de fertilidad fue investigada en un ECCA por Cousineau (Cousineau, *et al.*, 2008). La evaluación también incluía datos sobre el uso que podrían indicar preferencia por algunos aspectos de la intervención. Se asignó a los participantes a un programa (con o sin información de referencia) o a un grupo control

(con o sin información de referencia). El grupo asignado a la intervención recibió el programa *online* "Causa de la infertilidad: Herramientas de apoyo interactivo para cuando se intenta concebir". El programa comienza por pedir a cada paciente que complete un "Cuestionario confidencial", basado en la "Escala autoeficaz de infertilidad" (por su sigla en inglés, ISE) (Cousineau, *et al.*, 2004; Cousineau, *et al.*, 2006). Esta evaluación sirve para adecuar el mecanismo del programa *online*, lo que resulta en una retroalimentación según el objetivo, basada en niveles alto, medio y bajo de confianza en las siguientes áreas: "Cuidarte a ti mismo"; "Manejar tus sentimientos"; "Tu relación con tu pareja"; "Manejar tu tratamiento; y "Tu relación con tu proveedor de atención médica". Esta evaluación también permite priorizar el contenido del programa. Muchos resultados fueron considerados, pero aquí solo se reportó la evaluación del programa por los participantes. Los participantes ($n = 93$) (con y sin información de referencia) que recibieron el programa *online* visitaron el sitio web un promedio de cuatro veces, con un tiempo medio de permanencia de 63 minutos; 36% de los participantes pasaron al menos 90 minutos, que fue la "dosis" calculada como adecuada. La evaluación del programa indicó que 90/93 percibieron la intervención *online* como aceptable, y las puntuaciones (escala Likert de 7 puntos; 1 = inútil, 7 = muy útil) mostraron que la información médica fue percibida como "informativa" (puntaje medio 6); el programa *online* fue percibido como "útil" (puntaje 5), un "uso eficiente del propio tiempo" (puntaje 6), y más útil "comparado con otros sitios web" (puntaje 6). En total, 12% de los participantes reportó que el programa los hizo sentir más angustiados, y datos textuales revelan que esto se relacionó con frustraciones debidas a su situación o a la atención puesta sobre los sentimientos. Estos resultados muestran que un formato *online* es aceptable, que los puntajes promedio indican que se lo percibe como útil, pero un pequeño porcentaje de pacientes puede encontrarlo deprimente.

Lancastle y Boivin investigaron la aceptabilidad y viabilidad de una Intervención de Afrontamiento en Reevaluación Positiva (IARP), diseñada para ayudar a las mujeres a afrontar las dos semanas de espera luego de la transferencia del embrión (Lancastle y Boivin, 2008). En un ECCA, las mujeres aleatoriamente utilizaron IARP durante el período de espera de un ciclo de FIV/ICSI o fueron parte de un grupo control que leyó diez declaraciones positivas de control, y se las consultó sobre practicidad, aceptabilidad, efectos psicológicos y aprobación de la intervención. Los resultados mostraron que el grupo IARP valoró la intervención como más útil y adecuada para la situación de FIV/ICSI; consideró que la intervención había tenido efectos sobre la tensión del período de espera y percibió que redujo su estrés notablemente, comparado con el grupo control. Estos resultados sugieren que la IARP podría ser útil para los períodos de espera médica, pero la efectividad para reducir la ansiedad y la depresión durante el período de espera antes del test de embarazo todavía debe ser evaluada.

Un estudio observacional de cohorte, incluido en la revisión de Dancet y colegas (2010), investigó las expectativas e intenciones de utilizar servicios psicosociales en 1169 mujeres y 1081 varones a punto de encarar reproducción asistida (63% FIV/ICSI) (Schmidt, *et al.*, 2003). Se ofreció a los participantes una lista de servicios posibles y se les pidió que evaluaran la importancia de que hubiera un equipo en la clínica brindando estos servicios. Los porcentajes de mujeres y varones, respectivamente, que evaluaron cada tipo de servicio como importante fueron: explicar resultados de análisis (98.3, 98.5, $p = ns$); explicar opciones de tratamiento (98.5, 98.9, $p = ns$); información escrita sobre el tratamiento (82.0, 75.7, $p < 0.05$); información sobre adopción (25.0, 24.1, $p < 0.05$); mostrar preocupación (71.7, 62.0, $p < 0.05$); mostrar comprensión (84.5, 75.4, $p < 0.05$); información escrita sobre aspectos psicosociales de la infertilidad (56.0, 44.9, $p < 0.05$); información de contacto sobre asociaciones de infertilidad (20.3, 16.4, $p < 0.05$). Las mujeres indicaron más que los varones (11-21% vs. 5-9%, dependiendo de una opción) que recurrirían a servicios psicosociales ("curso sobre no tener hijos", "servicios de apoyo dirigidos por un profesional", "psicólogo", "terapeuta sexual") si estuvieran disponibles en la clínica. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes femeninos y masculinos deseaban explicaciones orales y escritas sobre los resultados de su tratamiento, las

opciones y el tratamiento en general (> 75%), y un proveedor de atención médica compasivo, que mostrara preocupación y comprensión (> 62%), pero menos deseaban información escrita sobre los aspectos psicosociales (< 56%), información sobre adopción (< 25%), o información sobre asociaciones de infertilidad (< 21%). La comparación entre géneros muestra que los varones y las mujeres no difirieron en la importancia de que el personal explicara los resultados de los exámenes o las opciones de tratamiento. Sin embargo, las mujeres estaban significativamente más inclinadas a desear información escrita sobre el tratamiento, adopción, aspectos psicosociales de la infertilidad, contactos para asociaciones de infertilidad, y un equipo médico que demostrara preocupación y comprensión. En total, menos del 21% de los pacientes utilizaría servicios de atención psicosocial (curso sobre no tener hijos, servicios de apoyo dirigidos por un profesional, psicólogo o terapeuta sexual). Los resultados indican que los pacientes a punto de encarar el tratamiento valoran positivamente tanto la información relativa al tratamiento como la psicosocial (en especial las mujeres), pero también la información sobre alternativas.

En un experimento con opciones diferenciadas, Van Empel y colegas recolectaron datos sobre 925 individuos atravesando cualquier etapa del tratamiento de fertilidad en ocho clínicas de TRA (van Empel, *et al.*, 2011). Los autores evaluaron las elecciones de los pacientes (elegir o cambiar de clínica) y su disposición a equilibrar los índices de embarazos en favor de otros atributos de la atención. La actitud positiva de los médicos (odds ratio (OR) = 2.83), la información clara y personalizada (OR = 2.77) y el alto índice de embarazo (OR = 0.29) fueron los predictores más importantes para elegir una clínica. Los pacientes estaban dispuestos (hipotéticamente) a sacrificar 9.6% ($2.77/0.29$) del índice de embarazo para recibir información clara y personalizada en lugar de información contradictoria o solo información general. La conducta real en torno a la elección de la clínica ($n = 838$) mostró que el 25% de los pacientes cambió de clínica, y de ellos, 61% reportó que el cambio se debió a “falta de atención centrada en el paciente” (esto es, un total de 15% de los pacientes cambia de clínica por falta de atención centrada en el paciente).

Un estudio caso control analizó el uso de un foro *online* seguro sobre salud comunitaria para los pacientes de una clínica de fertilidad (MyCareNet) en los Países Bajos (Aarts, *et al.*, 2013). El foro les dio a los médicos la oportunidad de: (1) informar a los pacientes sobre las novedades relevantes, posteando en blogs; (2) permitir a los pacientes compartir experiencias y comunicarse con otros pacientes; y (3) ofrecer a los pacientes una galería de medios donde podían obtener información digital sobre temas relacionados con la infertilidad. Se contactó a los pacientes que habían obtenido acceso a este foro vía el equipo médico de una clínica para conocer su visión sobre él. Solo los pacientes que se suscribían al foro podían utilizarlo. Utilizando números de identificación para los pacientes, el equipo investigador agrupó a los pacientes que asistieron a la clínica en los 6 meses posteriores al lanzamiento del foro en suscriptores y no suscriptores, y a estos últimos entre usuarios activos e inactivos. En total, 162 de 310 invitados no suscriptores (52.3%) participaron y 116 de 141 suscriptores (82.3%) participaron; 74 de 116 usuarios activos (63.8%) participaron. Los pacientes de cada grupo completaron una encuesta seis meses después del lanzamiento de la comunidad *online*. Entre los suscriptores, 66.1% fueron clasificados como usuarios activos porque postearon en el blog, hicieron preguntas a los profesionales, se unieron a discusiones o buscaron información. El 33.9% restante fue considerado no activo porque fueron observadores ocasionales o nunca visitaron el sitio luego de suscribirse. No hubo diferencia entre suscriptores y no suscriptores en la apreciación de la comunidad *online* (puntuada 8/10, donde los puntajes más altos indican mayor apreciación) o entre usuarios activos (9/10). Se estudiaron las barreras y los facilitadores de la suscripción y el uso activo en base a una lista predefinida. En modelos multivariante, las variables que se mantuvieron significativas para predecir la suscripción fueron ser mujer (OR = 10.5), estar bajo tratamiento con TRA (OR = 3.2), larga duración de la infertilidad (OR = 1.35), barreras relacionadas con el paciente (OR = 0.20), y facilitadores relativos a la intervención (OR = 2.45). Las barreras relacionadas con el paciente incluían la preferencia

por el contacto interpersonal, la falta de necesidad gracias a un apoyo adecuado o a un conocimiento existente y la falta de experiencia con Internet. Los facilitadores de la intervención se relacionaban con la simplificación de la obtención de información, la percepción de la información como confiable, la percepción de seguridad, el uso del foro como un *back-up* de preguntas al médico, y el apoyo de otros pacientes que concurren a la misma clínica. Los factores que se mantuvieron significativos para el compromiso activo fueron ser joven (OR = 0.86), larga duración de la infertilidad (OR = 1.48) y los facilitadores relativos a la intervención (OR = 5.79).

Conclusiones y consideraciones

Los pacientes valoran la provisión de información relevante para el tratamiento, pero la heterogeneidad de los estudios primarios impide especificar las características valoradas de esa información. Los pacientes prefieren información clara y personalizada sobre el tratamiento frente a la mera información general o la información contradictoria. No se sabe qué significa “personalizada”.

Los pacientes pueden tener preferencias sobre cómo se presenta la información sobre las opciones de tratamientos (por ejemplo, escrita, en DVD, en persona) y el equipo de la clínica debería intentar ofrecer la información en el formato preferido.

Los pacientes valoran positivamente la provisión de información sobre opciones de apoyo psicosocial para la infertilidad (por ejemplo, grupos de apoyo, consultoría) incluso aunque no planeen utilizar esos servicios.

Las mujeres valoran más que los varones la información psicosocial, pero ambos valoran de manera similar la información sobre los resultados de sus tratamientos y las opciones. Además, las mujeres tienden a utilizar más los servicios comunitarios de salud *online*.

Los pacientes no muestran preferencia por recibir información sobre la continuidad del tratamiento en persona o por vía telefónica después de un tratamiento de fertilidad no exitoso, pero se necesita más investigación para saber si esta preferencia cambia dependiendo de la distancia a la clínica.

El procedimiento de búsqueda y revisión generó una selección muy acotada de componentes de atención psicosocial (principalmente la difusión de información) porque no existía investigación sobre los otros componentes o porque se analizaba utilizando métodos de bajo grado (entrevistas, grupos focales, cuestionarios) o bien de alto grado pero de baja calidad. Por lo tanto, no existe demasiada información en la presente sección sobre la valoración de otros componentes de la atención (por ejemplo, estrategias de comunicación, apoyo en el proceso de toma de decisiones, soporte de los pares, entrenamiento en estrategias de afrontamiento e interacciones para el bienestar). Por último, el conjunto de estudios incluidos en la revisión, aunque principalmente se centren en la provisión de información, fue no obstante muy heterogéneo en cuanto a la población, los materiales, el procedimiento y la metodología. Para sintetizar la información, se asumió que los estudios que utilizaran diferentes diseños, diferente ordenamiento de las palabras en la oración o diferentes medidas de atención psicosocial eran equivalentes. Probablemente haya cierta verdad en esa asunción; no obstante, se podrían considerar más confiables las conclusiones si ocho estudios similares, en lugar de ocho diferentes, arrojaran el mismo resultado.

Recomendaciones

| |
|--|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente recibir por escrito la información relevante para el tratamiento (Schmidt, <i>et al.</i>, 2003; Dancet, <i>et al.</i>, 2010; Mourad, <i>et al.</i>, 2011). |
|--|

| |
|----------|
| C |
|----------|

| | |
|--|---|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente las explicaciones sobre los resultados del tratamiento y las opciones de tratamiento (Schmidt, <i>et al.</i> , 2003). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente la información comprensible y personalizada (esto es, relevante para su caso) sobre el tratamiento (Schmidt, <i>et al.</i> , 2003; Dancet, <i>et al.</i> , 2010; Mourad, <i>et al.</i> , 2011). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes valoran positivamente la provisión de información sobre las opciones de atención psicosocial (por ejemplo, datos de contacto de grupos de apoyo, opciones de apoyo <i>online</i> , acceso a consultoría en infertilidad o psicoterapia) (Schmidt, <i>et al.</i> , 2003; Cousineau, <i>et al.</i> , 2008; Dancet, <i>et al.</i> , 2010; Sexton, <i>et al.</i> , 2010). | B |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes de FIV no muestran preferencias entre las consultas en persona o telefónicas para hablar sobre los resultados de sus tratamientos y los planes futuros (Stewart, <i>et al.</i> , 2001). | C |

Sugerencias de investigación

Existen algunas salvedades a mencionar en relación con la investigación primaria sobre la que se basaron las recomendaciones y en relación con el proceso de revisión. La investigación primaria carece de definiciones operativas y de precisión. Los investigadores deberían lograr mayor consenso en lo que se refiere a atención psicosocial e intentar hacer progresar la investigación desde preguntas generales (si los pacientes valoran la información sobre el tratamiento) hacia preguntas más específicas (por ejemplo, qué tipo de información, en qué formato, administrada cuándo). El uso de marcos teóricos en la investigación primaria podría ayudar a lograr ese objetivo. La investigación primaria también necesita utilizar mejores formas de obtener las preferencias de los pacientes, porque casi todos los estudios fueron excluidos por sus métodos de bajo grado de evidencia.

1.2 Bienestar de los pacientes

Pregunta clave

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO DE FERTILIDAD Y LA CLÍNICA SE ASOCIAN CON EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES?

Justificación de la pregunta clave

Esta sección ofrece una visión exhaustiva de las características del equipo de fertilidad y las clínicas que están asociadas con el bienestar de los pacientes infértiles. El objetivo es identificar aspectos específicos de la atención que mejoren el bienestar de los pacientes durante el tratamiento de fertilidad para que puedan ser promovidos en las clínicas.

Fue considerado el bienestar emocional (ansiedad, depresión, calidad de vida y estrés (general y específico de la infertilidad)), relacional y social de los pacientes. Las expresiones de valoración de los

pacientes y sus preferencias en torno a estos componentes de la atención son descriptas en las dos preguntas anteriores.

La primera parte de la pregunta describe las asociaciones entre el equipo de fertilidad y las características de la clínica y el bienestar de los pacientes. Las características específicas del personal incluidas en esta sección fueron la actitud de y la relación con el equipo de fertilidad, la comunicación, la implicación del paciente y la privacidad y apoyo emocional. Las características específicas de la clínica consideradas fueron información, competencias de la clínica y el personal, coordinación e integración, accesibilidad, continuidad y transición en la atención y comodidad física (Dancet, *et al.*, 2010; Dancet, *et al.*, 2011).

La segunda y tercera partes de la pregunta describen asociaciones entre intervenciones psicosociales que pueden ser administradas por todo el equipo de fertilidad y el bienestar de los pacientes. Primero, describiremos intervenciones interpersonales, que son administradas por el equipo de fertilidad a uno o más pacientes en un contexto interactivo. Luego, describiremos intervenciones autoadministradas, que pueden ser administradas por los pacientes mismos y no requieren una respuesta de o una interacción con proveedores de cuidados especializados en atención psicosocial.

1.2.a Características del equipo y de la clínica de fertilidad

Esta sección describe las asociaciones entre las características del equipo de fertilidad y la clínica y el bienestar de los pacientes (bienestar emocional, relacional y social, Cuadro 1.1). El objetivo de investigar estas asociaciones es reforzar las características específicas del personal y la clínica que se espera que promuevan el bienestar del paciente.

Evidencia clínica

En una encuesta observacional transversal a 427 mujeres con problemas de fertilidad bajo tratamiento en 29 clínicas diferentes de Holanda, las pacientes respondieron cuestionarios sobre sus experiencias con la atención centrada en el paciente (CCP-Infertilidad), la ansiedad y la depresión, y la calidad de vida (Aarts, *et al.*, 2012). Aunque el cuestionario CCP-Infertilidad midió las experiencias de los pacientes respecto de casi todas las características del personal y de la clínica antes enumeradas (con la excepción de la comodidad física), solo se utilizó para el análisis el puntaje total de la herramienta.

El análisis regresivo multinivel mostró que recibir atención centrada en el paciente se asociaba débilmente con menor ansiedad y depresión en el paciente, y con más alta calidad de vida, atravesando todos los dominios (emocional, mente-cuerpo, relacional y social).

Cuadro 1.1. Asociaciones entre características del equipo de fertilidad y la clínica y bienestar emocional, relacional y social del paciente

| Estudios | Características investigadas | | Bienestar individual | | | Bienestar relacional | Bienestar social |
|---|------------------------------|---------|----------------------|----------|---|----------------------|------------------|
| | Equipo | Clínica | Depresión | Ansiedad | Otro | | |
| (Aarts, et al., 2012) Encuesta transversal | ✓ (puntaje total) | | - | - | CdV emocional: + CdV mente-cuerpo: + | CdV vincular: + | CdV social: + |
| (Brucker y McKenry, 2004) Encuesta transversal | ✓ | | ns | -a | Psicopatología -a | | |
| (Gameiro, et al., 2013) Encuesta transversal | ✓ | ✓ | - | - | | CdV vincular: + | |

CdV: calidad de vida.

+: asociación positiva entre las características del personal y la clínica y la medida del bienestar.

-: asociación negativa entre las características del personal y la clínica y la medida del bienestar.

ns: asociación no significativa entre las características del personal y la clínica y la medida del bienestar.

a: asociación solo significativa en subgrupo de varones (no en subgrupo de mujeres).

Las celdas en blanco indican que no se evaluaron asociaciones.

En otra encuesta observacional transversal, Brucker y McKenry investigaron si el apoyo que los pacientes percibían por parte de los profesionales de la salud, definido como la medida en que un individuo percibe que sus necesidades de apoyo, información y respuesta son satisfechas, se asociaba con el bienestar de los pacientes (Brucker y McKenry, 2004). La tasa de respuesta para esta encuesta fue muy baja, con solo 72 mujeres y 48 varones (17.5% de tasa de respuesta) de 686 pacientes invitados a participar. Los autores adaptaron los instrumentos de Procidano y Heller (1983), *Apoyo social percibido brindado por la familia* y *Apoyo social percibido brindado por amigos* para diseñar una medida de 20 ítems para evaluar diferentes tipos de apoyo percibido brindado por los profesionales de la salud, incluyendo información/comunicación y apoyo emocional (características del personal). Psicopatología general, ansiedad y depresión también fueron evaluadas. Los resultados mostraron que los varones que percibían un apoyo mayor por parte de los profesionales de la salud reportaron menor psicopatología general y ansiedad. No se hallaron asociaciones significativas para el caso de las mujeres. Debe mencionarse, sin embargo, que las asociaciones fueron examinadas por separado para mujeres y varones sin un previo examen del efecto moderador del género.

Gameiro y colegas llevaron a cabo una encuesta observacional transversal con 322 mujeres y 111 varones en proceso de diagnóstico o tratamiento por infertilidad (Gameiro, et al., 2013). Los pacientes completaron varios cuestionarios sobre sus experiencias de atención centrada en el paciente (CCP-Infertilidad, ocho dimensiones de la atención), ansiedad, depresión y calidad de vida relacional. Recibir mayor atención centrada en el paciente (ACP) en términos de comunicación, respeto, competencia e información se asoció débilmente con menos ansiedad. Recibir mayor ACP en términos de las mismas dimensiones y compromiso se asoció débilmente con menos depresión. Además, recibir mayor ACP en

términos de comunicación, respeto, compromiso, competencia, continuidad e información se asoció débilmente con mejor calidad de vida vincular.

Conclusiones y consideraciones

La evidencia presentada sugiere que las características positivas del personal y de la clínica están débilmente asociadas con mayor bienestar del paciente. Sin embargo, el diseño transversal de los estudios no aclara si el mayor bienestar del paciente realmente resulta de una mejor atención. Todavía no puede arribarse a conclusiones generales más confiables sobre qué características específicas del personal y de la clínica son relevantes para el bienestar de los pacientes.

La mayor parte de la investigación enfocada en las características del personal y de la clínica que pueden tener impacto sobre el bienestar de los pacientes se basa en análisis cualitativos. La investigación cualitativa excluida por ser considerada baja calidad de evidencia sugiere que las seis características del personal y las cuatro características de la clínica tienen un impacto positivo sobre el bienestar de los pacientes (Becker y Nachtigall, 1991; Blenner, 1992; Orshan, *et al.*, 2001; Peters, 2003; Peddie, *et al.*, 2005; Peddie, *et al.*, 2006; Redshaw, *et al.*, 2007; Williams, *et al.*, 2010; Sol Olafsdottir, *et al.*, 2013).

Recomendaciones

| | |
|---|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que recibir atención centrada en el paciente se asocia con un mayor bienestar del paciente (Aarts, <i>et al.</i>, 2012; Gameiro, <i>et al.</i>, 2013). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las características positivas del personal (comunicación, respeto, competencias, compromiso e información) se asocian con un mayor bienestar del paciente (Aarts, <i>et al.</i>, 2012; Gameiro, <i>et al.</i>, 2013). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las características positivas de la clínica (información, competencia de la clínica y el equipo y continuidad) se asocian con un mayor bienestar del paciente (Aarts, <i>et al.</i>, 2012; Gameiro, <i>et al.</i>, 2013). | C |

1.2.b Componentes de la atención psicosocial

Pregunta clave

¿QUÉ INTERVENCIONES INTERACTIVAS Y AUTOADMINISTRADAS SE ASOCIAN CON EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES?

Justificación de la pregunta clave

El objetivo de identificar las intervenciones interactivas y autoadministradas que se asocian con el bienestar del paciente durante la atención de la fertilidad es que el personal integre a la rutina diaria de atención de las clínicas esas intervenciones que tienen efectos positivos sobre el bienestar de los pacientes.

1.2.b.1 Intervenciones interactivas

Evidencia clínica

Esta sección ofrece una descripción exhaustiva de los efectos de las intervenciones interactivas (estas, administradas a los pacientes infértiles en un contexto interactivo) sobre el bienestar emocional, vincular y social del paciente (Cuadro 1.2).

Gürhan y colegas llevaron a cabo un ensayo clínico no aleatorizado para evaluar un programa de consultoría en cuidados implementado por dos enfermeras y dirigido a pacientes de FIV femeninas (Gürhan, *et al.*, 2007). Los grupos de control e intervención no difirieron en la información de referencia. Se registró depresión el día en que comenzó la estimulación ovárica y antes de la transferencia del embrión. El programa incluía una sesión grupal educativa de 60 minutos, donde se ofreció y discutió información sobre el tratamiento y los procedimientos, y dos entrevistas individuales (o con la pareja presente en caso de indicación) de 20 minutos para evaluar y responder a las necesidades de afrontamiento. Dentro de las entrevistas, se incentivó a los participantes a hablar sobre sus sentimientos, preocupaciones, angustia psicosocial y estrategias de afrontamiento. También se enseñaron técnicas de relajación. Además, se brindó apoyo que consistió en quedarse con los participantes durante los procedimientos invasivos y los participantes fueron incentivados a utilizar las técnicas de relajación. El grupo control recibió atención estándar. El efecto de esta compleja intervención sobre los niveles de depresión de las mujeres fue evaluado y no se hallaron efectos significativos. Los niveles de depresión del grupo control también permanecieron estables y el grado de depresión post tratamiento no difirió entre ambos grupos.

Un programa de intervención en crisis (FIV fue considerada la crisis) implementado por una enfermera y dirigido a pacientes de FIV femeninas fue evaluado en un ECCA (Shu-Hsin, 2003). Los grupos de control e intervención no difirieron en la información de referencia. Ansiedad, depresión y cuatro subescalas específicas de la infertilidad (autoimagen/autoestima, culpa/responsabilidad, problemas de sexualidad y relación interpersonal) fueron evaluadas al comienzo del tratamiento, ante la transferencia del embrión y antes de hacer el test de embarazo. El programa incluía varios componentes: un video explicativo del proceso terapéutico (30 minutos); material para instruirse sobre hipnosis y relajación; un video sobre autohipnosis y relajación muscular (40 minutos); entrenamiento conjunto en una sesión práctica; y consultoría cognitivo-conductista individual (las pacientes podían expresar sentimientos negativos, presiones y angustia psicosocial y el consultor ofrecía apoyo). Las pacientes fueron incentivadas a autoadministrarse una técnica de relajación siempre que se sintieran nerviosas, pero lo hicieron un promedio de dos veces por semana, y se ofreció consultoría cognitivo-conductista por vía telefónica (1-2 veces por semana entre la transferencia del embrión y el test de embarazo). El grupo control recibió atención estándar que excluía todos los componentes del programa de intervención en crisis. Aunque las respuestas psicosociales cambiaron a lo largo del tiempo en ambos grupos, los resultados del ECCA no mostraron ningún efecto de la compleja intervención sobre la ansiedad, depresión, autoestima o culpa de las pacientes. Tampoco se observaron efectos sobre el bienestar vincular de las pacientes, concretamente sobre su relación interpersonal o sus problemas de sexualidad.

Cuadro 1.2. Efecto de las intervenciones interactivas administradas por el equipo de la clínica sobre el bienestar individual y relacional de los pacientes.

| Intervención | Bienestar individual | | | Bienestar relacional |
|---|----------------------|----------|--|---|
| | Depresión | Ansiedad | Otros | |
| Programa de asesoramiento dirigido por enfermeras (Gürhan, <i>et al.</i> , 2007) | ns | | | |
| Programa de intervención en crisis dirigido por enfermeras (Shu-Hsin, 2003) ECCA | ns | ns | Autoimagen/autoestima: ns Culpa/responsabilidad: ns | Relación interpersonal: ns Problemas de sexualidad: ns |
| Intervención compleja dirigida por enfermeras (Mori, 2009) ECCA | ns | ns | | |
| Intervención compleja dirigida por enfermeras (Terzioglu, 2001) | + ^a | + | Satisfacción vital: + | |
| Intervención compleja dirigida por embriologistas (van Zyl, <i>et al.</i> , 2005) ECCA | ns | + | | |

+: efecto positivo de la intervención interpersonal sobre la medida del bienestar.

ns: efecto no significativo de la intervención interpersonal sobre la medida del bienestar.

a: efecto solo significativo para mujeres (pero no para varones).

Las celdas en blanco indican que la intervención no fue estudiada para esa medida del bienestar.

Mori condujo un ECCA para evaluar una intervención implementada por una enfermera y dirigida a pacientes femeninas con infertilidad primaria y sin hijos, bajo tratamiento sin TRA (Mori, 2009). Se evaluaron ansiedad y depresión al comenzar el estudio y después de uno, dos y tres meses (esto es, al completar el estudio; las pacientes embarazadas fueron excluidas del análisis). La intervención incluyó varios componentes: un cuadernillo intitulado “Guía para mujeres afrontando el desafío de la infertilidad: No estás sola – Autocontrol del estrés” y tareas para el hogar que consistían en llevar registros personales (por ejemplo, estrés, relajación, apoyo social) que presentaban una vez por mes para recibir retroalimentación por escrito. La condición de control consistía solo en un cuadernillo intitulado “Guía para mujeres afrontando el desafío de la infertilidad: No estás sola”, que contenía una descripción más breve del control del estrés, en comparación con el cuadernillo de la intervención. Todas las pacientes recibieron un email o llamada telefónica por mes para darles la oportunidad de hacer preguntas. Las respuestas por escrito a los registros de las pacientes y la llamada o email mensual adicional se enfocaban en la aceptación, seguridad, respetabilidad, control de estrés, asesoramiento cognitivo, respuestas al estrés y apoyo social. Los grupos no difirieron en la incidencia de ansiedad y depresión en los tres meses. Los cambios en la ansiedad y depresión de las pacientes a lo largo del

tiempo no difirieron entre grupos. Debe mencionarse que al momento de la información de referencia, el grupo de intervención reportó mayor ansiedad que el grupo control y había hecho más inseminaciones en lugar de elegir fechas (con o sin medicación).

Terzioglu realizó un ensayo clínico no aleatorizado para evaluar una intervención compleja. La intervención era realizada por una enfermera profesional y el objetivo eran parejas heterosexuales con infertilidad primaria bajo su primer tratamiento de FIV (Terzioglu, 2001). Se evaluó ansiedad, depresión y satisfacción vital al comienzo del procedimiento de FIV y a los 4 o 5 días luego de la transferencia del embrión (antes del test de embarazo). La intervención incluía: entrega de información detallada sobre el procedimiento, incluyendo información escrita sobre los procedimientos del tratamiento; la posibilidad de hacer preguntas y verificar la comprensión de los pacientes; contacto diario con pacientes entre el inicio de la inducción de la ovulación y la transferencia del embrión; ayuda con cualquier problema que se presentara; presencia de la enfermera profesional durante la extracción del ovocito y la transferencia del embrión; y finalmente, cinco sesiones de consultoría (al comienzo de las TRA, día 21 del ciclo; al inicio de la inducción de la ovulación, días 3 y 10 del ciclo; entre la extracción del ovocito y la transferencia del embrión; luego de la transferencia del embrión). La condición control incluía: información general sobre los procedimientos involucrados; la agenda para el tratamiento de reproducción asistida; y explicaciones sobre la necesidad de contar con muestras de sangre y semen y la importancia de las fechas y su cumplimiento. En todos los demás aspectos, se les dio a las parejas un cuidado estándar. La intervención compleja demostró que descendía la depresión en mujeres (pero no en varones), que disminuía la ansiedad en todos los pacientes y que crecía la satisfacción vital en las mujeres (pero no en los varones) entre el comienzo de los procedimientos con TRA y 4 a 5 días después de la transferencia del embrión. No se observaron cambios a lo largo del tiempo en el grupo control. No se investigaron cambios a través del tiempo para ambos grupos. Las diferencias en la información de referencia entre los grupos control y de intervención no fueron evaluadas (aunque las estadísticas descriptivas sugieren que el grupo de intervención sufría mayor ansiedad que el control).

Van Zyl y colegas condujeron un ECCA para evaluar una intervención compleja implementada por un embriologista y que apuntaba a pacientes de FIV mujeres (van Zyl, *et al.*, 2005). Los grupos no diferían en cuanto a la información de referencia (pero no se testearon las diferencias en bienestar). Se evaluó ansiedad y depresión pre y post tratamiento. La intervención incluía: una sesión adicional de apoyo emocional basada en técnicas de consultoría no directivas (respeto, empatía, sinceridad, reflexión e interpretación); el afrontamiento de las preocupaciones de los pacientes sobre el tratamiento (por ejemplo, ¿qué sucederá? ¿Qué emociones esperar? ¿Cómo haré frente? ¿A quién puedo contactar y cuándo debo recibir noticias?); una lista de autoafirmaciones positivas para el afrontamiento; y llamadas diarias, temprano por la mañana, del embriologista entre la extracción del ovocito y la transferencia del embrión. El grupo control recibió atención estándar (sin consultoría ni apoyo emocional) y se les pidió que llamaran al ginecólogo a diario para averiguar por el desarrollo del embrión. Se investigaron los efectos de esta intervención compleja sobre la ansiedad y depresión de las mujeres, y el efecto positivo sobre la ansiedad en el grupo de intervención fue significativamente más alto que el efecto positivo sobre la ansiedad del grupo control, aunque en evaluaciones posteriores no hubo diferencias entre ambos grupos. Cabe mencionar que no está claro si los pacientes ya contaban con el resultado del test de embarazo al momento de la segunda evaluación y si el índice de embarazos difirió entre ellos.

Conclusiones y consideraciones

La mejor evidencia (con ECCA) presentada sugiere que la mayoría de las intervenciones interactivas evaluadas que pueden ser administradas por el equipo de fertilidad no son efectivas para promover

un mayor bienestar en el paciente.

Con todo, las intervenciones examinadas fueron bastante complejas e integraban diferentes componentes de la atención que están poco definidos. Esto hace muy difícil evaluar si alguno de los diferentes componentes puede ser eficaz y cuál (debido a que los efectos positivos pueden estar enmascarados por otros neutrales o negativos). Las intervenciones complejas combinan oferta de información general, continuidad de la atención, oportunidad de hacer preguntas, tener un acompañante, consultoría sobre depresión y afrontamiento o relajación.

No está claro si alguna teoría o principio psicológico o terapéutico fue utilizado en el diseño de las intervenciones. En los pocos casos en que fue citado un modelo terapéutico específico (por ejemplo, terapia conductual cognitiva), no fue claro hasta qué punto los investigadores que llevaban a cabo la intervención lo seguían, ni si tenían la experiencia específica requerida para utilizarlo con pacientes.

Recomendaciones

| | |
|--|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que ofrecer las complejas intervenciones interactivas disponibles actualmente* no necesariamente mejora el bienestar individual y relacional del paciente (Shu-Hsin, 2003; van Zyl, et al., 2005; Gürhan, et al., 2007; Mori, 2009). | B |
|--|----------|

**Las intervenciones complejas integran diferentes componentes psicosociales (por ejemplo, dar información, entrenamiento en afrontamiento o estrategias de relajación) (Craig, et al., 2008).*

1.2.b.2 Intervenciones autoadministradas

Esta sección ofrece una descripción exhaustiva de los efectos de las intervenciones autoadministradas (esto es, administradas por los pacientes mismos) sobre el bienestar emocional, relacional y social del paciente (resumido en el Cuadro 1.3)

Evidencia clínica

Cousineau y colegas llevaron a cabo un ECCA para evaluar un programa psicoeducativo *online* de apoyo para pacientes femeninas que se atendían en clínicas de fertilidad (Cousineau, et al., 2008). Los grupos aleatorios no difirieron en la información de referencia. Se evaluaron estrés específico de la infertilidad (esto es, preocupación social, preocupación sexual, preocupación por su relación, necesidad de parentalidad y rechazo del estilo de vida sin hijos, y estrés global), autoeficacia, conflicto en el proceso de toma de decisiones y cohesión de la pareja antes (solo para una mitad aleatoria de cada grupo) y después de un período de 4 semanas. El grupo de intervención que fue previamente evaluado recibió *feedback* y consejos semiestructurados indicando qué partes del programa *online* seguir, priorizando cuestiones para las cuales la autoeficacia se había notado más baja durante la evaluación previa. Se pidió a todos los participantes del grupo de intervención que miraran el programa *online* en dos sesiones de 45 minutos o en varias sentadas a lo largo de un período de 4 semanas. El grupo control recibió atención estándar (sin programa *online*). Las mujeres que recibieron la intervención reportaron descensos en el estrés global asociado a la infertilidad y en las preocupaciones sexuales y sociales, y creciente autoeficacia en torno a la infertilidad, pero estas ventajas fueron solo observadas en grupos específicos de mujeres. En particular, las mujeres que pasaron más de una hora utilizando el programa reportaron un descenso en el estrés global asociado a la infertilidad y un incremento en la autoeficacia. No se observaron efectos de la intervención sobre preocupaciones de relación y cohesión de la pareja. Debe mencionarse que no está claro si algunas de las mujeres incluidas se embarazaron durante el período de estudio y si esto influyó sobre sus evaluaciones.

Matthiesen y colegas llevaron a cabo un ECCA para evaluar una intervención de escritura expresiva para mujeres y varones (de parejas hetero y homosexuales) atravesando su primer ciclo de FIV (Matthiesen, *et al.*, 2012). No difirió la información de referencia de los grupos aleatorios. Se evaluó el estrés asociado a la infertilidad antes y dos veces después de la intervención (respectivamente, 3 y 6 semanas luego de escribir; la segunda fue una semana después de la ecografía para embarazo clínico). La intervención consistía en tres tareas de escritura expresiva de 20 minutos de duración, a lo largo de tres días. Se indicó a los pacientes que escribieran sobre sus sentimientos y pensamientos más profundos en relación con: no tener hijos contra su voluntad (primer día); tratamiento de FIV/ICSI para la infertilidad (segundo día); y pensamientos y sentimientos positivos experimentados en relación con la idea de no tener hijos contra su voluntad (tercer día). La condición control consistía en tres tareas de escritura de 20 minutos de duración, a lo largo de tres días. Se indicó a los participantes que escribieran de un modo emocionalmente neutro sobre: sus actividades del día previo (primer día); sus cinco días previos (segundo día); y sus actividades planeadas o programadas para los siguientes cinco días (tercer día). Los resultados mostraron que la intervención hizo disminuir el estrés asociado a la infertilidad 3 semanas después de la intervención, pero este efecto desapareció 6 semanas luego de la intervención. Un análisis por género reveló el mismo patrón para mujeres, pero no cambios a través del tiempo para varones. Debe mencionarse que no se evaluó la influencia que pudo tener embarazarse durante el estudio.

Cuadro 1.3. Efecto de las intervenciones autoadministradas sobre bienestar individual, relacional y social del paciente

| Intervención/estudio | Bienestar individual | | | | | Bienestar relacional | Bienestar social |
|---|----------------------|-----------|----------------|--------------------------------------|--|--|--|
| | Depresión | Ansiedad | Estrés general | Estrés específico de la infertilidad | Otro | | |
| Intervención psicoeducacional adaptada <i>online</i> (Cousineau, <i>et al.</i> , 2008) ECCA | | | | + ^{b,h} - ^g | Autoeficacia de la infertilidad: + ^{b,c,f,h} | Preocupaciones sexuales: + ^{a,c,d,f,g} Preocupaciones de la relación: ns Cohesión de la pareja: ns | Preocupaciones sociales: + ^{e,f} |
| Intervención de escritura expresiva (Matthiesen, <i>et al.</i> , 2012) ECCA | | | | + | Humor negativo: ns Humor positivo: ns | | |
| Intervención de escritura expresiva (Panagopoulou, <i>et al.</i> , 2009) ECCA | | | ns | ns | | | |
| Folleto informativo (Pook y Krause, 2005) ECCA | | | | + | | | |
| Información enfocada en (1) emoción y sexo, (2) emoción, (3) procedimientos (Takefman, <i>et al.</i> , 1990) ECCA | ns | ns | | | Sentimientos sobre la infertilidad + (solo 3) Reacciones emocionales negativas - (solo 1) | Funcionamiento sexual: ns Adaptación marital: ns | |
| Historia clínica personal <i>online</i> (Tuil, <i>et al.</i> , 2007) ECCA | ns | ns | | | Autoeficacia general ns | | Apoyo social ns |

-: efecto negativo de la intervención sobre la medida de bienestar.

+: efecto positivo de la intervención sobre la medida de bienestar.

ns: efecto no significativo de la intervención sobre el bienestar.

a: efecto solo significativo para mujeres con alto grado de ansiedad al comienzo de la intervención.

b: efecto solo significativo para mujeres con altos ingresos.

c: efecto solo significativo en mujeres con factor de infertilidad explicado.

- d: efecto solo significativo en mujeres con alta frecuencia de tratamientos (esto es, más de cuatro ciclos de tratamiento).
- e: efecto solo significativo en mujeres con alto afrontamiento por escape o evitación al inicio de la intervención.
- f: efecto solo significativo en mujeres con bajo afrontamiento de resolución de problemas al inicio de la intervención.
- g: efecto solo significativo en mujeres con alto afrontamiento de distanciamiento al inicio de la intervención.
- h: efecto solo significativo en mujeres que utilizaron el programa por más de una hora.

En un ECCA, se evaluó una intervención de escritura expresiva para mujeres atravesando tratamiento de FIV (Panagopoulou, *et al.*, 2009). La información de referencia no difirió entre el grupo de intervención y el control. Una intervención de una semana fue administrada luego de la transferencia del embrión. Se evaluó el estrés general y el específico de la infertilidad antes (esto es, el día de la transferencia del embrión) y después de la intervención (esto es, dos días antes del test de embarazo). En el grupo de intervención, se entregaron a los pacientes diarios personales junto con instrucciones escritas para que escribieran, durante 20 minutos por día a lo largo de una semana, “sobre sus más profundos pensamientos y sentimientos en torno a la infertilidad y su tratamiento”. A los pacientes del grupo control con consignas de escritura, se les entregaron diarios personales junto con instrucciones escritas para que escribieran, durante 20 minutos por día a lo largo de una semana, sobre “los hechos relacionados con la infertilidad y su tratamiento”. Las mujeres del grupo control (sin consigna de escritura) recibieron indicaciones médicas estándar y se retiraron a sus casas. Los resultados revelaron que el estrés general y específico de la infertilidad aumentó significativamente en todos los grupos, pero que no había diferencia entre las condiciones de intervención y control (luego de controlar los valores de la información de referencia) en las evaluaciones posteriores del estrés general y específico de la infertilidad. Lamentablemente, los valores p exactos para algunos tests no fueron reportados.

Pook y Krause realizaron un ECCA para evaluar una intervención basada en un folleto informativo para varones infértiles comenzando el diagnóstico de infertilidad (Pook y Krause, 2005). Se evaluó el estrés específico de la infertilidad a la llegada a la clínica, antes de la examinación de fertilidad. La información de referencia fue la misma para los grupos aleatorios (pero no se estudiaron las diferencias en estrés específico de la infertilidad). En el grupo de intervención, se envió por email un folleto informativo al momento de pedir el turno para la evaluación de la fertilidad. El folleto explicaba qué sucedería durante la consulta e incluía: información sobre los contenidos y secuencias de los diferentes componentes de la rutina de fertilidad; preguntas que el médico formularía; descripción detallada de los exámenes médicos; advertencia de que no se haría durante la consulta ninguna intervención más invasiva que tomar una muestra de sangre; información sobre aspectos sensoriales; y una descripción de la sala donde se tomarían las muestras de esperma (separada, sin presiones de tiempo, limpia, en respuesta a los temores de no poder producir una muestra). El grupo control no recibió el folleto. Los resultados mostraron que los varones que recibieron el folleto reportaron menor estrés asociado a la infertilidad cuando concurren a la clínica.

En otro ECCA, se testearon diferentes intervenciones informativas para parejas con infertilidad primaria comenzando la fase de diagnóstico (las parejas que lograron un embarazo durante el estudio fueron excluidas) (Takefman, *et al.*, 1990). Se evaluó adaptación marital, frecuencia de las relaciones, ansiedad e impacto emocional de la infertilidad antes y después de la fase diagnóstica. Se compararon tres condiciones de intervención, en base al tipo de información que se dio. La primera intervención ofreció: información emocional y sexual e incluyó una justificación explícita de por qué se daba información (esto es, puede preparar a los pacientes a afrontar mejor); un video de 15 minutos sobre los procedimientos médicos y los aspectos emocionales del tratamiento de fertilidad; un cuadernillo de 15 páginas con información sexual (sobre el impacto sexual del tratamiento y consejos en caso de presentar dificultades). La segunda intervención ofreció información emocional e incluyó: una justificación explícita de por qué se daba información (esto es, puede preparar a los pacientes a

afrontar mejor); y un video de 15 minutos sobre los procedimientos médicos y los aspectos emocionales del tratamiento de fertilidad. No se incluyó el cuadernillo con información sexual. Por último, la tercera intervención proveyó de información sobre los procedimientos e incluía: una justificación explícita de por qué se daba información (esto es, puede preparar a los pacientes a afrontar mejor); un video de 12 minutos enfocado solo en los procedimientos médicos. Los resultados mostraron que la intervención con información sobre los procedimientos generó un descenso en los sentimientos negativos de los pacientes frente a la infertilidad, mientras que estos se mantuvieron estables en los otros dos grupos de intervención. Además, se observó que, comparado con los otros grupos, las reacciones emocionales frente a hacerse la histerosalpingografía en las mujeres fueron peores en el grupo que había recibido las intervenciones informativas sobre emociones y sexualidad. La adaptación marital y la frecuencia de las relaciones descendieron por igual en los tres grupos. La ansiedad se incrementó por igual en los tres grupos. Debe mencionarse que los tres grupos no se compararon al momento de la información de referencia.

Tuil y colegas llevaron a cabo un ECCA para estudiar una intervención basada en ofrecer a los pacientes femeninos y masculinos de FIV, atravesando su primer ciclo de FIV en la clínica estudiada, acceso a una historia clínica personal *online* (Tuil, *et al.*, 2007). La información de referencia no difirió entre ambos grupos. Se midió ansiedad, depresión, autoeficacia y apoyo social antes y después de la intervención. La historia clínica personal *online* incluía: información general sobre infertilidad, el tratamiento de FIV y la clínica de fertilidad; información personalizada, al ofrecer acceso a la propia historia clínica de los pacientes; y opciones de comunicación, como disponibilidad de enviar un email, foros de discusión y una sala de chat con la participación de otros pacientes y médicos, preguntas y aclaraciones. El grupo control no recibió acceso a su historia clínica personal *online*. Se encontró que el acceso a la historia clínica personal *online* no tenía efecto sobre la ansiedad, depresión, autoeficacia general o apoyo social del paciente.

Conclusiones y consideraciones

La evidencia presentada sugiere que las intervenciones autoadministradas pueden ayudar a los pacientes a enfrentar aspectos específicos vinculados con el tratamiento. Un folleto informativo de una página demostró reducir el estrés asociado a la infertilidad de los varones durante la evaluación de infertilidad. Ofrecer información sobre los procedimientos, cuando se trata de procedimientos demandantes e intrusivos, antes de que los pacientes los atravesasen puede ser beneficioso. Los resultados en cuanto a las intervenciones con escritura expresiva son mixtos.

Ofrecer apoyo adaptado para los pacientes también puede ser beneficioso, pero estas necesidades deben ser investigadas más en profundidad, ya que los resultados muestran que el efecto de la intervención varía de acuerdo con el perfil del paciente y que incluso puede ser perjudicial (como se demostró para pacientes que utilizaron afrontamiento de alto distanciamiento). El estudio de Cousineau y colegas presentó una intervención compleja y esto dificulta la interpretación de resultados, ya que los pacientes fueron guiados/aconsejados en cuanto al tipo de apoyo que mejor se adecuaba a sus necesidades, pero no necesariamente siguieron esos consejos. Sin embargo, vale la pena notar que los pacientes que utilizaron el programa de apoyo por más de una hora reportaron menor angustia y mayor autoeficacia en torno a la infertilidad.

En general, las intervenciones carecieron de claridad en cuanto a las teorías o principios psicológicos o terapéuticos utilizados, pero fueron más explícitas en cuanto a los procedimientos implementados (qué, cuándo y por quién).

Recomendaciones

| | |
|--|----------|
| El equipo de fertilidad debe proporcionar información preparatoria sobre procedimientos diagnósticos, porque disminuye la ansiedad y el estrés específicos de la infertilidad (Pook and Krause, 2005). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las intervenciones psicoeducacionales <i>online</i> pueden mejorar el estrés específico de la infertilidad y la autoeficacia, y las preocupaciones sexuales y sociales de grupos particulares de pacientes (Cousineau, <i>et al.</i>, 2008). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que ofrecer a los pacientes de FIV acceso a su historia clínica personal <i>online</i> probablemente no promueva su bienestar emocional (depresión, ansiedad y autoeficacia) (Tuil, <i>et al.</i>, 2007). | C |

Sugerencias de investigación

Existe un enorme corpus de investigación cualitativa sobre las características del personal y de la clínica que afectan el bienestar de los pacientes. Esa base investigativa puede utilizarse para delinear hipótesis de trabajo a ser verificadas a través de investigación cuantitativa en torno a qué características de la clínica y el personal son importantes en qué momentos específicos del camino que los pacientes recorren durante su tratamiento. Esas hipótesis deben hacerse operativas en conductas y habilidades claramente definidas del personal (por ejemplo, incluir a la pareja en todas las consultas) y en las características de la clínica (por ejemplo, ofrecer información escrita). Además, los investigadores deben especificar qué dimensiones específicas del bienestar de los pacientes se espera afectar, y ellas deben ser evaluadas con estándares de excelencia o con cuestionarios equivalentes validados.

Varias limitaciones fueron detectadas en los estudios que investigan la eficacia de las intervenciones interpersonales y autoadministradas. Estas limitaciones comprometen la reproductibilidad de la investigación presentada y no aclaran qué componente específico de la atención debe evaluarse en futuras investigaciones. Por lo tanto, es aconsejable que la investigación futura estudie intervenciones simples basadas en un único componente de la atención. Los investigadores deben aclarar por qué y cómo (principio terapéutico), cuándo (momento específico en la atención de rutina) y por quién debe ser provisto a los pacientes ese componente de la atención. Además, deben estudiar hipótesis bien definidas sobre qué dimensiones del bienestar del paciente se espera que se vean afectadas (qué resultados medir) y cuándo (tiempos de la evaluación). Esto no significa que intervenciones complejas no puedan ser implementadas y ofrecidas a los pacientes, pero deben estar basadas en componentes cuya eficacia ya haya sido probada.

Aunque no considerada en la presente sección, los investigadores deben también evaluar la viabilidad de las intervenciones y el compromiso del personal con ellas. No solo es importante comprender si las intervenciones son efectivas, sino también si el personal puede implementarlas y si de hecho lo hace. Distinguir estos aspectos permitirá un mejor diseño de las intervenciones, ya sea al rechazar los componentes ineficaces de la atención o al cambiar la forma en que pueden ser viablemente implementadas por el personal. También debe investigarse la aceptabilidad del usuario en el caso de las intervenciones autoadministradas.

Referencias

- Aarts JW, Faber MJ, den Boogert AG, Cohlen BJ, van der Linden PJ, Kremer JA, Nelen WL. Barriers and facilitators for the implementation of an online clinical health community in addition to usual fertility care: a cross-sectional study. *J Med Internet Res* 2013;**15**: e163.
- Aarts JW, Huppelschoten AG, van Empel IW, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JA, Nelen WL. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Hum Reprod* 2012;**27**: 488-495.
- Abraham C, Michie S. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychol* 2008;**27**: 379-387.
- Becker G, Nachtigall RD. Ambiguous responsibility in the doctor-patient relationship: the case of infertility. *Soc Sci Med* 1991;**32**: 875-885.
- Blenner JL. Stress and mediators: patients' perceptions of infertility treatment. *Nurs Res* 1992;**41**: 92-97.
- Brucker PS, McKenry PC. Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;**33**: 597-603.
- Cousineau TM, Green TC, Corsini EA, Barnard T, Seibring AR, Domar AD. Development and validation of the Infertility Self-Efficacy scale. *Fertil Steril* 2006;**85**: 1684-1696.
- Cousineau TM, Green TC, Corsini EA, Seibring AR, Showstack MT, Applegarth L, Davidson M, Perloe M. Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2008;**23**: 554-566.
- Cousineau TM, Lord SE, Seibring AR, Corsini EA, Vidars JC, Lakhani SR. A multimedia psychosocial support program for couples receiving infertility treatment: a feasibility study. *Fertil Steril* 2004;**81**: 532-538.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, Medical Research Council G. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj* 2008;**337**: a1655.
- Dancet EA, Nelen WL, Sermeus W, De Leeuw L, Kremer JA, D'Hooghe TM. The patients' perspective on fertility care: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2010;**16**: 467-487.
- Dancet EA, Van Empel IW, Rober P, Nelen WL, Kremer JA, D'Hooghe TM. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Hum Reprod* 2011;**26**: 827-833.
- Gameiro S, Canavarró MC, Boivin J. Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Educ Couns* 2013;**93**: 646-654.
- Gürhan N, Oflaz F, Atici D, Akyuz A, Vural G. Effectiveness of nursing counseling on coping and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Psychol Rep* 2007;**100**: 365-374.
- Hodges LJ, Walker J, Kleiboer AM, Ramirez AJ, Richardson A, Velikova G, Sharpe M. What is a psychological intervention? A metareview and practical proposal. *Psychooncology* 2011;**20**: 470-478.
- Hope N, Rombauts L. Can an educational DVD improve the acceptability of elective single embryo transfer? A randomized controlled study. *Fertil Steril* 2010;**94**: 489-495.
- Jacobs NN, O'Donohue WT. *Coping with infertility: Clinically Proven Ways of Managing the Emotional Roller Coaster*. 2007, Routledge/Taylor & Francis Group; US, New York, NY.
- Karatas JC, Strong KA, Barlow-Stewart K, McMahon C, Meiser B, Roberts C. Psychological impact of preimplantation genetic diagnosis: a review of the literature. *Reprod Biomed Online* 2010;**20**: 83-91.
- Lancastle D, Boivin J. A feasibility study of a brief coping intervention (PRCI) for the waiting period before a pregnancy test during fertility treatment. *Hum Reprod* 2008;**23**: 2299-2307.
- Matthiesen S, Klonoff-Cohen H, Zachariae R, Jensen-Johansen MB, Nielsen BK, Frederiksen Y, Schmidt L, Ingerslev HJ. The effect of an expressive writing intervention (EWI) on stress in infertile couples undergoing assisted reproductive technology (ART) treatment: a randomized controlled pilot study. *Br J Health Psychol* 2012;**17**: 362-378.
- Mori A. Supporting stress management for women undergoing the early stages of fertility treatment: a cluster-randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci* 2009;**6**: 37-49.
- Mourad SM, Hermens RP, Liefers J, Akkermans RP, Zielhuis GA, Adang E, Grol RP, Nelen WL, Kremer JA. A multi-faceted strategy to improve the use of national fertility guidelines; a cluster-randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2011;**26**: 817-826.
- Orshan SA, Furniss KK, Forst C, Santoro N. The lived experience of premature ovarian failure. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;**30**: 202-208.
- Ouj U, Igberase GO, Eze JN, Ejikeme BN. Perception of intimate pelvic examination by gynaecological clinic attendees in rural Southeast Nigeria. *Arch Gynecol Obstet* 2011;**284**: 637-642.
- Panagopoulou E, Montgomery A, Tarlatzis B. Experimental emotional disclosure in women undergoing infertility treatment: Are drop outs better off? *Soc Sci Med* 2009;**69**: 678-681.
- Peddie VL, Porter M, Van Teijlingen E, Bhattacharya S. Research as a therapeutic experience? An investigation of women's participation in research on ending IVF treatment. *Hum Fertil (Camb)* 2006;**9**: 231-238.
- Peddie VL, van Teijlingen E, Bhattacharya S. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Hum Reprod* 2005;**20**: 1944-1951.
- Peters K. In pursuit of motherhood: the IVF experience. *Contemp Nurse* 2003;**14**: 258-270.
- Pook M, Krause W. Stress reduction in male infertility patients: a randomized, controlled trial. *Fertil Steril* 2005;**83**: 68-73.
- Redshaw M, Hockley C, Davidson LL. A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Hum Reprod* 2007;**22**: 295-304.
- Ryan M. Using conjoint analysis to take account of patient preferences and go beyond health outcomes: an application to in vitro fertilisation. *Soc Sci Med* 1999;**48**: 535-546.
- Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Sangren H, Tjornhoj-Thomsen T, Blaabjerg J, Hald F, Andersen AN, Rasmussen PE. Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Hum Reprod* 2003;**18**: 628-637.
- Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT, Jacobs NN. Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Arch Womens Ment Health* 2010;**13**: 347-358.
- Shu-Hsin L. Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization. *J Nurs Res* 2003;**11**: 197-208.
- Sol Olafsdottir H, Wikland M, Moller A. Nordic couples' decision-making processes during assisted reproduction treatments. *Sex Reprod*

Healthc 2013;**4**: 49-55.

Stewart L, Hamilton M, McTavish A, Fitzmaurice A, Graham W. Randomized controlled trial comparing couple satisfaction with appointment and telephone follow-up consultation after unsuccessful IVF/ICSI treatment. *Hum Fertil (Camb)* 2001;**4**: 249-255.

Takefman JE, Brender W, Boivin J, Tulandi T. Sexual and emotional adjustment of couples undergoing infertility investigation and the effectiveness of preparatory information. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1990;**11**: 275-290.

Terzioglu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;**22**: 133-141.

Tuil WS, Verhaak CM, Braat DD, de Vries Robbe PF, Kremer JA. Empowering patients undergoing in vitro fertilization by providing Internet access to medical data. *Fertil Steril* 2007;**88**: 361-368.

van Empel IW, Aarts JW, Cohlen BJ, Huppelschoten DA, Laven JS, Nelen WL, Kremer JA. Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Hum Reprod* 2010;**25**: 2516-2526.

van Empel IW, Dancet EA, Koolman XH, Nelen WL, Stolk EA, Sermeus W, D'Hooghe TM, Kremer JA. Physicians underestimate the importance of patient-centredness to patients: a discrete choice experiment in fertility care. *Hum Reprod* 2011;**26**: 584-593.

van Zyl C, van Dyk AC, Niemandt C. The embryologist as counsellor during assisted reproduction procedures. *Reprod Biomed Online* 2005;**11**: 545-551.

Williams M, Green L, Roberts K. Exploring the needs and expectations of women presenting for hysterosalpingogram examination following a period of subfertility: a qualitative study. *Int J Clin Pract* 2010;**64**: 1653-1660.

2. ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES ANTES DEL TRATAMIENTO

Introducción

El período de pretratamiento se refiere al período desde la primera visita a la clínica hasta el comienzo del primer ciclo de tratamiento (hasta el quinto día de estimulación ovárica). Por lo tanto, este período incluye la primera cita en la clínica, la examinación y diagnóstico de infertilidad y el tiempo de espera antes de iniciar el tratamiento.

2.1 Necesidades de los pacientes antes del tratamiento

Pregunta clave

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES ANTES DEL TRATAMIENTO?

Justificación de la pregunta clave

Esta pregunta describe las necesidades de los pacientes antes del comienzo de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad.

El objetivo es que haya mayor conciencia en el personal de las necesidades específicas de los pacientes durante el período de pretratamiento (esto es, diagnóstico, tiempo de espera hasta comenzar el tratamiento).

2.1.a Necesidades conductuales

La evidencia disponible sobre las necesidades conductuales de los pacientes se refiere al compromiso con el tratamiento y a las conductas relativas al estilo de vida (incluyendo comportamiento sexual).

Evidencia clínica

Compromiso con el tratamiento

Falta de compromiso con el tratamiento de fertilidad por la vía del abandono prematuro alude al caso en que los pacientes deciden no continuar el (futuro) tratamiento a pesar de un pronóstico favorable.

Las tasas de falta de compromiso con el tratamiento debido al abandono prematuro en cualquier etapa del tratamiento solo fueron descritas en un estudio de cohorte longitudinal (Brandes, *et al.*, 2009). En ese estudio, 1391 parejas fueron derivadas a la clínica de infertilidad y 319 abandonaron antes de conseguir el embarazo. De estas parejas, 131 (41.1%) abandonaron antes de comenzar alguna etapa del tratamiento. Esto significa de que de las 1347 parejas iniciales (44 perdidas en el seguimiento), 9.7% abandonaron antes de iniciar el tratamiento.

Una revisión sistemática investigó las razones que dieron los pacientes para la falta de compromiso con el tratamiento de fertilidad por la vía del abandono prematuro (Gameiro, *et al.*, 2012). La revisión incluyó 22 estudios de ocho países que dieron información sobre más de 21.000 pacientes. Los autores identificaron cinco etapas en el tratamiento de infertilidad, de las cuales dos serán reportadas aquí: durante el diagnóstico y antes del inicio del tratamiento, y en lista de espera para comenzar con TRA.

Las cinco razones más seleccionadas por los pacientes para no continuar durante el diagnóstico y antes del inicio del tratamiento (basado en dos estudios) fueron rechazo del tratamiento (debido a objeciones éticas, preocupaciones en torno al tratamiento o falta de interés en él, 42.3%), razones personales (26.9%), problemas relacionales (20.1%), cuestiones económicas (15.3%) y carga psicológica del tratamiento (10.3%). Las cinco razones más seleccionadas por los pacientes para no continuar en lista de espera para comenzar con TRA (basado en un estudio) fueron problemas relacionales (18.5%), carga psicológica del tratamiento (12.9%), razones personales (11.1%), problemas de organización (5.5%) y cuestiones económicas (3.7%).

Conductas vinculadas al estilo de vida

Un estudio transversal investigó a 110 mujeres y 100 varones siendo examinados por infertilidad (Schilling, *et al.*, 2012). Los resultados mostraron que 9.1% de las mujeres y 3% de los varones se clasificaban como adoptando un comportamiento sexual que no optimiza la probabilidad de la concepción, incluyendo que no aprovecharon los días fértiles de la mujer en 4-6 ocasiones a lo largo de los últimos 6 meses o que uno de los miembros de la pareja tiene un problema sexual. Además, 7.3% de las mujeres se clasificaron como de bajo peso (índice de masa corporal (IMC) < 18.5) y la mitad de ellas indicaban una anorexia nerviosa (pre-) clínica en su historia clínica; 26.9% de las mujeres y 55.6% de los varones tenían sobrepeso (IMC ≥ 25). De las mujeres con IMC normal o bajo, 19.9% practicaban algún deporte un promedio de 4.4 horas por semana. Se reportó que 10.9% de las mujeres y 18.4% de los varones eran fumadores (más de cinco cigarrillos por día), y 2% de los varones indicó que tomaban anabólicos esteroides regularmente.

En el estudio observacional prospectivo de Klonoff-Cohen y colegas, se distribuyeron cinco cuestionarios sobre conductas asociadas con el cigarrillo a parejas (221 mujeres y 166 varones) durante diferentes etapas del tratamiento, incluyendo dos cuestionarios en la primera visita a la clínica (Klonoff-Cohen, *et al.*, 2001); 15% de las parejas bajo FIV o transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT, por su sigla en inglés) reportó haber fumado el año anterior, mientras que 11% reportó haber fumado el mes anterior y 8% fumaba hasta el momento del procedimiento.

Freizinger y colegas llevaron a cabo un estudio transversal descriptivo para estimar la prevalencia de desórdenes alimenticios en 82 mujeres infértiles comenzando su primer tratamiento de IIU (Freizinger, *et al.*, 2010). Se utilizaron medidas autorreportadas para evaluar patologías relacionadas con desórdenes alimenticios y hábitos de ejercicio (Entrevista clínica estructurada para DSM-IV Eje I Desórdenes Módulo H, Breve Formulario Demográfico y EDE-Q adaptado de Examinación de desórdenes alimenticios); 17 mujeres (20.7%) mostraron criterios que coinciden con un desorden alimenticio presente o pasado.

Conclusión y consideraciones

De los pacientes derivados a las clínicas de fertilidad, 10% no comienzan el tratamiento por varias razones. Una proporción significativa de pacientes tiene conductas vinculadas al estilo de vida que no son óptimas para la concepción (fumadores, exceso de ejercicio, dietas que resultan en un IMC poco saludable, uso de anabólicos esteroides). La baja o falta de tasa de respuesta vuelve cuestionable la generalización de los hallazgos (no mencionado en Klonoff-Cohen, *et al.*, 2001; 67% en Schilling, *et al.*, 2012). También debe considerarse que los datos fueron autorreportados y por lo tanto pueden haber sido minimizados debido a la deseabilidad social. Las tasas actuales pueden ser más altas. En general, estos datos sugieren que los pacientes que comienzan el tratamiento no se comportan de manera óptima para maximizar sus posibilidades de concebir.

Recomendaciones

| | |
|--|----------|
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que uno de cada diez pacientes derivados a tratamientos de fertilidad elige no iniciar el tratamiento. (Brandes, <i>et al.</i>, 2009).</p> | <p>C</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las razones que los pacientes reportan para no comenzar ninguno de los tratamientos sugeridos de fertilidad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechazo del tratamiento (debido a objeciones éticas, preocupaciones en torno al tratamiento o falta de interés en él) • razones personales • problemas relacionales • cuestiones económicas • carga psicológica del tratamiento (Gameiro, <i>et al.</i>, 2012). | <p>B</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las razones que los pacientes que se encuentran en lista de espera para comenzar el tratamiento con TRA reportan para no iniciar el tratamiento recomendado son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • problemas relacionales • carga psicológica del tratamiento • razones personales • problemas vinculados con la clínica • cuestiones económicas (Gameiro, <i>et al.</i>, 2012). | <p>B</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que un número considerable de pacientes tiene conductas, en su estilo de vida, que pueden afectar negativamente su salud general y reproductiva (Klonoff-Cohen, <i>et al.</i>, 2001; Freizinger, <i>et al.</i>, 2010; Schilling, <i>et al.</i>, 2012).</p> | <p>C</p> |

2.1.b Necesidades sociales y de afinidad

La evidencia disponible sobre las necesidades de afinidad (relación) de los pacientes se refiere a la satisfacción marital/en el vínculo afectivo y a la actividad sexual. No se encontró evidencia acerca de las necesidades sociales de los pacientes.

Evidencia clínica

Satisfacción marital/en el vínculo afectivo

Slade y colegas estudiaron a 144 parejas en su estudio longitudinal prospectivo, con un conjunto de cuestionarios que incluía la Escala de Ajuste Diádico (EAD) (tasa de respuesta 98%) (Slade, *et al.*, 1997). La medida de información de referencia se tomó el día 1 del primer ciclo de tratamiento de FIV. Los puntajes generales de ajuste de las mujeres fueron más bajos que los valores normales, pero esta diferencia no fue encontrada para los varones. Cuando las subescalas EAD fueron investigadas individualmente, no se hallaron diferencias respecto de la norma para la escala de satisfacción, pero tanto las mujeres como los varones presentaron más bajo consenso (en qué medida se percibe que ambos miembros de la pareja juegan igual rol en las decisiones domésticas y sociales) y más alta cohesión (el grado en que se comparten los intereses y experiencias) que los valores normales para las

parejas casadas.

Otro estudio prospectivo de cohorte no halló esta diferencia en el cuestionario EAD entre individuos infértiles y las normas en 116 mujeres y 107 varones que concurren a una clínica de infertilidad (Edelmann y Connolly, 2000).

En el estudio longitudinal prospectivo de Verhaak y colegas, con el objetivo de predecir la respuesta emocional al tratamiento de fertilidad no exitoso, se reportó la satisfacción marital y sexual pretratamiento. Antes del comienzo del primer ciclo de tratamiento de FIV/ICSI (5-10 días), 187 mujeres no mostraron diferencia en la satisfacción marital comparado con las normas (medidas con la escala de satisfacción marital general del Cuestionario Marital de Maudsley - CMM) (Verhaak, *et al.*, 2005).

Actividad sexual

En un estudio transversal prospectivo dirigido por Peterson y colegas que evaluó a 306 mujeres y 295 varones comenzando tratamiento de FIV o IIU, 17% de las mujeres y 21% de los varones reportó altos niveles de estrés sexual por infertilidad (esto es, puntuaciones del Inventario de Problemas de Fertilidad con una desviación estándar (DE) sobre la media de la muestra COMPI) (Peterson, *et al.*, 2007).

En el estudio de Slade y colegas, los niveles de los puntajes de la subescala del Inventario de Satisfacción Sexual Golombok–Rust (GRIS, por su sigla en inglés: insatisfacción, falta de sensualidad, baja frecuencia, falta de comunicación y evitación) no parecieron ser indicativos de problemas psicosexuales (Slade, *et al.*, 1997).

En el estudio transversal de Verhaak y colegas sobre 207 mujeres entrando en su primer ciclo de tratamiento de FIV o ICSI, no se encontraron diferencias con los valores normales de la escala CMM de satisfacción sexual para las mujeres investigadas (Verhaak, *et al.*, 2001).

En el estudio longitudinal prospectivo del mismo grupo que evalúa pacientes 5-10 días antes del comienzo del primer ciclo de tratamiento de FIV/ICSI, las mujeres no mostraron diferencia en la satisfacción sexual en comparación con las normas (medido con la escala de satisfacción sexual del CMM) (Verhaak, *et al.*, 2005).

Función sexual

En el estudio transversal de Shindel y colegas que examina 121 parejas antes del tratamiento de infertilidad, 18% de los varones mostró leve disfunción eréctil y 4% moderada disfunción eréctil (Shindel, *et al.*, 2008). Estas prevalencias no son más altas que las observadas en la población general (Laumann, *et al.*, 1999; Moreira, *et al.*, 2005).

Conclusión y consideraciones

No existe evidencia convincente de que la relación marital de pacientes infértiles comenzando tratamiento difiera de la de la población en general. La evidencia disponible sobre la actividad sexual muestra que esta no parece verse afectada al inicio del tratamiento. Las tasas de prevalencia de disfunciones sexuales no parecen ser elevadas comparadas con las de la población general.

En general, parece existir poco conocimiento sobre las necesidades sociales y de afinidad (relación) de los pacientes antes de comenzar el tratamiento. Esas necesidades pueden diferir de acuerdo con la condición cultural, étnica y religiosa de los pacientes, pero la evidencia sobre ellas es inexistente.

Recomendaciones

| | |
|--|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes comenzando tratamientos de primera línea o con TRA no tienen peores relaciones maritales y sexuales que la población general (Slade, <i>et al.</i>, 1997; Edelman y Connolly, 2000; Verhaak, <i>et al.</i>, 2001; Verhaak, <i>et al.</i>, 2005). | B |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes en examinación de fertilidad no presentan mayores índices de prevalencia de disfunciones sexuales que la población general (Shindel, <i>et al.</i>, 2008). | C |

2.1.c Necesidades emocionales

La evidencia disponible sobre las necesidades emocionales de los pacientes refiere a depresión, ansiedad, psicopatología, desórdenes psiquiátricos y bienestar general.

Evidencia clínica

Síntomas depresivos

Una revisión sistemática dirigida por Verhaak y colegas aportó una perspectiva general de cómo las mujeres se ajustan emocionalmente a las variadas etapas del tratamiento de FIV en términos de ansiedad, depresión o angustia general (Verhaak, *et al.*, 2007). Se reportó ajuste emocional antes del comienzo del tratamiento de fertilidad en nueve estudios, seis de los cuales aportaron información sobre niveles de depresión pretratamiento utilizando diferentes inventarios (Inventario de Depresión Beck (BDI, por su sigla en inglés), Lista de Control de Síntomas (SCL-90, por su sigla en inglés), Escala de Depresión del Centro para los Estudios Epidemiológicos (CES-D, por su sigla en inglés), o Perfil de Estados de Ánimo (POMS, por su sigla en inglés)). Ninguno de los estudios reportó diferencias en la depresión entre mujeres comenzando FIV y grupos normas.

Estudios recientes han confirmado esta observación. En un estudio de cohorte multicéntrico prospectivo que investiga el impacto de la angustia psicológica sobre el resultado del tratamiento de FIV (cancelación e índice de embarazos), Lintsen y colegas no encontraron diferencias en los valores del inventario de depresión en 783 mujeres cuando se anotan en la lista de espera (esto es, 1-2 meses antes del tratamiento) (BDI-PC), comparado con los valores normales (Lintsen, *et al.*, 2009). Lewis y colegas reportaron una más baja incidencia de desórdenes depresivos mayores en 321 mujeres en preparación para comenzar su primer tratamiento de FIV en comparación con un histórico grupo control (Cuestionario de Salud del Paciente versión de atención primaria (PHQ-9, por su sigla en inglés)) (Lewis, *et al.*, 2013).

Otros estudios han reportado depresión en mujeres y varones comenzando tratamiento de fertilidad, sin compararlo con un grupo norma (de Klerk, *et al.*, 2008). En un ECCA con protocolos estándar versus estimulación leve, de Klerk y sus colegas no hallaron indicadores de depresión pretratamiento en 289 mujeres (de 391 mujeres reclutadas) el día de la consulta de planificación de FIV, ya que los puntajes medios en la Escala de Depresión y Ansiedad en Hospitales (HADS, por su sigla en inglés) estaban todos en el rango bajo a moderado.

Khademi y colegas encontraron que 31% de 350 mujeres iraníes mostraba depresión leve y 8% moderada (BDI > 32) a severa (BDI > 47) en la escala BDI antes de su primera FIV/ICSI (Khademi, *et al.*, 2005). Ocho mujeres fueron excluidas porque el puntaje BDI > 47 indicó depresión severa, que

demandó consulta psiquiátrica.

Hakim y colegas hallaron que 10% de 83 mujeres y 3% de 83 varones mostraron elevados síntomas de depresión (puntaje HADS > 7; indicativo de un posible desorden depresivo) antes de comenzar con IIU (Hakim, *et al.*, 2012). Solo 3% de mujeres y ninguno de los varones tuvo un puntaje > 11 (indicativo de un probable desorden depresivo).

Evaluando la depresión en miembros varones de parejas infértiles, Kumbak y colegas no hallaron indicación de depresión clínica en 120 varones en una investigación transversal antes del tratamiento de infertilidad (derivados a primera FIV) (BDI) (Kumbak, *et al.*, 2010). En contraste, Shindel *et al.* encontraron que la depresión (medida con CES-D) es prevalente entre miembros varones de parejas infértiles que concurren para la evaluación de la infertilidad (antes del diagnóstico): 11% de 121 varones reportaron puntajes de depresión moderada y 12% de depresión severa (Shindel, *et al.*, 2008).

Ansiedad

En la misma revisión sistemática de Verhaak, los nueve estudios también evaluaron ansiedad, utilizando el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo de Spielberger (STAI, por su sigla en inglés) o la Lista Control de Síntomas (SCL-90) (Verhaak, *et al.*, 2007). En cuanto a la ansiedad estado, cuatro estudios no reportaron diferencias entre mujeres comenzando FIV y grupos norma, mientras que cinco mostraron niveles aumentados de ansiedad estado pretratamiento. Los revisores no hallaron una diferencia en las características del estudio que pudiera explicar estos hallazgos contradictorios. La ansiedad rasgo no fue evaluada en esta revisión.

Lintsen y colegas no encontraron diferencia entre ansiedad estado y rasgo en 783 mujeres holandesas antes del comienzo de tratamiento de FIV o ICSI, comparado con las normas (STAI) (Lintsen, *et al.*, 2009).

Lykeridou y equipo encontraron puntajes más altos de ansiedad estado y rasgo en 404 mujeres griegas antes del tratamiento de FIV (STAI) comparado con los puntajes normativos publicados (Lintsen, *et al.*, 2009; Lykeridou, *et al.*, 2009); esto es, el puntaje medio de ansiedad estado de los participantes fue 44.5 (DE 9.5) y de ansiedad rasgo fue 41.8 (DE 7.1), comparado con los puntajes normativos 35.2 y 34.8, respectivamente.

Kumbak y colegas reportaron más alta ansiedad estado que la norma en 120 varones de parejas derivadas a tratamiento de fertilidad, mientras que la ansiedad rasgo no se elevó (STAI y el Inventario de expresión de enojo estado-rasgo Spielberger (STAXI, por su sigla en inglés)) (Kumbak, *et al.*, 2010).

Otros estudios reportaron niveles de ansiedad en parejas antes del comienzo del tratamiento de fertilidad sin compararlos con valores normales. De Klerk y equipo no encontró indicadores para desórdenes de ansiedad en 289 mujeres antes de comenzar tratamiento de FIV (HADS) (de Klerk, *et al.*, 2008). Hakim y colegas reportaron elevados síntomas de ansiedad indicativos de un probable desorden de ansiedad en 15% de 83 mujeres y 6% de 83 varones antes de iniciar IIU en Canadá (HADS) (Hakim, *et al.*, 2012).

En un reciente estudio transversal, los niveles de ansiedad (STAI) fueron medidos en 29 mujeres atravesando el ciclo inicial de FIV y 15 mujeres entrando en un ciclo de FIV repetido (Turner, *et al.*, 2013). La medida de información de referencia antes del comienzo de la estimulación ovárica mostró puntajes elevados de STAI estado y de STAI rasgo para todo el grupo, comparado con la población normativa.

Psicopatología

Van den Broeck y colegas no reportaron diferencias clínicas significativas en la psicopatología general (medida con el Breve Inventario de Síntomas, BSI, por su sigla en inglés) en 106 mujeres y 102 varones antes del comienzo de su primer tratamiento de FIV/ICSI, comparado con las normas publicadas para la población general holandesa (Van den Broeck, *et al.*, 2010).

Edelmann y Connolly investigaron en su estudio de cohorte prospectivo dos muestras de parejas infértiles: 116 mujeres y 107 varones concurriendo a una clínica de infertilidad y 152 parejas que fueron consecutivamente derivadas a una clínica de FIV (Edelmann y Connolly, 2000). Evaluaron la psicopatología general con el Cuestionario de Salud General (GHQ, por su sigla en inglés) y no hallaron diferencias para mujeres o varones en relación con los puntajes normativos.

Durante la evaluación pretratamiento en el estudio de Salvatore y colegas, el nivel de angustia psicológica fue similar en 101 mujeres infértiles y 75 controles ginecológicos de rutina, como demuestra el puntaje total del GHQ-30 (Salvatore, *et al.*, 2001).

En un estudio transversal, los síntomas psicopatológicos de 149 mujeres con infertilidad, 136 mujeres con dolores crónicos, 22 mujeres bajo rehabilitación cardíaca, 93 mujeres con cáncer, 77 mujeres con hipertensión y 11 mujeres VIH-positivo, fueron investigados utilizando el SCL-90 (Domar, *et al.*, 1993). Todos los grupos formaban parte de un programa conductista de tratamiento grupal y la tasa de respuesta no se explicitó para ninguno de los grupos. Las mujeres infértiles tuvieron síntomas globales de puntaje máximo equivalentes a los de los pacientes con cáncer, en rehabilitación cardíaca y con hipertensión, pero puntajes significativamente más bajos que los de las pacientes con dolores crónicos y VIH-positivos.

Desórdenes psiquiátricos

Dhaliwal y equipo midieron los síntomas psiquiátricos de 120 parejas infértiles indias con la Examinación del Estado Presente (PSE, por su sigla en inglés) y hallaron que esta no constituye una población psiquiátrica (Dhaliwal, *et al.*, 2004).

Salvatore y colegas compararon 101 mujeres antes de atravesar FIV con 75 pacientes ginecológicos de rutina que no estaban bajo ningún tratamiento de fertilidad, y no hallaron diferencias significativas en el Cuestionario de Desórdenes de la Personalidad (PDQ-R, por su sigla en inglés) que evalúen la prevalencia de rasgos de personalidad y desórdenes de acuerdo con los criterios DSM III-R (Salvatore, *et al.*, 2001). Los perfiles en el Inventario Multifásico Minnesota (MMPI, por su sigla en inglés) indicaron que no había aspectos sintomáticos o dimensiones de la personalidad anormales que las mujeres infértiles exhibieran en comparación con las pacientes de rutina.

Recientemente, Zaig y colegas utilizaron la Entrevista Clínica Estructurada para desórdenes DSM-IV Eje I (SCID, por su sigla en inglés) para medir la psicopatología en 108 mujeres israelíes antes de la estimulación ovárica, ingresando a su primer o segundo ciclo de FIV (Zaig, *et al.*, 2013). Un total de 21 mujeres (19.4%) fueron diagnosticadas como sufriendo de humor unipolar o desorden de ansiedad de toda la vida Eje I (10 con trastorno del estado de ánimo, 10 con desorden de ansiedad y 1 con desorden depresivo mayor y desorden de ansiedad generalizado).

Bienestar general

Dhaliwal y colegas midieron el bienestar con la Escala de Bienestar subjetivo (PSE, por su sigla en inglés) en su estudio de 120 parejas infértiles indias, y hallaron que los varones tenían un puntaje significativamente bajo comparado con los valores normales, mientras que los puntajes de las mujeres no diferían de los valores normales (Dhaliwal, *et al.*, 2004).

Conclusión y consideraciones

La evidencia revisada muestra que antes del tratamiento de fertilidad, los pacientes no son una población psiquiátrica. No presentan síntomas psicopatológicos ni desórdenes psiquiátricos. De manera similar, sus niveles de depresión no parecen diferir de las normas de la población. Sin embargo, la evidencia en cuanto a la ansiedad estado es inconsistente y no está claro si esas inconsistencias se relacionan con cuestiones culturales. Es probable que los pacientes infértiles con un marcado origen cultural pronatalidad muestren mayor depresión o ansiedad y menor bienestar general antes del comienzo del tratamiento (Dhaliwal, *et al.*, 2004; Khademi, *et al.*, 2005; Kumbak, *et al.*, 2010; Turner, *et al.*, 2013).

Recomendaciones

| | |
|--|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que antes del comienzo del tratamiento de FIV, los pacientes no están más deprimidos que la población general o que los controles de cotejo (Verhaak, <i>et al.</i>, 2007; Lintsen, <i>et al.</i>, 2009; Lewis, <i>et al.</i>, 2013). | B |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que la evidencia de que, antes del inicio de un primer ciclo de tratamiento de FIV, los pacientes están más ansiosos (ansiedad estado y rasgo) que la población general es inconsistente (Verhaak, <i>et al.</i>, 2007; Lintsen, <i>et al.</i>, 2009; Lykeridou, <i>et al.</i>, 2009; Kumbak, <i>et al.</i>, 2010; Turner, <i>et al.</i>, 2013). | B |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que antes del tratamiento de primera línea o con TRA, las mujeres no muestran mayores desórdenes psiquiátricos o psicopatología general que la población general (Edelmann and Connolly, 2000; Salvatore, <i>et al.</i>, 2001; Dhaliwal, <i>et al.</i>, 2004; Van den Broeck, <i>et al.</i>, 2010; Zaig, <i>et al.</i>, 2013). | C |

2.1.d Necesidades cognitivas

Evidencia clínica

La evidencia disponible sobre las necesidades cognitivas de los pacientes refiere a la conciencia de salud previa a la concepción.

Se evaluó la conciencia de salud previa a la concepción en 400 mujeres infértiles que concurren para asesoramiento inicial a una clínica de infertilidad, antes de la primera consulta con el médico (Vause, *et al.*, 2009). Las respuestas en torno a las diferentes áreas de conocimiento indagadas en la investigación fueron variables. La mayoría de las mujeres reconocía la importancia de la optimización de la salud antes y durante el embarazo, el control de enfermedades infecciosas, la consumición de ácido fólico y la discusión de medicaciones prescritas y no prescritas con su doctor antes del embarazo, y era consciente de los riesgos del abuso del cigarrillo y del uso de drogas recreacionales por parte de la pareja. Las mujeres tendían a estar menos informadas sobre los riesgos del uso del alcohol, el contacto con desechos de gato y la ingesta de pescado con mercurio durante el embarazo, y el efecto de la edad sobre la madre, la historia familiar y las inmunizaciones frente al embarazo. En general, los conocimientos antes de la concepción eran similares a los de un grupo control histórico de 500 mujeres

en un consultorio privado de familia.

Conclusión y consideraciones

En general, existen conocimientos limitados sobre las necesidades cognitivas de los pacientes antes del comienzo del tratamiento. Un estudio mostró que las mujeres infértiles que se presentan para el tratamiento no están bien informadas sobre el efecto perjudicial de la edad y el alcohol sobre el embarazo.

Recomendaciones

Ninguna.

Sugerencias de investigación

La investigación primaria existente tiene algunas limitaciones. La tasa de respuestas de los estudios fue entre 32% y 98% (media ~ 50%). Los grupos de estudio fueron a menudo heterogéneos, por ejemplo parejas antes de IIU o FIV, o parejas antes del primer ciclo de TRA o antes de un ciclo de TRA subsiguiente. Las medidas de evaluación fueron a menudo también heterogéneas, y consistieron en mezclas de cuestionarios o entrevistas estandarizados y "caseros". Las diferencias de los puntajes de los cuestionarios con las normas en ocasiones no fueron examinadas en su significación estadística o incluso clínica (por ejemplo, tamaño del efecto).

La mayoría de los estudios sobre las necesidades de las parejas antes de utilizar TRA datan de la década de 1990 (o antes), de modo que estos resultados deben ser replicados en estudios más recientes (en el marco de las nuevas TRA). Además, solo unos pocos estudios se enfocan en pacientes que comienzan tratamientos de primera línea y se necesita más información sobre esas necesidades de los pacientes. Por último, no existe información sobre las necesidades cognitivas de los pacientes antes del tratamiento.

La investigación futura debería hacer hincapié en proveer una imagen más completa de las necesidades psicosociales de los pacientes antes del tratamiento, en particular sobre sus necesidades de afinidad (relación), sociales y cognitivas. Los estudios futuros deben asegurar muestras amplias y homogéneas y alta tasa de respuestas, y deben utilizar métodos para controlar la deseabilidad social de los pacientes, en particular en lo que concierne a la evaluación de las conductas vinculadas al estilo de vida. Como las mujeres y varones de diferentes orígenes étnicos, religiosos, sociales y culturales pueden tener diferentes necesidades psicosociales antes de comenzar el tratamiento de fertilidad, esos factores moderadores deben ser claramente evaluados y documentados en los estudios, y deben llevarse a cabo análisis apropiados de los subgrupos.

2.2 Detección de necesidades antes del tratamiento

Pregunta clave

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD DETECTAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES ANTES DEL TRATAMIENTO?

La pregunta describe los predictores de las necesidades que los pacientes expresan antes del comienzo del tratamiento de fertilidad, y las herramientas que el equipo de fertilidad puede usar para detectar esas necesidades. El objetivo es permitir al equipo de fertilidad identificar por anticipado a aquellos pacientes con más probabilidad de tener necesidades específicas antes de iniciar el tratamiento y que por lo tanto podrían beneficiarse del apoyo psicosocial adicional.

Recomendaciones generales

| | |
|---|------------|
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca a los pacientes la oportunidad de que se evalúen sus necesidades y de ser informados sobre su ajuste emocional antes del comienzo del tratamiento. | IBP |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad utilice las herramientas que se describen en el Apéndice 2 al evaluar las necesidades de los pacientes. | IBP |

2.2.a Necesidades conductuales

La evidencia disponible para las necesidades conductuales de los pacientes refiere al compromiso con el tratamiento y a las conductas vinculadas al estilo de vida.

Evidencia clínica

Compromiso con el tratamiento

La falta de compromiso con el tratamiento de fertilidad por la vía del abandono prematuro alude al caso en que los pacientes deciden no continuar el (futuro) tratamiento a pesar de un pronóstico favorable.

Una revisión sistemática investigó las razones que reportan los pacientes para su falta de compromiso con el tratamiento de fertilidad y el consecuente abandono prematuro, tal como se resumió en la sección 2.1, pero también incluyó predictores psicosociales pretratamiento para no comenzar el tratamiento (Gameiro, *et al.*, 2012). La revisión incluyó 22 estudios de ocho países que informaron sobre más de 21.000 pacientes. Los autores identificaron cinco etapas en el tratamiento de infertilidad, de las cuales dos serán reportadas aquí: durante el diagnóstico y antes del inicio del tratamiento, y en lista de espera para comenzar con TRA. Para este último período, los investigadores no encontraron estudios sobre predictores para la no continuación del tratamiento. Los predictores del abandono prematuro durante el diagnóstico y antes del inicio del tratamiento solo fueron evaluados en un estudio, que reportó que la edad y la depresión de las mujeres se asociaban con más elevado abandono del tratamiento, mientras que el nivel educativo más alto de las mujeres se asociaba con menor abandono. Otros predictores vinculados al paciente, incluyendo la edad y educación del varón, cuestiones económicas, etnicidad, religión y ansiedad de las mujeres, no se asociaron con abandono. Ninguno de los predictores relacionados con el tratamiento evaluados (igualdad, duración de la

infertilidad, factor masculino, factor femenino o diagnóstico no explicado) se asoció significativamente con abandono durante el diagnóstico o antes del inicio del tratamiento.

Conductas vinculadas al estilo de vida

En un estudio observacional de cohorte, Landkroon y colegas apuntaron a validar un cuestionario *online* autoadministrado para la evaluación de riesgos preconcepción vinculados a factores relacionados con el estilo de vida: el fumar, el consumo de alcohol y cuestiones vinculadas con la dieta, además de la historia médica y obstétrica (Landkroon, *et al.*, 2010). El estudio encontró alta coincidencia entre el cuestionario preconcepción *online* y los registros tomados durante las consultas por entrevistadores entrenados respecto a las variables de estilo de vida como cigarrillo, alcohol y dieta (índice kappa para consumo de tabaco 0.91; ítems relacionados con la dieta 0.50 a 1.00; consumo de alcohol 0.79). Se halló baja coincidencia para el abuso de drogas (índice kappa 0.21). La historia médica y obstétrica también mostró alto grado de coincidencia (índice kappa > 0.70). La mayoría de las mujeres consideró que el cuestionario *online* era un instrumento eficaz y claro de control.

Freizinger y colegas llevaron a cabo un estudio transversal descriptivo para estimar la prevalencia de desórdenes alimenticios en 82 mujeres infértiles comenzando su primer tratamiento de IIU (Freizinger, *et al.*, 2010). Se utilizaron medidas autorreportadas para evaluar desórdenes alimenticios patológicos y hábitos de ejercicio (Entrevista clínica estructurada para DSM-IV Eje I Módulo de Desórdenes H, Breve Formulario Demográfico y EDE-Q adaptado de Examinación de desórdenes alimenticios). No se hallaron diferencias significativas en ninguna de las características demográficas o de infertilidad, o en las conductas vinculadas al estilo de vida (ejercicio, consumo de alcohol y cigarrillo entre mujeres con o sin (pasados o presentes) desórdenes alimenticios). La mayoría de las mujeres (76.4%) afirmaron durante la entrevista que no reportaban su historia de desórdenes alimenticios o sus presentes desórdenes alimenticios a su proveedor de atención médica por infertilidad; las restantes (23.6%) no respondieron a la pregunta.

Conclusión y consideraciones

La evidencia de una revisión sistemática sobre la no continuación del tratamiento muestra que ser mayor, estar más deprimido y tener menos educación se asociaron con una más alta probabilidad de abandonar el tratamiento. Sin embargo, estos resultados se basan en un único estudio, por lo tanto puede concluirse que hay información insuficiente sobre cómo identificar pacientes que no comenzarán el tratamiento de fertilidad recomendado. Un número de potenciales factores de riesgo (cigarrillo, alcohol e historia clínica con cuestiones vinculadas a la dieta) en el período preconcepción puede ser evaluado o controlado con instrumentos validados. El registro de la historia clínica por parte de profesionales entrenados puede resultar adecuado para confirmar algunas áreas de riesgo como la historia familiar de la pareja, el consumo de drogas y ciertos factores médicos de riesgo que disminuyen la posibilidad de embarazo. Sin embargo, la literatura sugiere que los pacientes no necesariamente revelan los potenciales factores de riesgo a su proveedor de atención médica por infertilidad.

Recomendaciones

| |
|--|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que actualmente no existen herramientas pretratamiento o predictores confiables para identificar a los pacientes que probablemente no comiencen el tratamiento de fertilidad recomendado (Gameiro, <i>et al.</i>, 2012). |
|--|

| |
|----------|
| B |
|----------|

| | |
|--|-------------------|
| <p>El equipo de fertilidad no debe asumir que los pacientes reportan por sí solos todos los factores de riesgo para la reducción de la fertilidad (por ejemplo, desórdenes alimenticios) (Freizinger, et al., 2010).</p> | <p>C</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los factores de riesgo (por ejemplo, el cigarrillo, el consumo de alcohol y la dieta) para la reducción en la fertilidad pueden ser evaluados con herramientas <i>online</i> autoadministradas (Landkroon, et al., 2010).</p> | <p>C</p> |
| <p>El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad considere explícitamente controlar los factores de riesgo (por ejemplo, abuso de drogas, desórdenes alimenticios) para la reducción de la fertilidad (Freizinger, et al., 2010).</p> | <p>IBP</p> |

2.2.b Necesidades sociales y de afinidad

La evidencia disponible sobre las necesidades de afinidad (relación) de los pacientes antes del tratamiento se refiere a la satisfacción marital/en el vínculo afectivo, el estrés y las preocupaciones de relación y la actividad sexual. La evidencia sobre las necesidades sociales incluyó estrés social.

Evidencia clínica

Satisfacción marital/en el vínculo afectivo

Varias características de la pareja han sido evaluadas en relación con la satisfacción marital y en el vínculo afectivo de las parejas antes del tratamiento de fertilidad.

En un estudio que apunta a identificar cambios en el funcionamiento emocional, marital y sexual a lo largo de tres ciclos de tratamiento de FIV, y en el seguimiento postratamiento, Slade y colegas estudiaron a 144 parejas con un conjunto de cuestionarios que incluía la Escala de Ajuste Diádico (EAD) (Tasa de respuesta 98%) (Slade, et al., 1997). La medición de la información de referencia fue en el día 1 del primer ciclo de tratamiento de FIV. Las mujeres iniciando FIV reportaron más baja adaptación marital que sus parejas.

Otro estudio de cohorte prospectivo no halló esta diferencia genérica en la adaptación marital (EAD) entre 116 mujeres y 107 varones asistiendo a una clínica de infertilidad (Edelmann y Connolly, 2000).

En el estudio de validación transversal del Inventario de Problemas de Fertilidad (FPI, por su sigla en inglés) conducido por Newton y colegas, se evaluó la adaptación marital (EAD) 3 meses antes de su primera FIV en 1153 mujeres y 1149 varones (Newton, et al., 1999). Los varones y las mujeres que describieron estrés global más alto también reportaron niveles más bajos de adaptación marital. Para varones y mujeres, las preocupaciones sexuales y de la relación fueron mejores predictores de baja ajustabilidad que todas las demás escalas.

Peterson y colegas hallaron que varones y mujeres de parejas que percibían iguales niveles de estrés social por infertilidad (medido con el Inventario de Problemas de Fertilidad) reportaron más altos niveles de adaptación marital (medida con el EAD) que los varones y mujeres de parejas que percibían el estrés de modo diferente (Peterson, et al., 2003). Las mujeres de parejas que sentían una necesidad similar de parentalidad reportaron niveles significativamente más altos de satisfacción marital que las

mujeres de parejas en las que el varón mostraba una necesidad más fuerte de parentalidad.

En un estudio prospectivo, Shindel y colegas investigaron la calidad de relación del compañero masculino en 121 parejas consultando por tratamiento de infertilidad (Shindel, *et al.*, 2008). La encuesta Escala de Calidad de Autoestima y Relación (SEAR, por su sigla en inglés), un instrumento validado de 14 ítems, fue utilizada para la evaluación de la calidad de la relación y la confianza sexual en varones. La duración de la relación y la evaluación de las mujeres de la calidad de la relación fueron predictivas de la evaluación de los varones de la calidad de su relación, pero los puntajes de depresión masculina y su funcionamiento eréctil no lo fueron.

En un estudio prospectivo de tres corrientes implementado por Lowyck y colegas siguiendo a 70 parejas al comienzo del tratamiento de FIV, se demostró que los factores psicosociales siguientes fueron positivamente asociados con la satisfacción con la relación: menor número de tratamientos previos, menor autocrítica y más alta seguridad en el vínculo (percepción de la pareja como emocionalmente accesible y receptivo). Los vínculos románticos preocupados (demasiada preocupación por la accesibilidad de la pareja) o desdeñosos (se desdeña la necesidad de su presencia) pueden afectar negativamente la satisfacción en la relación. La duración de los problemas de fertilidad y el género en el que recaen no se asociaron significativamente con la satisfacción en la relación (Lowyck, *et al.*, 2009a). El mismo grupo halló en los mismos pacientes que la satisfacción en la relación también se asociaba con el bienestar y las preocupaciones sexuales (Lowyck, *et al.*, 2009b).

Estrés y preocupaciones por la relación

Varias características de la pareja fueron evaluadas en relación con el estrés y las preocupaciones maritales y relacionales antes del tratamiento de fertilidad.

En el estudio de validación transversal del Inventario de Problemas de Fertilidad (FPI) dirigido por Newton y colegas 3 meses antes de su primera FIV, se evaluaron las preocupaciones por la relación en 1153 mujeres y 1149 varones (Newton, *et al.*, 1999). El género y la historia de la fertilidad (esto es, hijos de relaciones presentes o pasadas versus sin hijos) no se asociaron con preocupaciones por la relación (FPI). El diagnóstico de infertilidad tuvo un efecto sobre las preocupaciones por la relación, con más altos niveles en la infertilidad masculina, pero el efecto no fue significativo en el análisis post hoc.

En el Programa de Investigación del Copenhagen Multi-centre Psicosocial Infertility (COMPI) (estudio de cohorte prospectivo) con 1169 mujeres y 1081 varones comenzando con TRA, se midió la angustia marital con la subescala marital de la escala de estrés para problemas de fertilidad COMPI (Peterson, *et al.*, 2008). Las mujeres reportaron más angustia marital relativa a la fertilidad que los varones antes del comienzo del tratamiento. También se halló que el recurso a un afrontamiento activo confrontativo por parte de una mujer se relacionó con una más elevada angustia marital masculina. El uso por parte de la pareja de una estrategia de afrontamiento activa de evitación se relacionó con elevada angustia marital para los varones y las mujeres, y el uso por parte de la pareja de estrategias de afrontamiento positivas se asoció con menor angustia marital en los varones.

En el estudio transversal dirigido por Lowyck y colegas con 68 mujeres a punto de comenzar tratamiento de FIV, la autocrítica se asoció positivamente y la satisfacción en la relación y el bienestar se asociaron negativamente con las preocupaciones por la relación (Lowyck, *et al.*, 2009b). No se hallaron asociaciones significativas para dependencia ni eventos negativos en la vida en los 6 meses anteriores.

Un estudio transversal se enfrentó con la potencial asociación entre el nivel laboral y las estrategias de

afrontamiento con el estrés marital y vincular en 404 mujeres comenzando tratamiento de fertilidad (Lykeridou, *et al.*, 2011). El cuestionario del Copenhagen Multi-centre Psicossocial Infertility (COMPI) fue utilizado para evaluar el estrés de los participantes asociado a la infertilidad como también sus estrategias de afrontamiento y clase social. El estrés marital no pareció estar asociado con el nivel laboral de los pacientes (alto, medio, bajo y muy bajo). Las estrategias de afrontamiento de evitación positivas y negativas se asociaban positivamente con estrés marital. El afrontamiento activo confrontativo también se correlacionó positivamente, mientras que el afrontamiento basado en estrategias positivas fue la única estrategia de afrontamiento negativamente correlacionada con estrés marital.

El mismo grupo halló en los mismos pacientes que las mujeres con infertilidad no explicada reportaron mayor estrés marital que aquellas con infertilidad femenina, masculina o mixta, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (Lykeridou, *et al.*, 2009).

En un estudio transversal de 316 parejas antes de comenzar su primer tratamiento de FIV/ICSI, Donarelli y colegas encontraron que no hay diferencia de género en las preocupaciones por la relación (medidas con FPI) (Donarelli, *et al.*, 2012). También evaluaron las dimensiones vinculares de la relación, ansiedad por el vínculo (esto es, la medida en la que la gente se siente insegura versus segura sobre la accesibilidad y receptividad de su pareja) y evitación del vínculo (esto es, la medida en que la gente se siente incómoda estando cerca de otros versus segura dependiendo de otros) con la escala Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR, por su sigla en inglés). Los autores reportaron una asociación de la ansiedad del vínculo, la evitación del vínculo y los niveles de ansiedad (STAI) con preocupaciones por la relación en mujeres y varones. Además, la evitación del vínculo en mujeres se asoció positivamente con estrés general por infertilidad y con preocupaciones por la relación en los varones.

Un estudio transversal reciente investigó la asociación entre síntomas depresivos severos en 1131 mujeres y 1049 varones y angustia marital relativa a la fertilidad individual y de pareja (Peterson, *et al.*, 2014). Los síntomas depresivos severos fueron medidos con el Inventario de Salud Mental 5. La angustia relativa a la infertilidad fue medida con la Escala COMPI de estrés frente a problemas de fertilidad. Las mujeres y varones con síntomas depresivos severos mostraron niveles significativamente altos de angustia marital. Además, los síntomas depresivos severos de un individuo fueron asociados con altos niveles de angustia marital en su pareja. Estas asociaciones entre síntomas depresivos severos y efectos sobre la angustia de la pareja no difirieron para varones y mujeres.

Actividad sexual

Varias características de la pareja fueron evaluadas en función de la actividad sexual y el estrés y las preocupaciones sexuales antes del tratamiento de fertilidad. Las preocupaciones sexuales son la disminución del disfrute sexual o la autoestima sexual y dificultad para tener relaciones sexuales programadas (definición FPI).

En el estudio de Slade y colegas que evalúa emociones y relaciones de 144 parejas antes y durante el tratamiento, se evaluó la satisfacción sexual con el Inventario de Satisfacción Sexual Golombok–Rust (GRISS, por su sigla en inglés) (Slade, *et al.*, 1997). Donde los puntajes GRISS pueden ser comparables para varones y mujeres, en concreto infrecuencia, falta de comunicación, insatisfacción, evitación y falta de sensualidad, todos los puntajes fueron significativamente diferentes. Todos los niveles fueron significativamente más altos para las mujeres, lo que sugiere mayores dificultades, pero los puntajes no parecían ser indicativos de problemas psicosexuales.

En el estudio de validación transversal del Inventario de Problemas de Fertilidad (FPI) dirigido por

Newton y colegas 3 meses antes de su primera FIV, las mujeres describieron estrés significativamente más alto en términos de preocupaciones sexuales que los varones (Newton, *et al.*, 1999). Varones y mujeres enfrentando infertilidad masculina reportaron más preocupaciones sexuales que varones y mujeres experimentando infertilidad femenina o idiopática ($p < 0.05$). Además, los individuos sin un hijo biológico de relaciones presentes o pasadas reportaron mayor preocupación sexual que los individuos con al menos un hijo.

En el estudio transversal dirigido por Lowyck y colegas sobre 68 mujeres a punto de comenzar tratamiento de FIV, se demostró que el bienestar y la satisfacción en la relación se asociaban negativamente con preocupaciones sexuales (Lowyck, *et al.*, 2009b). Autocrítica y dependencia se asociaban positivamente con preocupaciones sexuales en un análisis de regresión multivariante jerárquico.

En un estudio de cohorte, Peterson y colegas evaluaron la relación entre ansiedad y estrés sexual asociado a la infertilidad en 295 varones y 306 mujeres derivados a FIV y IIU (Peterson, *et al.*, 2007). Se evaluó la ansiedad con el Inventario de Ansiedad Beck (BAI, por su sigla en inglés) y el estrés sexual asociado a la infertilidad con el Inventario de Problemas de Fertilidad (FPI). Las mujeres reportaron más alto estrés sexual que los varones 2 meses antes del comienzo del ciclo. Para varones y mujeres, los síntomas de ansiedad se asociaban positivamente con estrés sexual por infertilidad. Los síntomas de ansiedad explicaron el 21% de la variación en los puntajes de estrés sexual por infertilidad para varones y el 14% para mujeres.

En el estudio de Donarelli y colegas, niveles significativamente altos de preocupaciones sexuales fueron descriptos en mujeres comparados con varones (medidos con FPI) (Donarelli, *et al.*, 2012). Los autores también reportaron una asociación entre las dimensiones de vínculo con la relación (ansiedad de vínculo y evitación de vínculo (escala Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR))) y preocupaciones sexuales en mujeres y varones. En los varones, las preocupaciones sexuales también se asociaron con ansiedad y negativamente con el diagnóstico de infertilidad de factor femenino.

En un estudio prospectivo que evalúa la función sexual y los factores de calidad de vida en varones de parejas infértiles que se presentan para un tratamiento de infertilidad, Shindel y colegas investigaron la calidad de relación del varón en 121 parejas que se presentaban para un tratamiento de infertilidad (Shindel, *et al.*, 2008). La disfunción sexual en la mujer de la pareja fue positivamente asociada con disfunción eréctil en el varón ($p < 0.01$).

Estrés social

Varias características de la pareja fueron evaluadas en relación con el estrés y las preocupaciones sociales antes del tratamiento de fertilidad. Las preocupaciones sociales se definen como sensibilidad ante comentarios, remisiones a la infertilidad, sentimiento de aislamiento social y alienación de la familia o los pares (definición FPI).

En el estudio de validación FPI de Newton y colegas, las mujeres describieron niveles significativamente más altos de estrés específico en términos de preocupaciones sociales que los varones (Newton, *et al.*, 1999). Varones y mujeres enfrentando infertilidad masculina o idiopática reportaron más preocupaciones sociales que varones y mujeres experimentando solo infertilidad femenina. Además, los individuos sin un hijo biológico de relaciones presentes o pasadas reportaron más preocupaciones sexuales que los individuos con al menos un hijo.

En el estudio transversal implementado por Peterson y colegas, las mujeres reportaron más estrés social relacionado con la fertilidad que los varones (Peterson, *et al.*, 2008). También se demostró que

el uso de una estrategia de afrontamiento activo de evitación por parte de la pareja se relacionaba con mayor angustia social para los varones y mujeres. Además, para las mujeres, el uso de estrategias de afrontamiento positivas por parte de sus parejas masculinas se asociaba con más alta angustia social.

En otro estudio transversal implementado por el mismo grupo, mujeres y varones con síntomas depresivos severos tenían niveles significativamente altos de angustia social comparados con mujeres y varones sin síntomas depresivos severos (Peterson, *et al.*, 2014). Además, también se observó que los síntomas depresivos severos de individuos se asociaban con niveles más altos de angustia social en sus parejas. Estas asociaciones entre síntomas depresivos severos y efectos sobre la angustia de la pareja no difieren para varones y mujeres.

En un estudio que interrogó a 404 mujeres griegas antes de comenzar su primer intento de tratamiento en esa clínica, las mujeres con bajo nivel educativo (esto es, educación primaria) tenían mayor estrés social (medido con COMPI) que las mujeres con un nivel educativo alto o medio (Lykeridou, *et al.*, 2009). Además, las mujeres de parejas diagnosticadas con infertilidad masculina reportaron niveles más altos de estrés social que aquellas con infertilidad femenina, mixta o idiopática. En un estudio que evalúa los estilos de afrontamiento en la misma cohorte, el estrés social se correlacionó positivamente con el afrontamiento por evitación activa y confrontación activa (Lykeridou, *et al.*, 2011).

En un estudio transversal de 316 parejas antes de comenzar su primer tratamiento de FIV/ICSI, Donarelli y colegas encontraron niveles significativamente altos de preocupaciones sociales en mujeres comparadas con varones (medido con FPI) (Donarelli, *et al.*, 2012). Los autores también reportaron una correlación entre los niveles de ansiedad (STAI) y las preocupaciones sociales en mujeres y varones. Además, reportaron una asociación entre ansiedad por el vínculo (escala Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR)) y preocupaciones sociales. Las preocupaciones sociales en los varones también eran afectadas por la evitación del vínculo.

Conclusión y consideraciones

La evidencia revisada sugiere que las mujeres reportan mayor estrés y preocupaciones sociales y sexuales que los varones. Las mujeres también reportaron peor adaptación marital y mayor estrés vincular en los estudios de Slade y Peterson, respectivamente, pero en otros estudios no se halló diferencia genérica en la adaptación marital y el estrés vincular. Los datos también sugieren que la forma en que un miembro de la pareja reacciona ante el problema de infertilidad y sus estrategias de afrontamiento (por ejemplo, la forma en que lidia contra un estresor específico) afectan las necesidades sociales y de afinidad (relación) del otro miembro. Las parejas sin una historia de tratamiento TRA y en las que los miembros tienen necesidad semejante de parentalidad parecen presentar mejor ajuste vincular. Por último, la causa de la infertilidad también parece estar asociada con los niveles de estrés vincular, social y sexual que los pacientes experimentan.

Recomendaciones

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres experimentan mayor estrés social y sexual específico de la infertilidad que los varones (Slade, *et al.*, 1997; Newton, *et al.*, 1999; Peterson, *et al.*, 2007; Peterson, *et al.*, 2008; Donarelli, *et al.*, 2012; Peterson, *et al.*, 2014).

C

| | |
|--|---|
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las formas en que los pacientes afrontan sus problemas de fertilidad se asocian con angustia relacional y social específica de la infertilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso de estrategias de afrontamiento positivo (por ejemplo, pensar los problemas de fertilidad bajo una luz positiva, encontrar otras metas en la vida) parecen asociarse con menor angustia específica de la infertilidad en el plano marital y social. • El uso de estrategias de afrontamiento por evitación (por ejemplo, evitar estar entre mujeres embarazadas) parece asociarse con mayor angustia específica de la infertilidad en el plano marital y social (Peterson, <i>et al.</i>, 2008). | C |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que, en las parejas, la forma en que uno reacciona frente a la condición/diagnóstico de la infertilidad se asocia con la forma en que reacciona el otro (Peterson, <i>et al.</i>, 2008; Peterson, <i>et al.</i>, 2014).</p> | C |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las parejas que tienen diferentes perspectivas frente a la importancia de la parentalidad y de las preocupaciones sociales pueden mostrar menor satisfacción en la relación que aquellas que tienen perspectivas semejantes (Peterson, <i>et al.</i>, 2003).</p> | C |

2.2.c Necesidades emocionales

La evidencia disponible sobre las necesidades emocionales de los pacientes refiere a ansiedad, depresión, estrés/angustia, estrés asociado a la infertilidad, psicopatología, bienestar general y riesgo de desajuste emocional.

Evidencia clínica

Ansiedad

Varias características de la pareja fueron evaluadas en relación con sus niveles de ansiedad antes del tratamiento. Los cuestionarios para evaluar la ansiedad en los estudios incluidos son el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo de Spielberger (STAI) y el Inventario de Ansiedad Beck (BAI).

En el estudio de Slade y colegas para evaluar las emociones y relaciones de 144 parejas antes y durante el tratamiento, los puntajes de ansiedad estado y rasgo, evaluados con STAI, mostraron que las mujeres estaban significativamente más ansiosas que los varones (Slade, *et al.*, 1997).

En el estudio de validación FPI de Newton y colegas evaluando 1149 varones y 1153 mujeres, los niveles de ansiedad estado se asociaron con estrés global (puntaje total en FPI) (Newton, *et al.*, 1999). Las cinco subescalas FPI fueron igualmente asociadas positivamente con niveles de ansiedad (evaluados con STAI).

En un estudio de cohorte prospectivo que evalúa las diferencias de género como reacción ante las investigaciones de fertilidad e infertilidad, Edelman y Connolly no hallaron diferencia en la ansiedad estado y rasgo (STAI) entre 116 mujeres y 107 varones que concurren a una clínica de infertilidad, y

152 parejas derivadas a una clínica de FIV (Edelmann y Connolly, 2000).

En el estudio prospectivo de Peterson que evalúa la ansiedad (BAI) y el estrés sexual en 306 mujeres y 295 varones, las mujeres reportaron síntomas totales de ansiedad significativamente mayores que los varones (Peterson, *et al.*, 2007).

En un estudio transversal llevado a cabo por Lykeridou y colegas sobre 404 mujeres antes de someterse a su primer intento de tratamiento de infertilidad, las de baja clase social presentaron puntajes más altos de ansiedad estado y rasgo (STAI) que las de clase social media y alta (Lykeridou, *et al.*, 2011). Se observaron correlaciones positivas entre afrontamiento de evitación activo y ansiedad estado y rasgo. El afrontamiento basado en el sentido fue negativamente asociado con ansiedad estado. Los mismos autores encontraron para el mismo grupo de pacientes que las mujeres de parejas con infertilidad masculina reportaron niveles más altos de ansiedad estado que aquellas de parejas con infertilidad femenina, mixta o idiopática. Los participantes con factor de infertilidad desconocido reportaron niveles más altos de ansiedad rasgo que aquellos con infertilidad de factor femenino, mixto o idiopático. Factores médicos como la duración de la infertilidad, la cantidad de terapias previas y la existencia de un hijo no fueron significativamente asociados estadísticamente con los niveles de ansiedad de los pacientes (Lykeridou, *et al.*, 2009).

En un estudio transversal de parejas consecutivas antes de comenzar su primer tratamiento de FIV/ICSI, Donarelli y colegas no encontraron diferencias en la ansiedad estado entre 316 mujeres y 316 varones con la escala de ansiedad estado del STAI (Donarelli, *et al.*, 2012).

En el estudio transversal de Reis y colegas, parejas sometidas a tratamiento con TRA por primera vez mostraron niveles más altos de ansiedad estado (evaluados con STAI-Y) comparado con parejas sometidas a un tratamiento con TRA repetido (Reis, *et al.*, 2013). La diferencia en ansiedad rasgo no fue significativa estadísticamente. En ambos grupos, los puntajes de ansiedad estado fueron significativamente más altos para varones que para mujeres, con un pequeño tamaño del efecto para parejas de “primera vez” y un tamaño del efecto medio para parejas bajo tratamientos consecutivos con TRA. No hubo correlación significativa en las reacciones entre miembros de las parejas respecto de los niveles de ansiedad estado y rasgo.

Turner y colegas implementaron un estudio transversal con 29 mujeres bajo un ciclo de FIV inicial y 15 mujeres iniciando un ciclo repetido (Turner, *et al.*, 2013). La medición de la información de referencia antes del comienzo de la estimulación ovárica mostró que los dos grupos no difirieron significativamente en los puntajes de ansiedad estado y rasgo.

Síntomas depresivos

Las características de la pareja fueron evaluadas en relación a sus niveles de depresión antes del tratamiento. Los estudios incluidos utilizaron dos cuestionarios diferentes para evaluar la depresión en sus participantes: el Inventario de Depresión Beck (BDI) y la Escala de Depresión del Centro para los Estudios Epidemiológicos (CES-D).

En el estudio de Slade antes mencionado, se evaluó la depresión (BDI) en 144 parejas antes del tratamiento (Slade, *et al.*, 1997). Los niveles de depresión de las mujeres fueron significativamente más altos que los de los varones. Otras asociaciones o predictores para depresión no fueron evaluados.

En el estudio de validación FPI de Newton y colegas, varones y mujeres que reportaron mayor estrés global (puntaje total en FPI) también reportaron mayores niveles de depresión (BDI) (Newton, *et al.*, 1999). Más en detalle, mayores preocupaciones sociales, sexuales y por la relación se asociaron con

mayores niveles de depresión. Las diferencias de género en la depresión no fueron evaluadas.

En el estudio de cohorte prospectivo de Edelmann y Connolly, no se hallaron diferencias en depresión (BDI) entre 116 mujeres y 107 varones concurriendo a una clínica de infertilidad (Edelmann y Connolly, 2000).

En un estudio de Peterson de 2003, que evaluó 525 parejas con infertilidad primaria, las mujeres mostraron niveles de depresión significativamente más altos que los varones (puntaje BDI 5.7 ± 5.9 vs. 3.4 ± 4.5) (Peterson, *et al.*, 2003). Además, las diferencias dentro de la pareja de estrés vincular y necesidad de parentalidad se asociaron con niveles más altos de depresión en mujeres, pero no en varones.

En el estudio transversal de Lykeridou, se demostró que el tipo de infertilidad (masculina, femenina, mixta o idiopática) no se asociaba con depresión (medida con CES-D) en 404 mujeres griegas antes del tratamiento (Lykeridou, *et al.*, 2009). El nivel educativo de las mujeres se asoció con depresión; las mujeres con bajo nivel educativo tenían mayores puntajes medios de depresión que las mujeres con niveles altos o medios. No se reportaron asociaciones entre niveles de depresión y otros factores demográficos o médicos explorados.

Dhaliwal y colegas reportaron que la incidencia de depresión (medida con la Escala de Depresión de Hamilton) fue baja en 120 parejas en India (Dhaliwal, *et al.*, 2004). Antes de comenzar las investigaciones por infertilidad y en cuatro momentos durante la examinación, las mujeres reportaron más síntomas depresivos significativos que sus compañeros varones.

En su estudio transversal, Reis y colegas compararon 43 parejas bajo tratamiento con TRA por primera vez con 46 parejas bajo tratamientos consecutivos, con el BDI-II (Reis, *et al.*, 2013). Las parejas del último grupo mostraron mayores niveles de depresión en factores cognitivos y afectivos que las parejas bajo tratamiento con TRA por primera vez. En ambos grupos, en la comparación entre mujeres y varones de cada pareja, las mujeres mostraron puntajes significativamente más altos en la escala total BDI-II que los varones, con un pequeño tamaño del efecto para ambos grupos ($d = 0.37$ para parejas de "primera vez" y $d = 0.46$ para parejas bajo tratamientos consecutivos). No hubo correlación significativa en las reacciones entre miembros de las parejas con respecto a los niveles de depresión.

Estrés/angustia

Las características de la pareja fueron evaluadas en relación con sus niveles de estrés o angustia antes del tratamiento. Los estudios incluidos utilizaron diferentes cuestionarios para evaluar estrés: el estrés específico de la infertilidad fue evaluado con el Inventario de Problemas de Fertilidad (FPI) (escala de estrés global) o la Escala COMPI de estrés frente a problemas de fertilidad (subescala estrés personal); la angustia psicológica general fue evaluada con el Breve Inventario de Síntomas (BSI) o la Escala de Estrés Percibido (PSS, por su sigla en inglés).

En el estudio de validación del Inventario de Problemas de Fertilidad (FPI) de Newton y colegas con una muestra de pacientes (1153 mujeres y 1149 varones) derivados correlativamente a tratamiento de infertilidad, las mujeres puntuaron significativamente más alto que los varones en la escalas de estrés global (Newton, *et al.*, 1999). Además, un efecto principal multivariante significativo indicó que las escalas combinadas de estrés eran significativamente afectadas por la historia de fertilidad (esto es, estrés más alto en individuos sin un hijo biológico de relaciones presentes o pasadas) y el diagnóstico de fertilidad (esto es, estrés global más alto en individuos con infertilidad masculina, versus infertilidad idiopática y femenina).

En el estudio implementado por Peterson y colegas examinando estrés, depresión y ajuste en parejas infértiles, las mujeres reportaron niveles significativamente más altos de estrés asociado a la infertilidad que los varones (estrés global FPI y las cinco subescalas) (Peterson, *et al.*, 2003).

Un estudio transversal por Peterson y colegas examinó el impacto del afrontamiento de la pareja sobre el estrés personal específico de la infertilidad en 1169 mujeres y 1081 varones daneses antes de comenzar el tratamiento de reproducción asistida (Peterson, *et al.*, 2008). Las mujeres demostraron niveles más altos de utilización de mecanismos de afrontamiento y también mayor nivel de estrés personal comparado con los varones. En las mujeres, la evitación activa, la confrontación activa y la evitación pasiva se asociaron positivamente con estrés personal, y el afrontamiento basado en el sentido fue negativamente asociado. En los varones, la evitación activa y la evitación pasiva se asociaron positivamente con estrés personal. Además, el uso de afrontamiento de evitación activo por parte de uno de los miembros de la pareja fue positivamente asociado con la angustia del otro miembro.

En un estudio transversal, el valor predictivo de un marco teórico (incluyendo características personales, vínculo con la pareja, afrontamiento, molestia y estrés asociado a la infertilidad) para angustia psicológica (BSI) fue investigado en 106 mujeres y 102 varones (Van den Broeck, *et al.*, 2010). Se halló una relación positiva con angustia psicológica para dependencia, autocrítica, afrontamiento pasivo y molestia (Escala de Impacto de Evento). El afrontamiento activo se asoció negativamente con angustia psicológica.

En un estudio que interroga a 404 mujeres bajo tratamiento de infertilidad, las mujeres de clase baja o muy baja reportaron más altos niveles de estrés personal que las de clase media o alta (Lykeridou, *et al.*, 2011). El estrés personal (medido con los cuestionarios COMPI) se correlacionó positivamente con afrontamiento activo de evitación, activo de confrontación y pasivo de evitación.

En un estudio transversal, Donarelli y colegas investigaron si la ansiedad por el vínculo y las dimensiones de la evitación en miembros femenino y masculino de las parejas buscando un tratamiento de fertilidad se asociaron con estrés de infertilidad en alguno de ellos (estrés global FPI) (Donarelli, *et al.*, 2012). La ansiedad por el vínculo y la evitación se asociaron positivamente con estrés por infertilidad en mujeres y varones por igual. Además, la evitación del vínculo en las mujeres se asoció positivamente con el estrés por infertilidad de su compañero. La ansiedad por el vínculo en los varones también se asoció con el estrés por infertilidad de su compañera. Por último, el diagnóstico de infertilidad factor femenino asoció negativamente con estrés general por infertilidad en los varones.

Turner y colegas también evaluaron el estrés con la Escala de Estrés Percibido (PSS) en su estudio transversal con 29 mujeres bajo un ciclo de FIV inicial y 15 mujeres comenzando un ciclo de FIV repetido (Turner, *et al.*, 2013). La medición de la información de referencia antes del comienzo de la estimulación ovárica mostró que los dos grupos no diferían significativamente en el estrés percibido antes del tratamiento.

Otro estudio transversal, implementado por Peterson, reportó niveles significativamente altos de estrés en mujeres comparadas con varones. Mujeres y varones con síntomas depresivos severos tenían niveles significativamente altos de angustia personal comparados con mujeres y varones sin síntomas depresivos severos (Peterson, *et al.*, 2014). Además, se observó que los síntomas depresivos severos de un individuo se asociaban con más altos niveles de angustia personal en su compañero. Estas asociaciones entre síntomas depresivos severos y efectos sobre la angustia del otro miembro de la pareja no difirieron para varones y mujeres.

Psicopatología

Edelmann y Connolly investigaron en su estudio de cohorte prospectivo dos muestras de parejas infértiles: 116 mujeres y 107 varones concurriendo a una clínica de infertilidad y 152 parejas derivadas consecutivamente a una clínica de FIV (Edelmann and Connolly, 2000). Evaluaron la psicopatología general con el Cuestionario de Salud General. En ambas muestras, las mujeres reportaron psicopatología significativamente mayor que los varones.

Bienestar general

Se encontró un estudio que evalúa el bienestar (con la Escala de bienestar Ámsterdam) en pacientes antes del tratamiento de fertilidad. En su estudio transversal, Lowyck y colegas mostraron que en 68 mujeres a punto de comenzar tratamiento de FIV, el bienestar se asoció negativamente con autocrítica, dependencia, preocupaciones sexuales y preocupaciones por la relación, y positivamente con satisfacción en la relación (Lowyck, *et al.*, 2009b). No se hallaron asociaciones entre el bienestar psicológico y eventos negativos en la vida en los pasados 6 meses, a no ser problemas de fertilidad, edad, nivel de educación, duración de la relación, duración de los problemas de fertilidad o cantidad de tratamientos previos. En un segundo estudio sobre el mismo grupo para evaluar también a los miembros masculinos de las parejas, no se halló asociación entre el género y el bienestar.

Riesgo de desajuste emocional

SCREENIVF es un breve cuestionario validado que consiste en 34 ítems, dirigido a identificar mujeres en riesgo de desajuste emocional antes del comienzo de su tratamiento de FIV/ICSI (Verhaak, *et al.*, 2010). En un estudio de cohorte prospectivo, los autores investigaron en qué medida SCREENIVF, administrado antes del comienzo del primer ciclo de tratamiento, mostraba un valor predictivo del ajuste emocional de las mujeres luego de este ciclo, en una muestra amplia reclutada en diferentes centros de fertilidad. SCREENIVF identificó exitosamente 75% de los pacientes como en riesgo y fuera de riesgo. El valor predictivo negativo fue alto (89%), mientras que el valor predictivo positivo para ajuste emocional luego del ciclo de tratamiento fue bajo (48% en la muestra total y 56% después de tratamiento no exitoso). Esto indica que SCREENIVF funcionó mejor para identificar mujeres sin problemas clínicos, que para identificar mujeres con problemas clínicos.

La implementación del instrumento SCREENIVF fue evaluada por Van Dongen y colegas en un estudio de cohorte prospectivo (Van Dongen, *et al.*, 2012). La tasa de respuesta de SCREENIVF fue 78% a 80%. Un tercio de los que respondieron fueron encontrados en riesgo de desajuste emocional, lo que es comparable con estudios previos utilizando SCREENIVF. La tasa de respuesta al proceso de evaluación fue 43% ($n = 91$). De estos, 90% consideraron que el control fue útil, y casi todos los pacientes valoraron positivamente el cuestionario SCREENIVF. Además, 93% se reconoció en el perfil de riesgo basado en SCREENIVF. De los pacientes en riesgo, 21% reportó que planeaba buscar ayuda profesional, pero 46% de los pacientes en riesgo consideraron la distancia como un obstáculo para buscar ayuda profesional. De los 27 que no respondieron SCREENIVF, 41% explicaron su falta de respuesta arguyendo “no tener verdadera necesidad de ayuda psicológica” y 19% olvidó completar el control.

Conclusión y consideraciones

Las mujeres parecen más propensas a sufrir desajuste emocional cuando se las compara con los varones (más depresión y estrés por infertilidad).

La forma en que las parejas afrontan su condición/diagnóstico de infertilidad parece estar relacionada con su ajuste emocional (ansiedad y estrés por infertilidad). Algunos estilos de afrontamiento pueden ser protectores (por ejemplo, el afrontamiento activo), mientras que otros parecen asociados con peores ajustes (por ejemplo, afrontamiento pasivo, evitación). Sin embargo, la forma en que se miden

las estrategias de afrontamiento difiere entre estudios, haciendo difícil la interpretación de resultados. Las reacciones emocionales a la infertilidad de los dos miembros de la pareja y sus estilos de vinculación parecen influir sobre el ajuste emocional propio y del compañero. Las características individuales de la personalidad están, como es de esperar, también relacionadas con el ajuste.

Una clase social baja se asoció con mayor ansiedad y estrés por infertilidad. Además, la causa de la infertilidad no se asoció con depresión, pero se asoció con ansiedad: las mujeres en parejas con infertilidad masculina tuvieron mayor ansiedad.

Una herramienta de control específica para la infertilidad está disponible para identificar mujeres en riesgo de desajuste emocional antes de que comiencen el tratamiento. El SCREENIVF demostró ser viable y seguro para el propósito, y casi todos los pacientes lo valoraron positivamente.

Recomendaciones

| | |
|--|-----------------|
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres tienen más altos niveles de depresión y estrés por infertilidad que los varones (Slade, <i>et al.</i>, 1997; Newton, <i>et al.</i>, 1999; Edelmann y Connolly, 2000; Peterson, <i>et al.</i>, 2003; Reis, <i>et al.</i>, 2013; Peterson, <i>et al.</i>, 2014).</p> | <p>C</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes con un más bajo nivel ocupacional experimentan mayor estrés por infertilidad y ansiedad que los pacientes con un nivel ocupacional medio o alto (Lykeridou, <i>et al.</i>, 2009; Lykeridou, <i>et al.</i>, 2011).</p> | <p>C</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres cuya pareja tiene infertilidad factor masculino experimentan mayor ansiedad que las mujeres con factor femenino, mixto o con infertilidad sin explicar, mientras que el tipo de diagnóstico de infertilidad no se relaciona con depresión (Lykeridou, <i>et al.</i>, 2009).</p> | <p>C</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que la forma en que los pacientes afrontan sus problemas de fertilidad se asocia con su angustia frente a la infertilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso de estrategias de afrontamiento pasivo (por ejemplo, cavilación, retraimiento) parece asociarse con niveles más altos de angustia frente a la infertilidad. • El uso de estrategias de afrontamiento activo (por ejemplo, resolución de problemas centrado en objetivos, pensamiento racional sobre el problema) parece asociarse con menos angustia frente a la infertilidad (Van den Broeck, <i>et al.</i>, 2010). | <p>C</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los individuos que perciben que su pareja es accesible y receptiva experimentan menos estrés que los individuos que perciben que su pareja es evasiva y no receptiva (Van den Broeck, <i>et al.</i>, 2010; Donarelli, <i>et al.</i>, 2012).</p> | <p>C</p> |

| | |
|---|-----|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que, en las parejas, los síntomas depresivos de cada uno se asocian con su propia angustia específica de la infertilidad y la de su pareja (Peterson, <i>et al.</i> , 2014). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que el SCREENIVF es una herramienta validada específica de la infertilidad diseñada para ser utilizada antes del comienzo del tratamiento, para evaluar los factores de riesgo por problemas emocionales luego de un ciclo de tratamiento (Verhaak, <i>et al.</i> , 2010; Van Dongen, <i>et al.</i> , 2012). | B |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad utilice el SCREENIVF antes del comienzo de cada ciclo de tratamiento para evaluar los factores de riesgo de los pacientes por problemas emocionales luego del ciclo. | IBP |

2.2.d Necesidades cognitivas

La evidencia disponible sobre las necesidades cognitivas de los pacientes refiere al conocimiento del tratamiento de FIV.

Evidencia clínica

Conocimiento

Slade y colegas interrogaron a 144 parejas a punto de comenzar su primer ciclo de tratamiento de FIV sobre su conocimiento del índice de embarazos por un ciclo de FIV (Slade, *et al.*, 1997). Los varones estimaron la probabilidad de dar a luz un bebé luego de un ciclo de tratamiento de FIV en 36.0% (\pm 13.83), probabilidad significativamente más alta en comparación con la estimada por las mujeres (31.4% \pm 13.06).

Conclusión y consideraciones

Existe falta de información sobre factores asociados con las necesidades cognitivas de los pacientes antes del tratamiento.

Recomendaciones

Ninguna.

Sugerencias de investigación

Los estudios incluidos son de cohorte transversales o prospectivos de calidad variable. En general, los datos relevantes son heterogéneos para el período de pretratamiento porque el (des)ajuste emocional tiene muchas dimensiones. Es difícil comparar los estudios debido a los resultados variables (esto es, estrés, angustia, depresión, ansiedad...) y a los diferentes instrumentos (validados) que son utilizados para medir esos mismos conceptos. Para la mayoría de los resultados, no hay un correlato en los estudios (por ejemplo, el hallazgo que vincula características de la personalidad con la conexión con la pareja).

A pesar de la investigación extensiva, existe aún poca información y pocas herramientas disponibles para identificar aquellos pacientes que pueden requerir apoyo psicosocial adicional antes de comenzar

el tratamiento. La mayoría de los estudios se basó únicamente en las mujeres, de modo que esto es particularmente cierto para los varones. Además, muchos estudios no toman en consideración el hecho de que las necesidades de un miembro de la pareja pueden afectar las necesidades del otro. En particular, existe poca información sobre factores asociados con el aumento de las necesidades cognitivas.

La investigación futura debe ir más allá de la presente etapa descriptiva de los factores asociados o predictivos de necesidades psicosociales de pacientes antes del comienzo del tratamiento, para considerar cómo esta información puede ser utilizada para desarrollar y validar herramientas específicas para la infertilidad que puedan ayudar al equipo de fertilidad a identificar pacientes con necesidades específicas y para perfilar esas necesidades.

2.3 Responder a las necesidades antes del tratamiento

Pregunta clave

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES ANTES DEL TRATAMIENTO?

Esta sección ofrece una descripción exhaustiva de los efectos de las intervenciones psicosociales que pueden ser administradas por el equipo de fertilidad, sobre las necesidades conductuales, sociales y de afinidad (relación), emocionales y cognitivas del paciente antes del tratamiento.

El objetivo es que el equipo integre a la rutina diaria de atención que brinda en las clínicas esas intervenciones, que tienen efectos positivos sobre las necesidades de los pacientes durante el período de pretratamiento.

Recomendación general

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad derive a los pacientes en riesgo de experimentar problemas psicosociales clínicamente significativos a atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia).

IBP

2.3.a Necesidades conductuales

Las necesidades conductuales incluyen compromiso con el tratamiento y conductas vinculadas al estilo de vida. Los efectos de cuatro intervenciones identificadas para responder a las necesidades conductuales de los pacientes antes del comienzo del tratamiento se resumen en el Cuadro 2.1.

Evidencia clínica

Compromiso con el tratamiento

Pook y Krause implementaron un ECCA para evaluar una intervención basada en un folleto informativo para varones infértiles que comienzan el período de diagnóstico (Pook y Krause, 2005). El folleto fue enviado por correo a todos los varones que sacaron un turno para una evaluación de la fertilidad. Este explicaba qué sucedería durante la consulta e incluía: información sobre los contenidos y secuencias de los diferentes componentes de la rutina de fertilidad; preguntas que el médico formularía; descripción detallada de los exámenes médicos; advertencia de que no se haría durante la consulta ninguna intervención más invasiva que tomar una muestra de sangre; información sobre aspectos sensoriales; y una descripción de la sala donde se producirían las muestras de esperma (separada, sin presiones de tiempo, limpia, en respuesta a los temores de no poder producir una muestra). El grupo control no recibió el folleto. Los varones que recibieron el folleto mostraron mayores tasas de asistencia que el grupo control que no recibió la información preparatoria.

Hope y colegas dirigieron un ECCA para evaluar si la provisión de un DVD educativo (12 minutos de duración) era más eficaz que un folleto educativo para incrementar el conocimiento y la comprensión de la transferencia electiva de un único embrión (SET, frente a la transferencia electiva de dos embriones, DET) en la FIV (Hope y Rombauts, 2010). El DVD y el folleto brindaban la misma información factual sobre los resultados y riesgos de los embarazos dobles. El DVD también incluía dos breves entrevistas con madres de mellizos. Luego de las intervenciones, ambos grupos mostraron un aumento de adhesión a la SET (versus indecisos o DET), pero este era mayor para el grupo DVD. Para aquellos individuos que inicialmente permanecieron indecisos, el DVD mostró más probabilidades que el folleto

de aumentar la adhesión a la SET.

Cuadro 2.1. Efecto de las intervenciones administradas por el equipo de fertilidad sobre las necesidades conductuales de los pacientes antes del tratamiento.

| Intervención | Necesidades conductuales | | | | | Compromiso |
|--|-----------------------------------|------|-----|-----------|----------|------------|
| | Conductas según el estilo de vida | | | | | |
| | Contorno de cintura | Peso | IMC | Ovulación | Embarazo | |
| Folleto informativo (Pook y Krause, 2005) ECCA | | | | | | + |
| Folleto y DVD educativo (Hope y Rombauts, 2010) ECCA | | | | | | + |
| Programa de pérdida de peso basado en dieta y ejercicio (Moran, <i>et al.</i> , 2011) ECCA | + | + | + | | ns | |
| Programa de pérdida de peso basado en dieta y ejercicio (Clark, <i>et al.</i> , 1998) Estudio prospectivo | | + | | + | +a | |

+: efecto positivo de la intervención sobre la necesidad del paciente.

ns: efecto no significativo de la intervención sobre la necesidad del paciente.

Las celdas en blanco indican que no se estudió la asociación.

a Significación estadística no pudo ser calculada debido a que el grupo control tuvo cero embarazos.

Conductas vinculadas al estilo de vida

Moran y colegas implementaron un ECCA para evaluar el efecto de un programa de pérdida de peso con alto nivel de proteína y ejercicio para mujeres con sobrepeso y obesas (Moran, *et al.*, 2011). El programa fue administrado antes del inicio del tratamiento de FIV y terminó con la transferencia del embrión. Los resultados evaluados fueron el contorno de cintura, el peso y el índice de masa corporal (IMC), y el embarazo. El programa consistía en una dieta nutricionalmente adecuada reducida en energía y en un componente de ejercicio, que consistía en un acondicionamiento físico a realizar en el hogar y un programa de caminatas. Un nutricionista profesional brindaba consejos sobre dieta y ejercicio. Las mujeres tomaron una sesión educativa presencial y hubo dos instancias de seguimiento, una sesión presencial y otra telefónica. La condición control consistía en tratamiento estándar, esto es, consejos estándar sobre los factores dietarios y relativos al estilo de vida que influyen sobre la fertilidad, que se daban en una sesión presencial pero sin seguimiento. Las mujeres que recibieron la intervención y el grupo control mostraron reducción en el contorno de cintura. Solo las mujeres que recibieron la intervención mostraron baja en el peso y el IMC. En el grupo de intervención, 12 de 20 mujeres lograron el embarazo, mientras que en el grupo control 8 de 20 mujeres lo consiguieron. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, pero el poder fue limitado para este análisis.

Clark y colegas dirigieron un estudio prospectivo para evaluar un programa de pérdida de peso de 6 meses para mujeres obesas infértiles (sin considerar el diagnóstico de infertilidad) (Clark, *et al.*, 1998).

Los resultados evaluados fueron peso, ovulación y embarazo. La intervención consistía en un programa semanal destinado a cambiar hábitos de estilo de vida en relación con el ejercicio y la dieta. Más específicamente, 87 mujeres concurren a sesiones semanales de dos horas. La primera hora consistía en ejercicios y la segunda, en seminarios que tocaban una amplia serie de temas relacionados con el peso, incluyendo dieta y nutrición. Las sesiones que trataban sobre dieta se concentraban en las elecciones de alimentos y en métodos de cocción saludables, antes que en la cantidad de calorías. El grupo control incluyó a aquellas mujeres que no completaron los 6 meses del programa (23% de la muestra inicial). Las mujeres del grupo de intervención mostraron una significativa pérdida de peso que no se observó en el grupo control; 90% de las mujeres que anteriormente no ovulaban recuperaron la ovulación y 78% lograron el embarazo, comparado con ninguna de las mujeres del grupo control (ya sea para ovulación o embarazo).

Conclusión y consideraciones

Los programas de pérdida de peso basados en dieta y ejercicio parecen ser efectivos para ayudar a las mujeres con sobrepeso y obesas a bajar de peso para someterse a un tratamiento de fertilidad. Una de esas intervenciones también demostró tener un efecto positivo sobre el índice de embarazos; sin embargo, ese estudio utilizó como control el grupo de mujeres que abandonó la intervención, en lugar de utilizar un típico grupo control compuesto por mujeres que reciben atención estándar. Puede ser que esas mujeres estuvieran en general menos motivadas para cumplir con todos los procedimientos necesarios para el tratamiento, lo que podría explicar el menor índice de embarazos obtenido. Por lo tanto, hasta el momento, no pueden sacarse conclusiones definitivas sobre el impacto de los programas de pérdida de peso sobre las tasas de éxito del tratamiento. Frente a la falta de intervenciones eficaces, la atención estándar mínima sugeriría que al menos los pacientes deben ser informados acerca de los factores de su estilo de vida que pueden afectar su fertilidad, y se les debe ofrecer apoyo para cambiarlos, si es necesario.

Un estudio también mostró que un folleto informativo de una página resultó en mayor concurrencia a la evaluación de fertilidad en varones, y sugiere que brindar información por anticipado sobre procedimientos médicos demandantes física y emocionalmente puede promover un mayor compromiso con el tratamiento.

Recomendaciones

| | |
|--|-------------------|
| <p>El equipo de fertilidad debe proporcionar información preparatoria sobre procedimientos médicos porque eso promueve el compromiso (Pook y Krause, 2005; Lykeridou, <i>et al.</i>, 2009; Lykeridou, <i>et al.</i>, 2011).</p> | <p>B</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los programas de pérdida de peso basados en dieta y ejercicio ofrecidos antes del tratamiento con TRA pueden ser eficaces para bajar de peso y reducir el índice de masa corporal (IMC) (Clark, <i>et al.</i>, 1998; Moran, <i>et al.</i>, 2011).</p> | <p>B</p> |
| <p>El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad considere brindar información a los pacientes sobre conductas vinculadas al estilo de vida que pueden afectar negativamente su salud general y reproductiva.</p> | <p>IBP</p> |

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad apoye a los pacientes para cambiar conductas vinculadas al estilo de vida que puedan afectar negativamente su salud general y reproductiva, como también sus posibilidades de un tratamiento exitoso.

IBP

2.3.b Necesidades sociales y de afinidad

Las necesidades sociales y de afinidad (relación) incluyen adaptación marital y funcionamiento sexual.

Evidencia clínica

Takefman implementó un ECCA para testear una intervención informativa para parejas que comienzan la fase de diagnóstico de infertilidad (Takefman, *et al.*, 1990). Se compararon tres condiciones de intervención, en base al tipo de información proporcionada. La primera intervención brindó información emocional y sexual e incluyó: una justificación explícita de por qué se daba información (esto es, puede preparar a los pacientes a afrontar mejor); un video de 15 minutos sobre los procedimientos médicos y los aspectos emocionales del tratamiento de fertilidad; un cuadernillo de 15 páginas con información sexual (sobre el impacto sexual del tratamiento y consejos en caso de presentar dificultades). La segunda intervención ofreció información emocional e incluyó: una justificación explícita de por qué se daba información (esto es, puede preparar a los pacientes a afrontar mejor); y un video de 15 minutos sobre los procedimientos médicos y los aspectos emocionales del tratamiento de fertilidad. No se incluyó el cuadernillo con información sexual. Por último, la tercera intervención ofreció información sobre los procedimientos e incluía: una justificación explícita de por qué se daba información (esto es, puede preparar a los pacientes a afrontar mejor); un video de 12 minutos enfocado solo en los procedimientos médicos. No se hallaron diferencias para adaptación marital ni funcionamiento sexual en los grupos que recibían estas tres intervenciones (Cuadro 2.2).

Cuadro 2.2. Efecto de las intervenciones administradas por el equipo de fertilidad sobre las necesidades sociales y de afinidad (relación) de los pacientes antes del tratamiento.

| Intervención / estudio | Necesidades sociales y de afinidad | |
|---|------------------------------------|-----------------------|
| | Ajuste marital | Funcionamiento sexual |
| Información basada en 1) emociones y sexo, 2) emociones, 3) procedimiento <i>(Takefman, et al., 1990)</i> ECCA | ns | ns |

ns: efecto no significativo de la intervención sobre la necesidad del paciente.

Conclusión y consideraciones

Un estudio sugiere que las intervenciones basadas en dar información no parecen tener un efecto positivo sobre las necesidades de afinidad (relación) de los pacientes. En general, existen pocas intervenciones que pueden ser administradas por el equipo de fertilidad para afrontar las necesidades sociales y relacionales de las parejas antes del comienzo del tratamiento. Sin embargo, la evidencia de las preguntas anteriores (2.a y 2.b) muestra que los pacientes pueden experimentar necesidades

específicas y por lo tanto estas deben ser atendidas. Además, la evidencia muestra que las necesidades de ambos miembros de la pareja que comienzan un tratamiento están asociadas; por lo tanto, esto también debe ser tenido en cuenta.

Recomendaciones

| | |
|--|------------|
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca atención psicosocial adicional a pacientes en riesgo de experimentar un aumento en la angustia relacional y social específica de la infertilidad. | IBP |
|--|------------|

| | |
|--|------------|
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad involucre activamente a ambos miembros de la pareja en el proceso de diagnóstico y tratamiento. | IBP |
|--|------------|

2.3.c Necesidades emocionales

Las necesidades emocionales incluyen depresión, ansiedad, estrés por infertilidad, sentimientos sobre la infertilidad y reacciones emocionales frente a la histerosalpingografía y el análisis de semen. Se identificaron dos intervenciones para responder a las necesidades emocionales de los pacientes antes del tratamiento (Cuadro 2.3).

Evidencia clínica

En el ECCA implementado por Pook y Krause que se describió más arriba, los varones que sacaron un turno para la evaluación de la fertilidad y recibieron el folleto informativo por correo reportaron menor estrés asociado a la infertilidad durante la evaluación que los varones que no habían recibido el folleto (Pook y Krause, 2005).

En el ECCA implementado por Takefman, la intervención con información sobre los procedimientos resultó en una disminución de los sentimientos negativos de los pacientes en torno a la infertilidad, mientras que estos permanecieron estables en las otras dos intervenciones (Takefman, *et al.*, 1990). Además, se observó que las mujeres que recibieron la información emocional y sexual indicaron peores reacciones emocionales frente a la histerosalpingografía y el análisis de semen que las mujeres que recibieron las otras dos intervenciones.

Conclusión y consideraciones

Las intervenciones basadas en la provisión de información pueden ser útiles para disminuir el estrés y los sentimientos asociados a la infertilidad antes del comienzo del tratamiento. Los pacientes experimentaron otras necesidades emocionales antes del comienzo del tratamiento y estas también deben ser atendidas. Además, la evidencia muestra que las necesidades emocionales de ambos miembros de la pareja bajo tratamiento están asociadas; por lo tanto, esto debe ser tenido en cuenta.

Cuadro 2.3. Efecto de las intervenciones administradas por el equipo de fertilidad sobre las necesidades emocionales de los pacientes antes del tratamiento.

| Intervención / estudio | Necesidades emocionales | | | |
|---|-------------------------|----------|--------------------------------------|--|
| | Depresión | Ansiedad | Estrés específico de la infertilidad | Otro |
| Folleto informativo (Pook y Krause, 2005) ECCA | | | + | |
| Información basada en 1) emociones y sexo 2) emociones 3) procedimiento (Takefman, <i>et al.</i> , 1990) ECCA | ns | ns | | <i>Sentimientos en torno a la infertilidad</i> + (solo 3) <i>Reacciones emocionales negativas frente a histerosalpingografía y análisis de semen</i> - (solo 1) |

+: efecto positivo de la intervención sobre la necesidad del paciente.

-: efecto negativo de la intervención sobre la necesidad del paciente.

ns: efecto no significativo de la intervención sobre la necesidad del paciente.

Las celdas en blanco indican que no se estudió la asociación.

Recomendaciones

| | |
|---|------------|
| El equipo de fertilidad debe proporcionar información preparatoria sobre procedimientos médicos porque disminuye la ansiedad y el estrés específicos de la infertilidad (Pook y Krause, 2005). | C |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad derive a la atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia) a los pacientes identificados con SCREENIVF como en riesgo de padecer problemas emocionales. | IBP |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad involucre activamente a ambos miembros de la pareja en el proceso de diagnóstico y tratamiento. | IBP |

2.3.d Necesidades cognitivas

Las necesidades cognitivas incluyen conocimiento sobre la transferencia electiva de un único embrión.

Evidencia clínica

Hope y colegas dirigieron un ECCA para evaluar si la provisión de un DVD educativo (12 minutos de duración) era más eficaz que un folleto educativo para incrementar el conocimiento y la comprensión de la transferencia electiva de un único embrión (SET, frente a la transferencia electiva de dos embriones, DET) en FIV (Hope y Rombauts, 2010). El DVD y el folleto brindaban la misma información factual sobre los resultados y riesgos de los embarazos dobles. El DVD también incluía dos breves entrevistas con madres de mellizos. Luego de las intervenciones, ambos grupos demostraron un mayor conocimiento sobre índices de embarazos SET y DET y sobre los riesgos y desafíos de concebir mellizos.

Conclusión y consideraciones

Hay escasas investigaciones que se enfoquen en cómo responder a las necesidades cognitivas de los pacientes antes de comenzar con TRA.

Recomendación

| | |
|---|----------|
| El equipo de fertilidad debe proporcionar información preparatoria sobre procedimientos médicos porque aumenta el conocimiento de los pacientes (Hope y Rombauts, 2010). | C |
|---|----------|

Sugerencias de investigación

En general, faltan intervenciones que puedan ser administradas por el equipo de fertilidad para atender las necesidades de los pacientes antes del tratamiento. Esto es un problema en vista de la evidencia que subraya que los pacientes experimentan diferentes necesidades durante esta etapa del camino de su tratamiento. En particular, se necesitan intervenciones para promover el compromiso con el tratamiento y otras conductas que optimizan las posibilidades de éxito del tratamiento.

La mayoría de las intervenciones pretratamiento descritas y evaluadas en la literatura se basan en la provisión de información, y parecen ser eficaces para responder a diferentes necesidades desde el compromiso al conocimiento. Sin embargo, todavía se necesita más investigación para identificar qué tipo de información es necesario y en qué formatos es más eficiente brindarla a mujeres y varones.

Es crucial que la investigación futura que se dirija a la validación de las intervenciones psicosociales utilice ensayos clínicos controlados aleatoriamente, porque este es el único diseño que asegura que las diferencias entre los grupos de intervención y control se deben al efecto de las intervenciones. También es necesario evaluar las cuestiones procedimentales en la implementación de estas intervenciones, de modo de distinguir la efectividad debida a la viabilidad de la debida a la aceptación. Por último, es importante evaluar la satisfacción de los pacientes y los beneficios percibidos, pero los investigadores deben tener en cuenta que estos no son estándares de excelencia para utilizar en estudios de validación, esto es, que no alcanzan para arribar a conclusiones sobre la eficacia de las intervenciones.

Referencias

- Brandes M, van der Steen JO, Bokdam SB, Hamilton CJ, de Bruin JP, Nelen WL, Kremer JA. When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Hum Reprod* 2009;**24**: 3127-3135.
- Clark AM, Thornley B, Tomlinson L, Galletley C, Norman RJ. Weight loss in obese infertile women results in improvement in reproductive outcome for all forms of fertility treatment. *Hum Reprod* 1998;**13**: 1502-1505.
- de Klerk C, Hunfeld JA, Heijnen EM, Eijkemans MJ, Fauser BC, Passchier J, Macklon NS. Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Hum Reprod* 2008;**23**: 112-116.
- Dhaliwal LK, Gupta KR, Gopalan S, Kulhara P. Psychological aspects of infertility due to various causes-prospective study. *Int J Fertil Womens Med* 2004;**49**: 44-48.
- Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993;**14 Suppl**: 45-52.
- Donarelli Z, Lo Coco G, Gullo S, Marino A, Volpes A, Allegra A. Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Hum Reprod* 2012;**27**: 3215-3225.
- Edelmann RJ, Connolly KJ. Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory. *Br J Health Psychol* 2000;**5**: 365-375.
- Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril* 2010;**93**: 72-78.
- Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update* 2012;**18**: 652-669.
- Hakim LZ, Newton CR, MacLean-Brine D, Feyles V. Evaluation of preparatory psychosocial counselling for medically assisted reproduction. *Hum Reprod* 2012;**27**: 2058-2066.
- Hope N, Rombauts L. Can an educational DVD improve the acceptability of elective single embryo transfer? A randomized controlled study. *Fertil Steril* 2010;**94**: 489-495.

Khademi A, Alleyassin A, Aghahosseini M, Ramezanzadeh F, Abhari AA. Pretreatment Beck Depression Inventory score is an important predictor for post-treatment score in infertile patients: a before-after study. *BMC Psychiatry* 2005;**5**: 25.

Klonoff-Cohen H, Natarajan L, Marrs R, Yee B. Effects of female and male smoking on success rates of IVF and gamete intra-Fallopian transfer. *Hum Reprod* 2001;**16**: 1382-1390.

Kumbak B, Atak IE, Attar R, Yildirim G, Yesildaglar N, Ficicioglu C. Psychologic influence of male factor infertility on men who are undergoing assisted reproductive treatment: a preliminary study in a Turkish population. *J Reprod Med* 2010;**55**: 417-422.

Landkroon AP, de Weerd S, van Vliet-Lachotzki E, Steegers EA. Validation of an internet questionnaire for risk assessment in preconception care. *Public Health Genomics* 2010;**13**: 89-94.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;**281**: 537-544.

Lewis AM, Liu D, Stuart SP, Ryan G. Less depressed or less forthcoming? Self-report of depression symptoms in women preparing for in vitro fertilization. *Arch Womens Ment Health* 2013;**16**: 87-92.

Lintsen AM, Verhaak CM, Eijkemans MJ, Smeenk JM, Braat DD. Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Hum Reprod* 2009;**24**: 1092-1098.

Lowyck B, Luyten P, Corveleyn J, D'Hooghe T, Buyse E, Demyttenaere K. Well-being and relationship satisfaction of couples dealing with an in vitro fertilization/ intracytoplasmic sperm injection procedure: a multilevel approach on the role of self-criticism, dependency, and romantic attachment. *Fertil Steril* 2009a;**91**: 387-394.

Lowyck B, Luyten P, Corveleyn J, D'Hooghe T, Demyttenaere K. Personality and intrapersonal and interpersonal functioning of women starting their first IVF treatment. *Hum Reprod* 2009b;**24**: 524-529.

Lykeridou K, Gourounti K, Deltsidou A, Loutradis D, Vaslamatzis G. The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *J Reprod Infant Psychol* 2009;**27**: 223-237.

Lykeridou K, Gourounti K, Sarantaki A, Loutradis D, Vaslamatzis G, Deltsidou A. Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *J Clin Nurs* 2011;**20**: 1971-1980.

Moran L, Tsagareli V, Norman R, Noakes M. Diet and IVF pilot study: short-term weight loss improves pregnancy rates in overweight/obese women undertaking IVF. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2011;**51**: 455-459.

Moreira EDJr, Hartmann U, Glasser DB, Gingell C, Group GI. A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behavior in middle-aged and older adults in Germany. *Eur J Med Res* 2005;**10**: 434-443.

Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril* 1999;**72**: 54-62.

Peterson BD, Newton CR, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril* 2007;**88**: 911-914.

Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Fam Process* 2003;**42**: 59-70.

Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Hum Reprod* 2008;**23**: 1128-1137.

Peterson BD, Sejbaek CS, Pirritano M, Schmidt L. Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Hum Reprod* 2014;**29**: 76-82.

Pook M, Krause W. Stress reduction in male infertility patients: a randomized, controlled trial. *Fertil Steril* 2005;**83**: 68-73.

Reis S, Xavier MR, Coelho R, Montenegro N. Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;**171**: 61-66.

Salvatore P, Gariboldi S, Offidani A, Coppola F, Amore M, Maggini C. Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertil Steril* 2001;**75**: 1119-1125.

Schilling K, Toth B, Rosner S, Strowitzki T, Wischmann T. Prevalence of behaviour-related fertility disorders in a clinical sample: results of a pilot study. *Arch Gynecol Obstet* 2012;**286**: 1307-1314.

Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *J Urol* 2008;**179**: 1056-1059.

Slade P, Emery J, Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1997;**12**: 183-190.

Takefman JE, Brender W, Boivin J, Tulandi T. Sexual and emotional adjustment of couples undergoing infertility investigation and the effectiveness of preparatory information. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1990;**11**: 275-290.

Turner K, Reynolds-May MF, Zitek EM, Tisdale RL, Carlisle AB, Westphal LM. Stress and anxiety scores in first and repeat IVF cycles: a pilot study. *PLoS One* 2013;**8**: e63743.

Van den Broeck U, D'Hooghe T, Enzlin P, Demyttenaere K. Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Hum Reprod* 2010;**25**: 1471-1480.

Van Dongen AJ, Kremer JA, Van Sluisveld N, Verhaak CM, Nelen WL. Feasibility of screening patients for emotional risk factors before in vitro fertilization in daily clinical practice: a process evaluation. *Hum Reprod* 2012;**27**: 3493-3501.

Vause TD, Jones L, Evans M, Wilkie V, Leader A. Pre-conception health awareness in infertility patients. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;**31**: 717-720.

Verhaak CM, Lintsen AM, Evers AW, Braat DD. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Hum Reprod* 2010;**25**: 1234-1240.

Verhaak CM, Smeenk JM, Eugster A, van Minnen A, Kremer JA, Kraaijaat FW. Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2001;**76**: 525-531.

Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007;**13**: 27-36.

Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, van Minnen A, Kremer JA, Kraaijaat FW. Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: a prospective study. *J Behav Med* 2005;**28**: 181-190.

Zaig I, Azem F, Schreiber S, Amit A, Litvin YG, Bloch M. Psychological response and cortisol reactivity to in vitro fertilization treatment in women with a lifetime anxiety or unipolar mood disorder diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2013;**74**: 386-392.

3. ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO

Introducción

El período de tratamiento refiere al lapso que incluye el ciclo de tratamiento, ya sea de primera línea como inducción de la ovulación (IO) e inseminación intrauterina (IIU), o ciclos de TRA (FIV y/o ICSI). Un ciclo de tratamiento de primera línea comienza al inicio del ciclo menstrual normal de la mujer. Un ciclo de tratamiento con TRA comienza al inicio de la inducción de la ovulación. El ciclo de tratamiento por lo tanto puede incluir (de acuerdo con el tratamiento practicado) estimulación ovárica, extracción del ovocito, transferencia del embrión, el tiempo de espera hasta el resultado y la primera medición del resultado del tratamiento (por ejemplo, test de embarazo 15 días después de la transferencia del embrión, primera ecografía 6 semanas después de la transferencia del embrión), incluyendo las reacciones frente al resultado del tratamiento.

3.1 Necesidades de los pacientes durante el tratamiento

Pregunta clave

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO?

Justificación de la pregunta clave

Esta pregunta describe las necesidades que los pacientes experimentan durante el tratamiento de fertilidad y cómo esas necesidades varían dentro de cada ciclo de tratamiento. Debe mencionarse que aunque la conducta de compromiso existe entre ciclos de tratamientos, antes de comenzarlos y luego de terminarlos, aun así se debe reportar sobre ella.

El objetivo es incrementar la conciencia del equipo sobre las necesidades de los pacientes durante el tratamiento.

3.1.a Necesidades conductuales

La evidencia disponible sobre las necesidades conductuales de los pacientes refiere a compromiso con el tratamiento.

Evidencia clínica

Compromiso con el tratamiento

Compromiso se refiere a la respuesta ante los ciclos de TRA recomendados por el médico hasta que se logra el embarazo o hasta que se recomienda el fin del tratamiento. Falta de compromiso con el tratamiento de fertilidad por la vía del abandono prematuro alude al caso en que los pacientes deciden no continuar el (futuro) tratamiento a pesar de un pronóstico favorable.

Una revisión y metaanálisis sistemáticos investigaron las tasas de compromiso con el tratamiento con TRA (Gameiro, *et al.*, 2013). Las razones que dieron los pacientes y los predictores de la falta de compromiso con el tratamiento de fertilidad por la vía del abandono prematuro se describieron en otra revisión sistemática (Gameiro, *et al.*, 2012). Los porcentajes presentados indican la proporción de veces que cada razón fue seleccionada por los pacientes, cuando tuvieron la posibilidad de elegirla.

El compromiso con tres ciclos de TRA consecutivos fue 78.2% (95% CI 68.8–85.3%) (Gameiro, *et al.*, 2013). Las cinco razones más seleccionadas por los pacientes para no continuar a lo largo de tres ciclos de TRA consecutivos fueron: postergación del tratamiento o desconocido (no diferenciados en el estudio primario, 22%); carga psicológica del tratamiento (20%); carga psicológica y física del tratamiento (19%); postergación del tratamiento (17%); y problemas maritales y personales (17%) (Gameiro, *et al.*, 2012).

El compromiso con el tratamiento de primera línea no fue evaluado en la revisión (Gameiro, *et al.*, 2013). La tasa de falta de compromiso con el tratamiento de primera línea fue 7.8% (69/885) en el único estudio de cohorte longitudinal que evalúa la falta de compromiso debida al abandono prematuro en cualquier etapa del tratamiento. De las 319 parejas que abandonaron el tratamiento, 21.6% (69/319) lo hicieron durante o después del tratamiento de primera línea (Brandes, *et al.*, 2009). Las cinco razones más elegidas por los pacientes para no continuar durante los tratamientos de primera línea (esto es, IO, AI, IIU) fueron: postergación del tratamiento (esto es, posponer el tratamiento por al menos un año, 55.36%); razones de logística y prácticas (33%); rechazo del tratamiento (9%); percepción de un pronóstico malo (8%); y carga psicológica del tratamiento (8%) (Gameiro, *et al.*, 2012).

Custers y colegas hicieron un estudio de cohorte observacional retrospectivo para evaluar si diferían las características de la información de referencia y los perfiles de pronóstico entre 221 parejas (28%) que no continuaron con la inseminación intrauterina (IIU) y 582 parejas (72%) que continuaron con IIU, y las razones por las que esas parejas no continuaron (Custers, *et al.*, 2013). El abandono fue definido en función de la no utilización de seis ciclos completos sin haber embarazo. De las 221 parejas que no continuaron, a 100 (45%, 13% del total de parejas) se les aconsejó detener el tratamiento. De las restantes 121 que decidieron no continuar (55%, 15% del total de parejas), 62 (28%) lo hicieron por: razones personales (falta de confianza en el tratamiento (10%); carga del tratamiento (6.3%); problemas de salud no relacionados con la IIU (6.3%); mudanza (3.6%); y problemas relacionales (0.9%)). De un 59 (27%) no pudo hacerse el seguimiento. No está claro si el abandono de la IIU se debió a otros tratamientos adoptados (por ejemplo, FIV).

El compromiso luego de un primer ciclo con TRA no exitoso fue 81.8% (95% CI 73.3–88.1%) y luego de un segundo ciclo no exitoso fue 75.3% (95% CI 68.2–81.2%) (Gameiro, *et al.*, 2013). Las cinco razones más elegidas por los pacientes para no continuar luego de un primer ciclo con TRA no exitoso fueron: cuestiones económicas (50%); la carga psicológica (22%) y física (17%) del tratamiento; razones relacionadas con la clínica (17%) y problemas de organización (14%); postergación del tratamiento (o desconocido) (14%); y problemas relacionales (11%) (Gameiro, *et al.*, 2012).

Otro estudio de cohorte observacional retrospectivo reciente investigó los factores médicos asociados con la no continuación de FIV luego de un primer ciclo no exitoso (Troude, *et al.*, 2014). De 5135 pacientes que atravesaron un ciclo de FIV no exitoso, 1337 (26%) no hicieron más ciclos por un período de 5 años; 3798 parejas (74%) continuaron el tratamiento. Las cinco razones más citadas para la no continuación fueron: percepción de un mal pronóstico (13%); carga psicológica del tratamiento (10.7%); cuestiones relativas a la clínica (9.7%); adopción (7.4%); y otras opciones parentales (5.4%).

Conclusión y consideraciones

La evidencia empírica sugirió que alrededor de 7.8% y 21.8% de los pacientes, respectivamente, eligió no continuar tratamiento de primera línea y con TRA debido a diferentes razones. La tasa de abandono de IIU en el estudio Custers (2013) fue más alta que 7.8%, pero los autores no monitorearon si las parejas optaron por otra clase de tratamiento. Las razones para no continuar varían de acuerdo con los tipos y etapas del tratamiento. Las razones postergación del tratamiento y carga psicológica son

comunes en todos los tipos y etapas de tratamiento. En general, las razones más citadas para la falta de compromiso son: posposición del tratamiento; carga física y psicológica; problemas relacionales y personales; problemas de organización o de la clínica; rechazo del tratamiento; razones logísticas o prácticas.

Falta conocimiento sobre las conductas vinculadas al estilo de vida de los pacientes durante el tratamiento de fertilidad.

Recomendaciones

| | |
|--|-----------------|
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que alrededor de 1 de cada 12 pacientes y 1 de cada 5 pacientes no se compromete con el tratamiento de primera línea y el tratamiento con TRA, respectivamente (Brandes, <i>et al.</i>, 2009; Gameiro, <i>et al.</i>, 2013).</p> | <p>A</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las razones que los pacientes reportan para no continuar el tratamiento de primera línea recomendado son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • postergación del tratamiento (esto es, suspender el tratamiento por al menos un año) • razones prácticas y de logística • rechazo del tratamiento • percepción de un mal pronóstico • carga psicológica del tratamiento (Gameiro, <i>et al.</i>, 2012). | <p>A</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las razones que los pacientes reportan para no continuar el tratamiento recomendado luego de un ciclo de FIV/ICSI no exitoso son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuestiones económicas • las cargas psicológicas y físicas del tratamiento • razones relativas a la clínica y problemas de organización • postergación del tratamiento (o desconocido) • problemas relacionales (Gameiro, <i>et al.</i>, 2012). | <p>A</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las razones que los pacientes reportan para no continuar un programa de tratamiento con TRA estándar recomendado o tres ciclos consecutivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • postergación del tratamiento • carga psicológica del tratamiento • cargas físicas y psicológicas del tratamiento • problemas personales (Gameiro, <i>et al.</i>, 2012). | <p>A</p> |

3.1.b Necesidades sociales y de afinidad

La evidencia disponible sobre las necesidades de afinidad (relación) de los pacientes refiere a intimidad

de los pacientes con su pareja, satisfacción marital y satisfacción sexual. La evidencia sobre las necesidades sociales incluye apoyo social, contactos sociales y absentismo laboral.

Evidencia clínica

Intimidad con la pareja

| Necesidad social / de afinidad | Período de tratamiento | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Boivin y Takefman, 1996) | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| (Boivin, <i>et al.</i> , 1998) | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

Un estudio de cohorte prospectivo comparó las reacciones diarias de 20 mujeres durante un ciclo de FIV (desde el primer día de estimulación ovárica hasta el día anterior al test de embarazo) con sus reacciones durante un ciclo menstrual común (Boivin y Takefman, 1996). En general, las mujeres reportaron más intimidad con sus parejas durante todas las etapas del ciclo de FIV que durante los períodos equivalentes del ciclo menstrual normal.

Otro estudio de cohorte prospectivo evaluó las reacciones emocionales diarias de 40 parejas atravesando un ciclo de FIV/ICSI, desde el primer día de estimulación ovárica hasta el día del test de embarazo (Boivin, *et al.*, 1998). Los resultados mostraron que la intimidad con la pareja fue mayor durante los días de extracción y transferencia que en otros días del ciclo de FIV.

Satisfacción marital

| Necesidad social / de afinidad | Período de tratamiento | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Verhaak, <i>et al.</i> , 2001) | ✓ | | | | | ✓ | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

Un estudio de cohorte prospectivo siguió a 207 mujeres que comenzaron un ciclo de FIV o ICSI, evaluándolas 3 a 12 días antes del comienzo del tratamiento y 3 semanas después del test de embarazo (Verhaak, *et al.*, 2001). Los niveles de satisfacción marital antes del comienzo del tratamiento no difirieron de los niveles observados en la población general. No se observaron diferencias en la satisfacción marital a lo largo de los dos momentos observados.

Satisfacción sexual

| Necesidad social / de afinidad | Período de tratamiento | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Verhaak, <i>et al.</i> , 2001) | ✓ | | | | | ✓ | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

El mismo estudio de Verhaak y colegas evaluó satisfacción sexual. Los niveles de satisfacción sexual antes del comienzo del tratamiento no difirieron de los observados en la población general, y descendieron desde antes del comienzo del tratamiento hasta después del test de embarazo en mujeres con un tratamiento exitoso o no exitoso (Verhaak, *et al.*, 2001).

Apoyo social

| Necesidad social / de afinidad | Período de tratamiento | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Boivin y Takefman, 1996) | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios

El estudio de cohorte prospectivo que investigó las reacciones diarias de 20 mujeres a un ciclo de FIV también evaluó el apoyo social percibido (Boivin y Takefman, 1996). Las mujeres percibieron menor apoyo social durante la etapa de la extracción a la transferencia, pero más durante la etapa del tiempo de espera del ciclo de FIV que en etapas equivalentes en el ciclo menstrual normal.

Absentismo laboral

| Necesidad social / de afinidad | Período de tratamiento | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Bouwman, <i>et al.</i> , 2008) | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

Un estudio de cohorte prospectivo siguió a 380 mujeres con un trabajo remunerado mientras atravesaban un ciclo de FIV estándar, más precisamente desde el primer día de estimulación ovárica hasta 10 semanas después, es decir, hasta alrededor de 4 semanas después del test de embarazo. Se solicitó a las mujeres que completaran el cuestionario Salud y Trabajo (HLQ, por su sigla en inglés) a diario, y que reportaran la cantidad de horas que se ausentaban de su trabajo. De todas las mujeres asalariadas, 62% reportó ausencia del trabajo relacionada con el tratamiento de FIV. En general, la ausencia laboral relacionada con el tratamiento de FIV fue de 23 horas en promedio, mientras que las ausencias no relacionadas con el tratamiento fueron de 9.5 horas en promedio. Los costos estimados de la ausencia laboral relacionada con el tratamiento de FIV y no relacionada con él fueron de 596 y 250 euros, respectivamente (Bouwman, *et al.*, 2008).

Conclusión y consideraciones

Las parejas atravesando un ciclo de tratamiento de FIV experimentan mayor intimidad marital que durante un ciclo menstrual normal, en especial durante la extracción del ovocito y la transferencia del embrión. La satisfacción marital permanece estable a lo largo de un ciclo de tratamiento, sin importar su resultado, pero la satisfacción sexual decrece para todas las mujeres. Las mujeres bajo tratamiento de FIV perciben menor apoyo social durante las etapas de extracción del ovocito y transferencia del embrión. Las mujeres faltan al trabajo por el tratamiento de FIV más del doble de la cantidad de horas que faltan por cualquier otra razón.

No se halló evidencia sobre las necesidades de afinidad (relación) de las parejas atravesando tratamiento de fertilidad de primera línea.

Recomendaciones

| | |
|---|-----------------|
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que la satisfacción en el vínculo afectivo de los pacientes no cambia entre que comienzan un ciclo de FIV/ICSI hasta después del test de embarazo (Verhaak, <i>et al.</i>, 2001).</p> | <p>B</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres reportan más intimidad con sus parejas durante un ciclo de FIV/ICSI que durante un ciclo menstrual normal, en particular en los días de extracción y transferencia del ciclo (Boivin y Takefman, 1996).</p> | <p>B</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres experimentan menor satisfacción sexual después del test de embarazo que antes del comienzo de un ciclo de FIV/ICSI (Verhaak, <i>et al.</i>, 2001).</p> | <p>B</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres reportan menor apoyo social de parte de sus seres queridos en el período entre la extracción del ovocito y la transferencia del embrión de un ciclo de FIV/ICSI que durante el período equivalente de un ciclo menstrual normal (Boivin y Takefman, 1996).</p> | <p>B</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que durante un ciclo de FIV/ICSI, 6 de cada 10 pacientes reportan ausencias del trabajo vinculadas con el tratamiento y, en promedio, los pacientes pierden 23 horas de trabajo (Bouwman, <i>et al.</i>, 2008).</p> | <p>C</p> |

3.1.c Necesidades emocionales

La evidencia disponible sobre las necesidades conductuales de los pacientes refiere a depresión, ansiedad, estrés/angustia, desórdenes psiquiátricos y morbilidad, afectos positivos y negativos, humor, optimismo, pena y autoestima.

Evidencia clínica

Síntomas depresivos

| Necesidad emocional | Período de tratamiento | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--|---|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito/recolección de semen | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Verhaak, <i>et al.</i> , 2007) | ✓ | | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| (Boivin y Lancaster, 2010) | | ✓ | | | ✓ | ✓ | |
| (Chiapparino, <i>et al.</i> , 2011) | ✓ | | | | | ✓ | |
| (Knoll, <i>et al.</i> , 2009) | | | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| (Khademi, <i>et al.</i> , 2005) | ✓ | | | | | ✓ | |
| (Karatas, <i>et al.</i> , 2011) | ✓ | | | ✓ | | ✓ | |
| (Lukse y Vacc, 1999) | ✓ | | | | | ✓ | |
| (Berghuis y Stanton, 2002) | ✓ | | | | | ✓ | |
| (Li, <i>et al.</i> , 2013) | | | ✓ | | | | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

Una revisión sistemática que investigó la respuesta emocional de mujeres dentro un ciclo y a lo largo de varios ciclos consecutivos de tratamiento de FIV (desde antes del inicio del tratamiento hasta después del test de embarazo) mostró que la depresión general es mayor al momento de la extracción del ovocito y después del test de embarazo (Verhaak, *et al.*, 2007) que antes del comienzo del tratamiento. Además, la revisión mostró que los niveles de depresión son más altos luego de uno o más ciclos de tratamientos no exitosos en comparación con antes del comienzo del tratamiento, con 10% a 25% de las mujeres reportando niveles de depresión clínicamente significativos. Cuando un tratamiento es exitoso, la depresión es similar o menor que antes del comienzo del tratamiento.

En un estudio de cohorte, Boivin y Lancaster monitorearon síntomas depresivos en 61 mujeres bajo tratamiento de FIV (esto es, los 7 días iniciales de estimulación ovárica, los 7 días antes del test de embarazo y 4 días luego del test de embarazo). Los resultados mostraron que la depresión se mantuvo estable la mayor parte del ciclo hasta el día del test de embarazo, cuando ocurrió un aumento significativo, seguido de alguna remisión hacia el cuarto día de la etapa de resultados (Boivin y Lancaster, 2010).

En un estudio de cohorte, Chiaffarino analizó cambios en los síntomas depresivos de 1792 pacientes bajo tratamiento de FIV/ICSI, desde antes del comienzo del tratamiento hasta el test de embarazo (Chiaffarino, *et al.*, 2011). Entre los pacientes sin síntomas depresivos al comienzo del tratamiento, 68 mujeres (15.0%) y 32 varones (6.2%) desarrollaron síntomas depresivos. De ellos, 25 mujeres (5.5% del total) y 10 varones (2.0% del total) presentaron comorbilidad con síntomas de ansiedad.

En un estudio de cohorte, Knoll y colegas (Knoll, *et al.*, 2009) investigaron los síntomas depresivos en 82 parejas el día de la extracción del ovocito y la recolección de esperma, luego de la transferencia del embrión y 4 semanas después del test de embarazo. Los síntomas depresivos de los dos miembros de la pareja fueron asociados en los tres momentos de la evaluación. En las mujeres, los síntomas depresivos aumentaron desde la extracción del ovocito hasta la transferencia del embrión, pero permanecieron estables después (esto es, hasta después del test de embarazo). Los síntomas depresivos de los varones se mantuvieron estables a lo largo de los tres momentos evaluados.

En otro estudio de cohorte, Karatas y colegas (Karatas, *et al.*, 2011) evaluaron síntomas depresivos antes del comienzo del tratamiento de FIV/ICSI, durante la transferencia del embrión y una semana después del test de embarazo en 50 mujeres utilizando diagnóstico genético preimplantacional (DGP). A la transferencia del embrión, 16% de los pacientes puntuaban por encima del valor límite de la subescala para depresión de la Escala para Ansiedad y Depresión en Hospital (Zigmond y Snaith, 1983); luego de un test de embarazo positivo, 10% puntuaban por encima del valor límite; y luego de un test de embarazo negativo, 10% puntuaban por encima del valor límite. Los puntajes de depresión no variaron a lo largo de los tres momentos evaluados.

Se evaluó depresión antes del inicio del tratamiento y 4 semanas después del test de embarazo en una cohorte de 50 pacientes bajo inducción de la ovulación (IO) y 50 pacientes atravesando FIV (Lukse y Vacc, 1999). Antes del inicio del tratamiento, 34% de las mujeres bajo IO calificaron por encima del puntaje límite de 13 en la Lista de Verificación de Adjetivos para la Depresión. Después del test de embarazo, el porcentaje fue 48%. Los valores medios para depresión aumentaron significativamente a lo largo de los dos momentos evaluados. El porcentaje de mujeres bajo FIV que puntuaron por encima del límite fue 36% antes del inicio del tratamiento y 40% después del test de embarazo. En este grupo de mujeres, los niveles medios de depresión no variaron a lo largo de los dos momentos evaluados.

En un estudio de cohorte, se investigaron los síntomas depresivos en 43 parejas heterosexuales que atravesaron un ciclo de inseminación artificial. Los resultados mostraron que los síntomas depresivos crecieron significativamente desde el período de pretratamiento hasta después del test de embarazo para mujeres y varones (Berghuis y Stanton, 2002). Luego de recibir un resultado de embarazo negativo, 33% de los varones coincidieron con los criterios BDI (Beck y Beamesderfer, 1976) para depresión leve a moderada, y un 7% adicional reportó depresión moderada a severa. Entre las mujeres, 30% coincidió con los criterios para depresión leve a moderada, 21% para depresión moderada a severa y 2% para depresión severa. Los puntajes BDI de las parejas no fueron correlacionados antes del inicio del tratamiento, pero una fuerte asociación surgió después del test de embarazo ($r = 0.71$).

En un estudio transversal, se evaluó la prevalencia de depresión al momento de la recolección de semen en cuatro grupos diferentes que utilizaban TRA (Li, *et al.*, 2013). La prevalencia de depresión en varones bajo IIU fue 14.5%, 12.4% en varones bajo FIV, 19.2% en varones bajo ICSI, y 6.2% en varones bajo aspiración testicular de esperma o aspiración percutánea de espermatozoides del epidídimo (TESA/PESA, por sus siglas en inglés).

Ansiedad

| Necesidad emocional | Período de tratamiento | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Verhaak, <i>et al.</i> , 2007) | ✓ | | | | | ✓ | ✓ |
| (Boivin y Lancaster, 2010) | | ✓ | | | ✓ | ✓ | |
| (Chiapparino, <i>et al.</i> , 2011) | ✓ | | | | | ✓ | |
| (Mahajan, <i>et al.</i> , 2010) | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| (Karatas, <i>et al.</i> , 2011) | ✓ | | | ✓ | | ✓ | |
| (Turner, <i>et al.</i> , 2013) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

La revisión sistemática dirigida por Verhaak y colegas (Verhaak, *et al.*, 2007) mostró que la ansiedad general es más alta al momento de la extracción del ovocito y después del test de embarazo. Además, la ansiedad es mayor luego de uno o más ciclos de tratamiento no exitosos que antes del inicio del tratamiento. Luego de un tratamiento exitoso, la ansiedad es similar o menor que antes del inicio del tratamiento.

El monitoreo diario de síntomas de ansiedad en 61 mujeres atravesando FIV mostró que la ansiedad crecía gradualmente hasta el día del test de embarazo y luego, cuando se conocían los resultados, se verificaba una caída en picada que se volvía menos acentuada al cuarto día después del test de embarazo (Boivin y Lancaster, 2010).

En un estudio de cohorte, se evaluaron los cambios en los síntomas de ansiedad de 1792 pacientes bajo FIV/ICSI (Chiapparino, *et al.*, 2011). De aquellos pacientes sin síntomas de ansiedad al comienzo del tratamiento, 41 mujeres (9.0%) y 15 varones (3.0%) desarrollaron síntomas de ansiedad. De ellos, 25 mujeres (5.5% del total) y 10 varones (2.0% del total) presentaron comorbilidad con síntomas depresivos.

En otro estudio de cohorte, se evaluó ansiedad en 74 mujeres que atravesaban ICSI por primera vez (Mahajan, *et al.*, 2010) antes del inicio del tratamiento, al extraer el ovocito y a la transferencia del embrión. La ansiedad fue significativamente mayor antes de la extracción del ovocito y la transferencia del embrión, que antes del inicio del tratamiento. No se observaron diferencias entre la extracción del ovocito y la transferencia del embrión.

En el estudio de Karatas sobre mujeres utilizando diagnóstico genético preimplantacional (DGP), se evaluó ansiedad antes del tratamiento de FIV/ICSI, durante la transferencia del embrión y una semana después del test de embarazo (Karatas, *et al.*, 2011). A la transferencia del embrión, 53% de los

pacientes calificaron por encima del puntaje límite de STAI (Spielberger, *et al.*, 1970); luego de un test de embarazo positivo, 50% puntuaron por encima del límite; y luego de un test de embarazo negativo, 29% puntuaron por encima del límite. Hubo un significativo aumento de la ansiedad desde antes del comienzo del tratamiento a la transferencia del embrión y después del test de embarazo. Este aumento fue similar en pacientes que tuvieron un test de embarazo negativo y los que tuvieron uno positivo.

Turner y colegas dirigieron un estudio de cohorte con 44 mujeres bajo FIV; 29 mujeres atravesaban su primer ciclo y 15 atravesaban ya un ciclo repetido (Turner, *et al.*, 2013). El nivel de ansiedad de las mujeres se evaluó antes de la estimulación ovárica, un día antes de la extracción del ovocito, y 5 a 7 días después de la transferencia del embrión. Ansiedad estado y rasgo no variaron a lo largo de los momentos evaluados.

Estrés/angustia

| Necesidad emocional | Período de tratamiento | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Boivin y Takefman, 1996) | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| (Boivin, <i>et al.</i> , 1998) | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| (Knoll, <i>et al.</i> , 2009) | | | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| (Turner, <i>et al.</i> , 2013) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

En el estudio de cohorte prospectivo que investigaba las reacciones diarias de 20 mujeres ante un ciclo de FIV (Boivin y Takefman, 1996), se observó mayor estrés durante la etapa de extracción y transferencia y el período de espera, comparado con la etapa equivalente del ciclo menstrual normal.

En otro estudio de cohorte prospectivo, el mismo grupo evaluó las reacciones emocionales diarias de 40 parejas atravesando un ciclo de FIV/ICSI (Boivin, *et al.*, 1998). Los períodos más angustiantes para mujeres y varones fueron la extracción del ovocito, la transferencia del embrión y el día del test de embarazo.

En el estudio de cohorte prospectivo dirigido por Knoll y colegas, se evaluaron valoraciones del estrés (Knoll, *et al.*, 2009). Los síntomas de las valoraciones del estrés de las parejas (mujeres y varones) no aparecieron asociados al momento de la extracción del ovocito y la recolección de esperma, pero aparecieron asociados positivamente de manera débil y moderada en la etapa de transferencia del embrión y 4 semanas después del test de embarazo, respectivamente. En las mujeres, las valoraciones del estrés aumentaron desde la extracción del ovocito hasta la transferencia del embrión, pero se mantuvieron estables después (esto es, hasta después del test de embarazo). En los varones, las valoraciones del estrés se mantuvieron estables a lo largo de los tres momentos evaluados.

En el estudio de Turner y colegas, el estrés percibido por las mujeres no varió a través de la

estimulación ovárica, la extracción del ovocito, y 5 a 7 días después de la transferencia del embrión (Turner, *et al.*, 2013).

Desórdenes psiquiátricos

| Necesidad emocional | Período de tratamiento | | | | | | |
|---|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| Desórdenes psiquiátricos | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Volgsten, <i>et al.</i> , 2008), 2010) | | | ✓ | | | ✓ | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios

Un estudio de cohorte prospectivo investigó la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en 413 mujeres infértiles y 412 varones infértiles bajo tratamiento de fertilización *in vitro* (Volgsten, *et al.*, 2008, 2010). Los diagnósticos de desórdenes psiquiátricos se hicieron en dos pasos. Primero, los pacientes completaron un instrumento de monitoreo, el PRIME-MD, al momento de la extracción del ovocito. Para confirmar el diagnóstico, se hicieron entrevistas telefónicas utilizando una versión computarizada de la Guía de evaluación clínica PRIME-MD para diagnosticar mujeres y varones positivos. La entrevista se realizó 21 días después del diagnóstico, es decir después del test de embarazo; 31% de las mujeres y 10% de los varones coincidieron con los criterios de desorden psiquiátrico. Los trastornos del estado de ánimo fueron el desorden psiquiátrico más prevalente (26% para las mujeres y 9% para los varones). Entre ellos, la depresión profunda fue el prevalente (11% para las mujeres y 5% para los varones). La prevalencia de algún desorden de ansiedad fue 15% para mujeres y 5% para varones.

Morbilidad psiquiátrica

| Necesidad emocional | Período de tratamiento | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| Morbilidad psiquiátrica | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Montagnini, <i>et al.</i> , 2009) | | | | | ✓ | | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

En 20 parejas atravesando su primer ciclo de FIV (Montagnini, *et al.*, 2009), 25% de mujeres, pero ninguno de los varones, calificaron por encima del puntaje límite del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) (Goldberg, 1972), indicando la presencia de algún desorden psiquiátrico.

Afectos positivos y negativos

| Necesidad emocional | Período de tratamiento | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (de Klerk, <i>et al.</i> , 2006) | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| (Mahajan, <i>et al.</i> , 2010) | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |
| (Boivin y Lancaster, 2010) | | ✓ ^a | | | ✓ ^a | ✓ ^a | |

✓ Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

^a Solo afecto positivo.

En un ECCA, de Klerk y colegas monitorearon diariamente afectos positivos y negativos en 174 mujeres sometidas a un protocolo de estimulación mínima y en 159 mujeres atravesando un protocolo de estimulación estándar para FIV. Se hicieron mediciones a lo largo de un ciclo de FIV, desde antes del comienzo del tratamiento hasta el tiempo de espera (de Klerk, *et al.*, 2006). El día de la extracción del ovocito se asoció con mayores afectos negativos y menores positivos que en otras etapas del tratamiento. Una disminución del afecto positivo y un incremento del afecto negativo se observaron desde antes del comienzo del tratamiento hasta el día del test de embarazo en todas las mujeres. Las mujeres experimentaron menor afecto positivo y mayor afecto negativo el día del test de embarazo que durante el tratamiento, en especial las mujeres que no resultaron embarazadas. Los efectos de los protocolos de estimulación mínima y estándar sobre el afecto se mencionan en la siguiente sección.

En un estudio de cohorte, Mahajan y colegas evaluaron afectos positivos y negativos antes del inicio del tratamiento, a la extracción del ovocito y a la transferencia del embrión en 74 mujeres que atravesaban ICSI por primera vez (Mahajan, *et al.*, 2010). Los resultados mostraron que el afecto positivo era significativamente más bajo antes de la extracción del ovocito y la transferencia del embrión que antes del inicio del tratamiento, pero no se observaron diferencias entre la extracción del ovocito y la transferencia del embrión. El afecto negativo aumentó significativamente desde antes del comienzo del tratamiento hasta después de la extracción del ovocito y desde la extracción del ovocito hasta la transferencia del embrión.

El estudio de cohorte dirigido por Boivin y Lancaster, que monitoreó diariamente a 61 mujeres bajo FIV, mostró que el afecto positivo disminuyó consistentemente a lo largo de los días del ciclo (Boivin y Lancaster, 2010).

Humor

| Necesidad emocional | Período de tratamiento | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Newton, <i>et al.</i> , 2013) | ✓ | | ✓ | ✓ | | | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

Newton y colegas dirigieron un estudio de cohorte para investigar los cambios de humor en 107 mujeres atravesando un ciclo de FIV y cómo estos influían sobre las preferencias de las mujeres por una transferencia de embrión simple o múltiple (Newton, *et al.*, 2013). Las mujeres fueron evaluadas un mes antes del comienzo del tratamiento y luego aleatoriamente seleccionadas para ser reevaluadas inmediatamente antes de la extracción del ovocito o después de la transferencia del embrión. La perturbación del humor aumentó desde la información de referencia hasta la reevaluación, en particular la tensión y el enojo aumentaron y la fatiga y el vigor descendieron.

Optimismo

| Necesidad emocional | Período de tratamiento | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Boivin y Takefman, 1996) | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| (Boivin, <i>et al.</i> , 1998) | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |

✓Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

En el estudio de cohorte que monitoreó las reacciones diarias de 20 mujeres ante un ciclo de FIV, Boivin y Takefman observaron mayor optimismo durante la etapa de extracción y transferencia comparado con la etapa equivalente en un ciclo menstrual normal (Boivin y Takefman, 1996).

El mismo grupo también monitoreó las reacciones diarias de 40 parejas atravesando un ciclo de FIV/ICSI y demostró que varones y mujeres reportaron niveles similares de optimismo durante el tratamiento. El optimismo fue mayor en los días de extracción y transferencia que en otros días (Boivin, *et al.*, 1998).

Pena

| Necesidad emocional | Período de tratamiento | | | | | | |
|------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento: estimulación ovárica | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Lukse and Vacc, 1999) | ✓ | | | | | ✓ | |

✓ Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

Se evaluó la pena en 50 mujeres bajo FIV y 50 mujeres recibiendo medicación para la inducción a la ovulación antes del inicio del tratamiento y 4 semanas después del test de embarazo (Lukse y Vacc, 1999). Los puntajes medios de pena crecieron significativamente a lo largo de los dos momentos evaluados. Esto rigió para mujeres que atravesaban tanto inducción a la ovulación como FIV.

Conclusión y consideraciones

En general, tienden a incrementarse depresión, ansiedad, estrés/angustia, afecto negativo y pena en las mujeres a lo largo de un ciclo de FIV, alcanzando el pico máximo al momento de la transferencia del embrión o antes de la noticia del resultado del tratamiento. El afecto positivo tiende a disminuir a lo largo del ciclo. Las etapas de extracción del ovocito y transferencia del embrión son momentos de gran optimismo de la pareja. Las reacciones emocionales después de la noticia del resultado del tratamiento dependen del resultado del tratamiento, con reacciones emocionales negativas (principalmente depresión, pena y afecto negativo) luego de un resultado negativo del tratamiento.

Poco se sabe sobre las necesidades emocionales de las parejas durante tratamientos de fertilidad de primera línea como IIU.

Recomendaciones

| | |
|--|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que el estrés emocional de los pacientes fluctúa durante un ciclo de FIV/ICSI, con picos máximos a la extracción del ovocito, la transferencia del embrión y durante el tiempo de espera antes del test de embarazo (Boivin y Takefman, 1996; Boivin, <i>et al.</i>, 1998; Knoll, <i>et al.</i>, 2009; Turner, <i>et al.</i>, 2013). | B |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que el afecto positivo de las mujeres disminuye durante un ciclo de FIV/ICSI (Knoll, <i>et al.</i>, 2009; Boivin y Lancaster, 2010). | B |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que la ansiedad y el estrés son mayores cuando los pacientes anticipan resultados (por ejemplo, en el tiempo de espera antes del test de embarazo, entre la extracción del ovocito y la transferencia del embrión) (Boivin y Takefman, 1996; Boivin, <i>et al.</i>, 1998; Verhaak, <i>et al.</i>, 2007; Knoll, <i>et al.</i>, 2009). | B |

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes experimentan alta angustia emocional cuando se les informa que el tratamiento no fue exitoso (Verhaak, et al., 2007).

B

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que, cuando se les informa que el tratamiento no fue exitoso, 1 a 2 de cada 10 mujeres experimentan niveles clínicamente significativos de síntomas depresivos (Verhaak, et al., 2007).

B

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que luego de recibir el test de embarazo por su tratamiento de FIV/ICSI, 1 de cada 4 mujeres y 1 de cada 10 varones sufren algún trastorno depresivo. Una de 7 mujeres y 1 de 20 varones sufre algún trastorno de ansiedad (Volgsten, et al., 2008, 2010).

B

3.1.d Necesidades cognitivas

La evidencia disponible sobre las necesidades cognitivas de los pacientes refiere a preocupaciones sobre tratamientos de reproducción asistida y conocimiento de los aspectos médicos de la criopreservación de embriones.

Evidencia clínica

Preocupaciones

| Necesidad cognitiva | Período de tratamiento | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| | Antes del tratamiento | Comienzo del tratamiento | Extracción del ovocito | Transferencia del embrión | Período de espera | Test de embarazo | Ecografía |
| (Klonoff-Cohen, et al., 2007) | ✓ | | | ✓ | | | |

✓ Indica los momentos en que se evaluó la necesidad en los estudios.

Las preocupaciones en torno al tratamiento de reproducción asistida de 151 mujeres atravesando tratamiento de FIV se evaluaron en dos momentos diferentes: antes del inicio del tratamiento y en la etapa de transferencia del embrión (Klonoff-Cohen, et al., 2007). Se evaluaron cuatro tipos de preocupaciones: preocupaciones en torno al procedimiento, que incluían someterse a cirugía, efectos colaterales de la anestesia, no contar con suficiente información, dolor, efectos colaterales de las hormonas y larga recuperación; finanzas; ausencias al trabajo y la posibilidad de lograr el resultado deseado. La mayor preocupación de los pacientes fue lograr el resultado deseado, seguida por los efectos colaterales de las hormonas, las finanzas y el someterse a cirugía. Todas las preocupaciones excepto lograr el resultado deseado disminuyeron desde antes del comienzo del tratamiento hasta la etapa de transferencia del embrión.

Conclusión y consideraciones

Los pacientes expresan una preocupación moderada a alta en torno a conseguir el resultado deseado con el tratamiento, que no decrece a lo largo del tratamiento. Otras preocupaciones relacionadas con el procedimiento, las finanzas y el trabajo disminuyen a lo largo del período de tratamiento.

Recomendación

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes reportan preocupación moderada a alta en torno a lograr el embarazo y un nacimiento sano, que no disminuye a lo largo del tratamiento (Klonoff-Cohen, *et al.*, 2007).

C

Sugerencias de investigación

Existe actualmente un corpus consensuado de conocimiento sobre las necesidades emocionales, sociales y de afinidad (relación) de las parejas durante un ciclo de FIV. Aunque esta literatura nos permite acceder a un panorama exhaustivo de cómo esas necesidades cambian a lo largo del tratamiento, este podría ser aún mejorado y validado con la uniformización de los instrumentos de medición utilizados dentro del campo.

No se conoce mucho sobre las necesidades de afinidad (relación), sociales y emocionales de los pacientes durante tratamientos menos invasivos que la FIV, y debe investigarse aún más para aclarar si las necesidades de esos pacientes son similares a las de los pacientes que atraviesan FIV.

Por último, casi nada se sabe sobre las necesidades conductuales y cognitivas de pacientes sometidos a cualquier tipo de tratamiento de fertilidad. La investigación futura debe enfocarse en monitorear los cambios a lo largo del período de tratamiento en aquellas conductas de los pacientes que se sabe que afectan el resultado del tratamiento (esto es, conductas vinculadas al estilo de vida, ejercicio y nutrición, etc.). También debe lograrse una mejor comprensión de las diferentes necesidades cognitivas de los pacientes, en particular de sus preocupaciones y nivel de conocimiento/información, y cómo estos afectan el comportamiento y la toma de decisiones de ambos miembros de la pareja durante el tratamiento.

Los estudios de cohorte prospectivos son probablemente los más apropiados para brindarnos información confiable sobre estos temas. Esos estudios deberían utilizar medidas generales junto con instrumentos correctamente validados específicos de la infertilidad. Es de particular importancia para la práctica clínica definir claramente los puntos a evaluar en los estudios, ya que las necesidades de los pacientes variarán de acuerdo con la etapa del tratamiento que estén atravesando.

3.2 Detección de necesidades durante el tratamiento

Pregunta clave

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD DETECTAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO?

Justificación de la pregunta clave

Esta pregunta describe los predictores de las necesidades que los pacientes experimentan durante el tratamiento de fertilidad y los métodos que el equipo de fertilidad puede utilizar para detectarlos. Debe mencionarse que aunque la conducta de compromiso existe entre ciclos de tratamientos, antes de comenzarlos y luego de terminarlos, aun así se debe reportar sobre ella.

El objetivo es que el equipo pueda identificar por anticipado a aquellos pacientes más propensos a tener necesidades específicas durante el período de tratamiento y que por lo tanto pueden beneficiarse del apoyo psicosocial adicional.

RECOMENDACIÓN GENERAL

| | |
|--|------------|
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad utilice las herramientas que se describen en el Apéndice 2 al evaluar las necesidades de los pacientes. | IBP |
|--|------------|

3.2.a Necesidades conductuales

La evidencia disponible para los predictores de las necesidades conductuales de los pacientes refiere a compromiso con el tratamiento.

Evidencia clínica

Compromiso

En una revisión sistemática, Gameiro y colegas analizaron 22 estudios (tamaño total de la muestra: 21.453 pacientes) que investigan la falta de compromiso por la vía del abandono prematuro del tratamiento (Gameiro, *et al.*, 2012). Los predictores potenciales para la no continuación (evaluados en 14 estudios longitudinales) fueron categorizados en aquellos relacionados con una historia de infertilidad, con el tratamiento y con el paciente. En general, los datos mostraron que no podían identificarse predictores consistentes para el abandono del tratamiento. Además, algunos factores que se creían asociados al abandono, como duración de la infertilidad, edad de la mujer, baja respuesta ovárica/cancelación del ciclo o cuestiones económicas, no resultaron ser predictores sólidos.

En una revisión sistemática y metaanálisis reciente de las tasas de compromiso con el tratamiento con TRA (10 estudios, 14.810 pacientes), Gameiro y colegas (Gameiro, *et al.*, 2013) investigaron si los índices de éxito de las clínicas en los primeros y segundos ciclos eran predictores del compromiso de los pacientes, y no hallaron asociación.

Custers y colegas llevaron a cabo un estudio de cohorte retrospectivo observacional para evaluar si diferían las características de la información de referencia y los perfiles de pronóstico entre 221 parejas (28%) que discontinuaron la inseminación intrauterina (IIU) y 582 parejas (72%) que continuaron la IIU,

y las razones por las que esas parejas abandonaron (Custers, *et al.*, 2013). La no continuación fue definida en función de la no utilización de seis ciclos completos sin haber embarazo. La mayor edad femenina, la larga duración de la subfertilidad, la estimulación hormonal fuerte y las bajas posibilidades estimadas al comienzo del tratamiento de lograr un embarazo se asociaron con la no continuación.

Otro estudio de cohorte retrospectivo observacional investigó los factores médicos asociados con abandono de FIV luego de un primer ciclo no exitoso (Troude, *et al.*, 2014). De 5135 pacientes que atravesaron un ciclo de FIV no exitoso, 1337 (26%) no hicieron más ciclos por un período de 5 años; 3798 parejas (74%) continuaron el tratamiento. Los predictores investigados fueron la edad de la mujer y el varón, causa y duración de la infertilidad, información sobre ciclos previos hechos en el centro (cantidad de ovocitos extraídos, cantidad de embriones obtenidos, transferidos, congelados, cantidad de ciclos congelados realizados y embarazo). En un análisis multivariante, las parejas en las que las mujeres tenían menos de 30 y más 34 años, habían sido infértiles por más de 6 años, tenían factor de infertilidad femenino o no explicado (versus factor de infertilidad masculina) y de las que se extrajo menos de dos ovocitos en el primer ciclo de FIV fueron más propensas a no continuar el tratamiento.

Conclusión y consideraciones

El problema del compromiso del paciente y la no continuación del tratamiento son de capital importancia para las TRA. En base a la mejor evidencia disponible en el presente, no se han identificado aún predictores confiables de la no continuación del tratamiento. Los dos estudios de cohorte retrospectivos descritos sugieren que un pronóstico malo al comienzo del tratamiento puede predecir abandono, pero esos datos no fueron cotejados en la revisión sistemática, donde fueron encontradas muchas asociaciones no significativas para los mismos predictores, incluso en estudios con alcance suficiente.

Recomendación

| |
|---|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que actualmente no existen instrumentos o predictores confiables para identificar pacientes que probablemente no completen el tratamiento recomendado (Gameiro, <i>et al.</i>, 2012). |
|---|

| |
|----------|
| B |
|----------|

3.2.b Necesidades sociales y de afinidad

La evidencia disponible relativa a los predictores de las necesidades de afinidad de pacientes refiere a la relación de pareja. La evidencia sobre necesidades sociales incluía apoyo social, contactos sociales y cuestiones vinculadas al trabajo (absentismo laboral y revelación del tratamiento de infertilidad en el trabajo).

Evidencia clínica

Relación de pareja

Un estudio de cohorte apuntó a evaluar la satisfacción marital y sexual de 207 mujeres, 3 a 12 días antes del comienzo del tratamiento y 3 semanas después del test de embarazo (Verhaak, *et al.*, 2001). En ese estudio, se demostró que el tipo de tratamiento (FIV versus ICSI) no se asociaba con satisfacción marital y sexual.

Otro estudio de cohorte prospectivo evaluó las reacciones emocionales diarias de 40 parejas atravesando un ciclo de FIV/ICSI, desde el primer día de estimulación ovárica hasta el día del test de embarazo (Boivin, *et al.*, 1998). Los resultados mostraron que las mujeres reportaron menos intimidad

que los varones durante los últimos días del tiempo de espera hasta saber el resultado del tratamiento.

Apoyo social

Otro estudio de cohorte prospectivo evaluó el apoyo social percibido por parejas durante un ciclo de TRA (Agostini, *et al.*, 2011). Se evaluó el apoyo social en relación con un ser querido, familia y amigos (y total general) al inicio de la estimulación ovárica, a la extracción del ovocito y un mes después de la transferencia del embrión, es decir, alrededor de dos semanas después del test de embarazo. Al comienzo de la estimulación ovárica y durante la extracción del ovocito, los varones reportaron menor apoyo percibido que las mujeres por parte de un ser querido, un amigo y en total. Un mes después de la transferencia del embrión, los varones reportaron menor apoyo que las mujeres de un ser querido y en total. No se hallaron diferencias de género en cuanto al apoyo percibido por parte de miembros de la familia.

Contactos sociales

Los contactos sociales fueron evaluados en el estudio de cohorte prospectivo de Boivin y colegas, que registró las reacciones emocionales diarias de 40 parejas atravesando un ciclo de FIV/ICSI (Boivin, *et al.*, 1998). Los resultados mostraron que en general las mujeres reportaron más contacto con familia y amigos que los varones, en especial durante los primeros y últimos días del ciclo de FIV. Esta diferencia de contactos sociales disminuyó antes y durante la etapa de extracción del ciclo de FIV.

Absentismo laboral

Un estudio de cohorte multicéntrico siguió a 380 mujeres asalariadas mientras se sometían a un ciclo FIV estándar, más precisamente desde el primer día de la estimulación ovárica hasta 10 semanas después, es decir, alrededor de 4 semanas después del test de embarazo (Bouwman, *et al.*, 2008). Se solicitó a las mujeres que completaran el cuestionario Salud y Trabajo (HLQ) a diario, y que reportaran la cantidad de horas que se ausentaban de su trabajo. En ese estudio, se asoció la cantidad de horas de trabajo pago con la ausencia relacionada con la FIV. Además, las mujeres con educación secundaria reportaron mayor ausencia laboral relacionada con la FIV que las mujeres con más alto nivel educativo. Las mujeres con afecciones físicas o emocionales debidas a la FIV reportaron más horas de ausencia laboral relacionada con el tratamiento de FIV que las mujeres sin esas afecciones.

Revelación del tratamiento de infertilidad en el trabajo

Un estudio transversal se llevó a cabo con 199 pacientes bajo tratamiento de infertilidad, para investigar el perfil demográfico de las mujeres más inclinadas a revelar a su empleador su infertilidad y que están bajo tratamiento (Finamore, *et al.*, 2007). Las mujeres de más alto nivel educativo (estudio de posgrado vs. universitario vs. secundario) y las mujeres que ven por primera vez a un especialista en fertilidad fueron menos proclives a revelarlo. Existieron algunas señales de que las mujeres que necesitaron tomarse más días del trabajo y aquellas con una supervisora mujer también se inclinaron más a revelarlo que las mujeres que se ausentaron por pocos días o las mujeres con supervisores masculinos, respectivamente. Raza, etnia, religión, pérdida de embarazo y estrés asociado a la infertilidad no se asociaron con el hecho de que las pacientes lo revelaran o no.

Conclusión y consideraciones

En general, los varones parecen estar más aislados que las mujeres durante el tratamiento de FIV/ICSI. El estar bajo tratamiento se asocia con significativo absentismo laboral. Las mujeres con menor nivel educativo y las mujeres que padecen problemas de salud físicos o emocionales reportan ausencias más prolongadas del trabajo cuando atraviesan FIV, en comparación con mujeres con más alto nivel educativo y sin problemas de salud, respectivamente. Los datos sugieren que las mujeres pueden encontrar barreras para revelar a su empleador que están atravesando un tratamiento de fertilidad,

pero este hecho no está todavía bien estudiado.

En general, relativamente pocos estudios han investigado predictores de las necesidades sociales y de afinidad de los pacientes durante el tratamiento.

Recomendaciones

| | |
|--|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que al comienzo de la estimulación ovárica, a la extracción del ovocito y después del test de embarazo, los varones reportan menor apoyo percibido que las mujeres (Agostini, <i>et al.</i>, 2011). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los varones reportan mayor aislamiento social que las mujeres durante un ciclo de tratamiento de FIV/ICSI (Boivin, <i>et al.</i>, 1998). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las pacientes con menor nivel educativo o que plantean afecciones físicas o emocionales debidas a la FIV/ICSI pueden ausentarse más horas al trabajo debido al tratamiento (Bouwman, <i>et al.</i>, 2008). | C |

3.2.c Necesidades emocionales

La evidencia disponible sobre predictores de las necesidades emocionales de los pacientes refiere a depresión, ansiedad, estrés/angustia, desórdenes psiquiátricos y morbilidad, afectos positivos y negativos, humor, optimismo, pena y autoestima.

Evidencia clínica

Síntomas depresivos

Características demográficas y personales

Un estudio de cohorte (Berghuis and Stanton, 2002) investigó los síntomas depresivos en 43 parejas heterosexuales que atravesaron un ciclo de inseminación artificial. Los resultados mostraron que los síntomas depresivos aumentaron significativamente desde el período de pretratamiento hasta después del test de embarazo para mujeres y varones, pero que este aumento fue mayor en mujeres.

En un estudio de cohorte, Chiaffarino analizó cambios en síntomas depresivos de 1792 pacientes bajo FIV/ICSI desde el comienzo del tratamiento hasta el test de embarazo (Chiaffarino, *et al.*, 2011). Las mujeres reportaron consistentemente (antes y durante el tratamiento) mayor depresión que los varones. La edad de las mujeres, su ocupación y las experiencias previas con FIV no se asociaron con la incidencia de síntomas depresivos durante el tratamiento. De manera similar, se halló que la edad y la experiencia previa con FIV no eran predictores de depresión durante el tratamiento en varones. Sin embargo, los varones con un trabajo temporario o de tiempo parcial reportaron más síntomas depresivos en comparación con aquellos con trabajos de tiempo completo.

Verhaak y colegas implementaron un estudio de cohorte siguiendo a 148 mujeres y 71 varones comenzando su primer ciclo de FIV para investigar si ciertos factores de riesgo podían predecir la respuesta emocional ante un ciclo de tratamiento de FIV o ICSI no exitoso (Verhaak, *et al.*, 2005). Los cambios en depresión no se correlacionaron con nivel educativo, edad, duración y causa de la infertilidad. Además, el tener hijos tampoco se correlacionó con cambios en los niveles de depresión

luego de un ciclo de FIV no exitoso. Neuroticismo e indefensión se asociaron con aumento de la depresión desde antes del comienzo del tratamiento hasta después del test de embarazo, mientras que la aceptación de la infertilidad y el apoyo social percibido se asociaron con disminución de la depresión. No se hallaron asociaciones significativas con otros factores de personalidad (esto es, extraversión y optimismo), afrontamiento, insatisfacción sexual y tamaño de la red social. En el modelo multivariante, neuroticismo, cogniciones relativas a la infertilidad (indefensión y aceptación) y apoyo social percibido fueron predictores significativos de depresión después de un tratamiento no exitoso.

Se evaluó depresión antes del inicio del tratamiento y 4 semanas después del test de embarazo en una cohorte de 50 pacientes atravesando inducción de la ovulación (IO) y 50 pacientes bajo FIV (Lukse y Vacc, 1999). En este estudio, las variables de afrontamiento no predijeron depresión general.

En un estudio de cohorte, se evaluó depresión en 251 mujeres antes y después (3 semanas después del test de embarazo) de un ciclo de tratamiento con TRA (Khademi, *et al.*, 2005). Los puntajes de depresión antes del tratamiento y la duración de la infertilidad fueron predictores positivos de depresión después del tratamiento. Se halló una correlación negativa entre los puntajes de depresión después del test de embarazo y el resultado del tratamiento. La edad, educación, cantidad de tratamientos previos y tipo de infertilidad no fueron predictores significativos de depresión postratamiento.

En un estudio transversal, se evaluaron los síntomas depresivos de 20 parejas que atravesaban su primer ciclo de FIV durante el tiempo de espera que precede la noticia del resultado del tratamiento (Montagnini, *et al.*, 2009). Las mujeres presentaron puntajes de depresión significativamente más altos que los varones. Un análisis de los ítems individuales de los cuestionarios mostró que más mujeres que varones respondieron positivamente a los siguientes ítems: humor depresivo, fatiga, síntomas somáticos, reducción de la libido, autoobservación y preocupaciones sobre la salud y la reducción de la libido.

Zaig y colegas implementaron un estudio de cohorte para investigar síntomas depresivos en mujeres con un diagnóstico previo de humor unipolar o desorden de ansiedad, durante un ciclo de FIV (Zaig, *et al.*, 2013). De las 108 mujeres reclutadas, 21 (20%) fueron diagnosticadas como padeciendo humor unipolar o desorden de ansiedad previo, utilizando la Entrevista clínica estructurada para DSM-IV Eje I Desórdenes (SCID). Las mujeres con y sin diagnóstico mostraron similares niveles de depresión al comienzo del tratamiento, pero estos aumentaron en las mujeres con diagnóstico y permanecieron estables en las mujeres sin él. De las mujeres con diagnóstico, 24% y 48% puntuaron por encima de los valores límite para depresión antes del comienzo del tratamiento y antes del test de embarazo, respectivamente. Esos porcentajes fueron 15% y 14% en mujeres sin diagnóstico.

Características del diagnóstico y del tratamiento

En un ECCA, de Klerk y colegas monitorearon a diario la depresión en 174 mujeres bajo un protocolo de estimulación mínima y 159 mujeres bajo un protocolo de estimulación estándar para FIV. Se hicieron mediciones a lo largo de un ciclo de FIV, antes del inicio del tratamiento, al momento de la estimulación ovárica y luego de la transferencia del embrión (de Klerk, *et al.*, 2006). Las mujeres en el grupo de FIV convencional reportaron mayores síntomas depresivos durante la estimulación ovárica que las mujeres en el grupo de FIV mínimo (sin regulación a la baja).

Un estudio de cohorte evaluó las estrategias de afrontamiento y los síntomas depresivos de 43 parejas heterosexuales bajo IIU, antes del comienzo del tratamiento y después del test de embarazo (Berghuis y Stanton, 2002). La angustia de los varones antes del tratamiento, su bajo procesamiento emocional y el alto uso de estrategias de afrontamiento basadas en la evitación por parte de su pareja predijeron

sus niveles de depresión después del test de embarazo. La angustia de las mujeres antes del tratamiento, el afrontamiento basado en la evitación, el uso de estrategias de afrontamiento poco enfocadas en el problema y de reinterpretación positiva por parte de sus parejas, y la antes descrita interacción de su pareja sobre el procesamiento emocional predijeron sus niveles de depresión después del tratamiento.

En un estudio transversal, se evaluó la prevalencia de depresión al momento de la recolección de semen en cuatro grupos bajo diferentes tratamientos con TRA (Li, *et al.*, 2013). Los grupos incluían tratamientos de IIU, FIV, ICSI y TESA/PESA. La prevalencia general de depresión fue 13.3% para varones bajo tratamiento con TRA: 14.5% en el grupo de IIU, 12.4% en el grupo de FIV, 19.2% en el grupo de ICSI y 6.2% en el grupo de TESA/PESA. Las diferencias en la prevalencia entre varones atravesando IIU, FIV e ICSI no fueron significativas.

Ansiedad

Características demográficas y personales

En el estudio de cohorte de Chiaffarino y colegas, se evaluó la ansiedad antes del tratamiento y después del test de embarazo (Chiaffarino, *et al.*, 2011). Las mujeres reportaron consistentemente (antes y durante el tratamiento) mayor ansiedad que los varones. La edad y la experiencia previa con FIV no se asociaron con la incidencia de síntomas ansiosos en mujeres ni varones. Tener un trabajo temporario incrementó el riesgo, aunque de manera no significativa.

En un estudio de cohorte, Verhaak y colegas investigaron si ciertos factores de riesgo podían predecir la respuesta emocional ante un ciclo de tratamiento de FIV o ICSI no exitoso (Verhaak, *et al.*, 2005). Los cambios en ansiedad de antes a después del tratamiento no se asociaron con nivel educativo, edad o duración o causa de la infertilidad. Además, tener hijos tampoco se correlacionó con cambios en los niveles de ansiedad luego de un ciclo FIV no exitoso. Neuroticismo, indefensión e insatisfacción marital se asociaron con incrementos de la ansiedad desde antes del comienzo del tratamiento hasta después del test de embarazo, mientras que la aceptación fue asociada con disminución de la depresión.

En el estudio de cohorte de Zaig, las mujeres con y sin un diagnóstico previo de humor unipolar o desorden de ansiedad mostraron similares niveles de ansiedad al comienzo del tratamiento, pero estos se incrementaron en mujeres con diagnóstico y permanecieron estables en mujeres sin él (Zaig, *et al.*, 2013).

Características del diagnóstico y del tratamiento

Se evaluó ansiedad en 69 mujeres aleatoriamente puestas bajo una dieta normal en sodio (33 mujeres) y una dieta restringida en sodio (36 mujeres) (Beerendonk, *et al.*, 1999). La dieta restringida en sodio comenzó 10 días antes del comienzo de la estimulación ovárica y continuó durante el ciclo de FIV. No hubo diferencia en los niveles de ansiedad entre mujeres con una dieta normal o una restringida en sodio.

Turner y colegas condujeron un estudio de cohorte con 44 mujeres bajo FIV; 29 mujeres atravesaban su primer ciclo y 15 ya repetían (Turner, *et al.*, 2013). Los niveles de ansiedad de las mujeres se evaluaron antes de la estimulación ovárica, un día antes de extracción del ovocito y 5 a 7 días después de la transferencia del embrión. Ansiedad estado y rasgo fueron similares para mujeres bajo un primer ciclo o un ciclo repetido.

Estrés/angustia

Características demográficas y personales

En un estudio de cohorte, Boivin y colegas (Boivin, *et al.*, 1998) evaluaron las reacciones emocionales

diarias de 40 parejas atravesando un ciclo de FIV/ICSI. Los resultados mostraron que, en general, las mujeres reportan más angustia que los varones durante el ciclo de tratamiento.

Un estudio de cohorte se llevó a cabo en 342 pacientes bajo FIV, para evaluar el efecto de las estrategias de afrontamiento medidas 1 a 2 días después de la transferencia del embrión (TE) frente al embarazo resultante (Panagopoulou, *et al.*, 2006). Análisis transversales de la TE mostraron que el estrés específico de la infertilidad se asoció negativamente con afrontamiento emocional expresivo y positivamente con afrontamiento por evitación. No se hallaron otras asociaciones entre angustia y medidas de afrontamiento.

Características del diagnóstico y del tratamiento

En el estudio de Turner y colegas, el estrés percibido por las mujeres al momento de la estimulación ovárica, la extracción del ovocito y 5 a 7 días después de la transferencia del embrión fue similar para las que atravesaban un primer ciclo o uno repetido (Turner, *et al.*, 2013).

Desórdenes psiquiátricos

La potencial asociación entre características de la personalidad y desórdenes psiquiátricos en pacientes bajo tratamiento de infertilidad fue explorada en un estudio prospectivo llevado a cabo sobre 413 mujeres y 412 varones (Volgsten, *et al.*, 2008). Significativamente más mujeres (30.8%) que varones (10.2%) tuvieron un diagnóstico psiquiátrico (PRIME-MD) en la muestra estudiada.

En una publicación aparte, se investigaron también las asociaciones potenciales entre paciente (edad, nivel socioeconómico, sueco como idioma nativo, cigarrillo, obesidad, duración y causa de la infertilidad) y tratamiento (test de embarazo negativo, tratamiento previo de FIV/ICSI), factores de riesgo y desórdenes psiquiátricos (Volgsten, *et al.*, 2010). Para las mujeres, neuroticismo y recibir un test de embarazo negativo se asociaron con la presencia de algún desorden psiquiátrico. Agresividad, edad, IMC, ser fumador y embarazo previo no se asociaron con desorden psiquiátrico. Para los varones, neuroticismo se asoció con algún desorden psiquiátrico. Además, la causa de infertilidad (factor masculino vs. factor femenino y factor sin explicar vs. factor femenino) se mostró asociada a algún desorden psiquiátrico. Edad, nivel socioeconómico, cantidad de ciclos previos de FIV y tipo de tratamiento (FIV vs. ICSI) no se asociaron con desórdenes psiquiátricos. Regresiones logísticas múltiples mostraron que un test de embarazo negativo, embarazo previo y fumar fueron factores de riesgo independientes para la depresión severa en mujeres. Para los varones, no se identificaron factores de riesgo. Además, no se hallaron factores de riesgo para desórdenes de ansiedad en mujeres. En varones, un análisis multivariante no fue viable dado el bajo número de desórdenes de ansiedad. Análisis univariante revelaron asociaciones positivas entre desórdenes de ansiedad y edad, obesidad, cigarrillo, otras lenguas nativas y tratamiento previo de FIV/ICSI.

Morbilidad psiquiátrica

Características demográficas y personales

En 20 parejas que atraviesan su primer ciclo de FIV (Montagnini, *et al.*, 2009), las mujeres reportaron morbilidad psiquiátrica significativamente más alta que los varones durante el tiempo de espera antes del test de embarazo. El 25% de las mujeres calificó por encima del puntaje límite del Cuestionario de Salud General (GHQ-12), indicando la presencia de algún desorden psiquiátrico. Ninguno de los varones calificó por encima del puntaje límite. El análisis itemizado de los cuestionarios mostró que más mujeres que varones respondieron positivamente a los siguientes ítems: nerviosismo y tensión, capacidad de mantener la atención, tristeza y depresión.

En el estudio de cohorte implementado por Zaig y colegas, las mujeres con un diagnóstico de humor unipolar o desorden de ansiedad consistentemente mostraron mayores síntomas psicopatológicos

(somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) durante un ciclo de FIV, que las mujeres sin un diagnóstico (Zaig, *et al.*, 2013). Estos síntomas también mostraron un mayor aumento a lo largo del ciclo para las mujeres diagnosticadas que para las no diagnosticadas.

Afectos positivos y negativos

Características demográficas y personales

Un estudio longitudinal prospectivo llevado a cabo en 66 parejas que atraviesan FIV sugirió que los varones que ofrecen mayor soporte instrumental a su pareja luego de la extracción del ovocito y luego de la transferencia del embrión reportaron mayor afecto positivo en las etapas subsiguientes del tratamiento (transferencia del embrión y test de embarazo, respectivamente). Las mujeres que ofrecieron mayor apoyo emocional a sus parejas luego de la transferencia del embrión reportaron menor afecto negativo luego del test de embarazo. Ninguno de los receptores de apoyo (instrumental o emocional) ni de los casos recíprocos (que dieron y recibieron) fue confiablemente asociado con cambios de afecto (Knoll, *et al.*, 2009).

Características del diagnóstico y del tratamiento

El impacto de la estimulación ovárica leve durante el primer ciclo de FIV combinado con transferencia de embrión único fue investigado en un ECCA que compara esta estrategia con una estimulación convencional seguida por una doble transferencia de embrión (de Klerk, *et al.*, 2006). El día de la extracción del ovocito, las mujeres en el grupo de estimulación leve puntuaron más alto para afecto negativo y más bajo para afecto positivo que las mujeres bajo el tratamiento de FIV convencional. Las mujeres en el grupo convencional cuyo primer ciclo de tratamiento fue cancelado experimentaron menor afecto positivo durante el tratamiento que las mujeres en el grupo de estimulación leve con un primer ciclo cancelado. Además, las mujeres en el grupo convencional con un primer ciclo cancelado mostraron menor afecto positivo el día en que su tratamiento fue cancelado, que las mujeres bajo tratamiento leve. En cuanto al afecto negativo, las mujeres bajo tratamiento convencional experimentaron mayor afecto negativo el día en que se conoció el resultado del tratamiento, que el grupo de estimulación leve.

Humor

Newton y colegas condujeron un estudio de cohorte para investigar los cambios de humor en 107 mujeres bajo un ciclo de FIV y cómo estos influyen sobre las preferencias de las mujeres por una transferencia de embrión simple o múltiple (Newton, *et al.*, 2013). Se evaluó a las mujeres un mes antes del comienzo del tratamiento y luego se las seleccionó aleatoriamente para ser reevaluadas inmediatamente antes de la extracción del ovocito o después de la transferencia del embrión. Los cambios en el humor fueron semejantes cuando se reevaluaba a las mujeres antes de la extracción del óvulo o inmediatamente después de la transferencia del embrión, tuvieran o no otros hijos, y fuera este su primer ciclo de FIV o uno repetido.

Optimismo

Un pequeño estudio prospectivo llevado a cabo sobre 40 parejas atravesando tratamiento de FIV demostró que varones y mujeres tienen niveles semejantes de optimismo durante el tratamiento (Boivin, *et al.*, 1998).

Pena

En un estudio de cohorte con 100 mujeres atravesando FIV o IO, las mujeres que reportaban que el tratamiento de FIV era una carga significativa o muy significativa produjeron puntuaciones más altas para pena después del test de embarazo (Lukse and Vacc, 1999). Además, las variables de afrontamiento no parecieron poder predecir pena.

Autoestima

En 20 parejas que atraviesan su primer ciclo de FIV, las mujeres presentaron niveles significativamente más bajos de autoestima que los varones durante el tiempo de espera antes del test de embarazo (Montagnini, *et al.*, 2009). El análisis itemizado del cuestionario mostró que más mujeres que varones reportaron sentimientos de indefensión.

Conclusión y consideraciones

Las necesidades emocionales de los pacientes durante el tratamiento de infertilidad varían. Las mujeres parecen más propensas a un desajuste emocional que los varones. Más específicamente, la evidencia revisada muestra que experimentan mayor depresión, ansiedad, estrés y morbilidad psiquiátrica y menor autoestima que los varones durante el período de tratamiento.

Los pacientes con una historia previa de vulnerabilidad frente a desórdenes de salud mental (incluyendo alto neuroticismo) presentarán un peor ajuste emocional negativo (por ejemplo, mayor depresión, ansiedad, morbilidad psiquiátrica) durante el tratamiento y si su resultado es negativo.

La dosis de estimulación hormonal utilizada (leve vs. estándar) parece afectar las reacciones emocionales de las mujeres durante el tratamiento. Las mujeres que utilizaron la estimulación leve reportaron menor afecto positivo y mayor afecto negativo luego de la extracción del ovocito, pero menor depresión durante la estimulación ovárica, y menor afecto negativo y mayor afecto positivo en caso de recibir la noticia de la cancelación o fracaso del tratamiento.

Las cogniciones relativas a la infertilidad también parecen jugar un rol en la predicción del ajuste emocional de los pacientes durante el tratamiento. Los pacientes con alta indefensión en relación con su estado de infertilidad y tratamiento experimentan mayor depresión y ansiedad luego del resultado del tratamiento. Por el contrario, los pacientes con más alta aceptación de la infertilidad y del hecho de no tener hijos experimentan menor depresión y ansiedad en ese momento.

Existe cierta evidencia de que algunos factores específicos, como percibir poco apoyo social, insatisfacción marital, tener un trabajo de medio tiempo (en oposición a uno de tiempo completo) y considerar el tratamiento demasiado caro, pueden ser factores de riesgo para un mal ajuste durante el tratamiento.

Por último, cómo cada miembro de la pareja reacciona y afronta la infertilidad y su tratamiento influenciará el ajuste propio y el de su pareja durante el tratamiento.

En general, existen muchas dimensiones de desajuste emocional y los datos relevantes son heterogéneos; por lo tanto, las conclusiones terminantes en cuanto a los predictores confiables de las necesidades emocionales de los pacientes durante el tratamiento deben ser tomadas con precaución.

El SCREENIVF es un instrumento validado aceptable para identificar antes del comienzo del tratamiento a aquellas mujeres que experimentarán desajuste emocional al final del ciclo de tratamiento, luego de ser informadas del resultado.

Recomendaciones

| | |
|--|----------|
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres son más propensas a experimentar ansiedad, depresión, estrés y morbilidad psiquiátrica que los varones (Boivine, et al., 1998; Berghuis y Stanton, 2002; Verhaak, et al., 2005; Montagnini, et al., 2009; Chiaffarino, et al., 2011).</p> | B |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que la cantidad de ciclos de tratamiento anteriores no se asocia con depresión, ansiedad o incidencia de desórdenes psiquiátricos para los varones y mujeres bajo tratamiento (Khademi, et al., 2005; Volgsten, et al., 2010; Chiaffarino, et al., 2011; Newton, et al., 2013; Turner, et al., 2013).</p> | C |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes bajo estimulación leve para FIV/ICSI (en oposición a la estimulación estándar) tienen más probabilidad de experimentar reacciones emocionales negativas al momento de la extracción del ovocito, pero menos probabilidades de experimentar esas reacciones durante la estimulación hormonal y luego de un ciclo de tratamiento cancelado o no exitoso (de Klerk, et al., 2006).</p> | C |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes con una historia previa de vulnerabilidad frente a desórdenes de la salud mental son más propensos a experimentar depresión, ansiedad y morbilidad psiquiátrica durante el tratamiento (Zaig, et al., 2013).</p> | C |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las formas en que las mujeres afrontan sus problemas de fertilidad se asocian con angustia específica de la infertilidad.</p> <ul style="list-style-type: none">• Las estrategias de afrontamiento basadas en la evitación (por ejemplo, evitar estar entre mujeres embarazadas) se asocian con una mayor angustia específica de la infertilidad.• Las estrategias de afrontamiento emocional expresivo (por ejemplo, expresar los sentimientos a los seres queridos) se asocian con una menor angustia específica de la infertilidad (Panagopoulou, et al., 2006). | C |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes con baja aceptación de la infertilidad y de la idea de no tener hijos son más propensos a experimentar ansiedad y depresión cuando se les informa que el tratamiento no fue exitoso (Verhaak, et al., 2005).</p> | C |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes que sienten mucha indefensión frente a la infertilidad y su tratamiento son más propensos a experimentar ansiedad y depresión cuando se les informa que el tratamiento no fue exitoso (Verhaak, et al., 2005).</p> | C |

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que en las parejas, la forma en que uno reacciona frente a la infertilidad y su tratamiento se asocia con la forma en que reacciona el otro (Berghuis and Stanton, 2002; Knoll, *et al.*, 2009).

C

3.2.d Necesidades cognitivas

La evidencia disponible sobre las necesidades cognitivas de los pacientes durante el tratamiento se refiere a preocupaciones en torno al tratamiento de reproducción asistida.

Evidencia clínica

Las preocupaciones en torno al tratamiento de reproducción asistida de 151 mujeres atravesando tratamiento de FIV se evaluaron en dos momentos diferentes: antes del inicio del tratamiento y en la etapa de transferencia del embrión (Klonoff-Cohen, *et al.*, 2007). Se evaluaron cuatro tipos diferentes de preocupaciones: preocupaciones en torno al procedimiento, que incluían atravesar una cirugía, efectos colaterales de la anestesia, no contar con información suficiente, dolor, efectos colaterales de las hormonas y largo tiempo de recuperación; financieras; estar ausente del trabajo; y posibilidades de lograr el resultado deseado. Ninguno de estos cuatro tipos de preocupaciones se asoció con edad y educación, cantidad de ciclos (uno versus más de uno), tipo de infertilidad o paridad.

Conclusión y consideraciones

Existe evidencia limitada de los predictores de las necesidades cognitivas de pacientes durante el tratamiento de infertilidad.

Recomendación

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que actualmente, no existen métodos o información confiable sobre predictores de las preocupaciones que los pacientes tienen frente al tratamiento (Klonoff-Cohen, *et al.*, 2007).

C

Sugerencias de investigación

Probablemente, el mayor inconveniente de la literatura disponible relevante para la detección de las necesidades de los pacientes durante el tratamiento de infertilidad es la relativa escasez de datos y, fundamentalmente, la sustancial heterogeneidad de las poblaciones analizadas, los métodos y los resultados que se utilizan para responder a preguntas similares. En este sentido, los resultados de los estudios individuales no pueden ser significativamente combinados y no pueden sacarse conclusiones sólidas. La investigación futura debe encaminarse hacia un formato validador de hipótesis, con el uso de instrumentos adecuados y universalmente aceptados. Al recurrir a ese enfoque, la comparabilidad de los resultados de los muchos estudios se incrementará y su reserva estadística resultará viable. De ese modo, se extraerán conclusiones más sólidas y se podrán identificar predictores potenciales de las necesidades de los pacientes durante el tratamiento, si existen.

3.3 Responder a las necesidades durante el tratamiento

Pregunta clave

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO?

Esta sección ofrece una descripción exhaustiva de los efectos de las intervenciones psicosociales que pueden ser administradas por el equipo de fertilidad sobre las necesidades conductuales, sociales y de afinidad (relación), emocionales y cognitivas de los pacientes.

El objetivo es que el equipo pueda integrar las intervenciones que tienen efectos positivos sobre las necesidades de los pacientes durante el tratamiento (esto es, durante el ciclo de tratamiento, sea de primera línea como AI o IIU, o ciclos de TRA como FIV o ICSI) a la rutina diaria de atención que ofrecen en las clínicas.

RECOMENDACIÓN GENERAL

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad derive a la atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia) a los pacientes en riesgo de experimentar problemas psicosociales clínicamente significativos.

IBP

3.3.a Necesidades conductuales

Ninguna intervención atendió a las necesidades conductuales de los pacientes durante el tratamiento. Sin embargo, el abandono prematuro ha sido identificado como una necesidad que debe ser atendida. Los estándares mínimos de atención sugieren que se debe dar a los pacientes la oportunidad de hablar sobre las opciones presentes de su tratamiento y de recibir apoyo en el proceso de toma de decisiones.

Recomendaciones

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca a los pacientes la oportunidad de conversar sobre si acepta o no el tratamiento recomendado y de recibir apoyo en el proceso de toma de decisiones.

IBP

3.3.b Necesidades sociales y de afinidad

Las necesidades de afinidad (relación) incluyen relación interpersonal y funcionamiento sexual, y necesidades sociales incluyen apoyo social.

Evidencia clínica

El cuadro 3.1 resume los efectos de las intervenciones identificadas que responden a las necesidades sociales y de afinidad (relación) de los pacientes durante el período de tratamiento.

Cuadro 3.1. Efecto de las intervenciones administradas por el equipo de fertilidad sobre las necesidades sociales y de afinidad (relación) de los pacientes durante el tratamiento.

| Intervención / estudio | Necesidades sociales y de afinidad (relación) | | |
|---|---|-------------------------|--------------|
| | Relación interpersonal | Problemas de sexualidad | Apoyo social |
| Programa de intervención en crisis dirigido por enfermeras (Shu-Hsin, 2003) ECCA | ns | ns | |
| Historia clínica personal <i>online</i> (Tuil, <i>et al.</i> , 2007) ECCA | | | ns |

ns: efecto no significativo de la intervención sobre la necesidad del paciente.

Las celdas en blanco indican que la intervención no fue evaluada para esa necesidad vincular/social.

Shu-Hsin Lee desarrolló un ECCA para evaluar un programa de intervención en crisis (FIV fue considerada la crisis) implementado por una enfermera y dirigido a pacientes de FIV mujeres (Shu-Hsin, 2003). El programa incluía varios componentes: un video explicativo del proceso terapéutico (30 minutos); material para instruirse sobre hipnosis y relajación; un video sobre autohipnosis y relajación muscular (40 minutos); entrenamiento conjunto en una sesión práctica; y consultoría cognitivo-conductista individual (las pacientes podían expresar sentimientos negativos, presiones y angustia psicosocial y el consultor ofrecía apoyo). Las pacientes fueron incentivadas a autoadministrarse una técnica de relajación dos veces por semana en promedio y se ofreció consultoría cognitivo-conductista por vía telefónica (1-2 veces por semana entre la transferencia del embrión y el test de embarazo). El grupo control recibió atención estándar. Los resultados del ECCA no mostraron efectos sobre el bienestar vincular de los pacientes, concretamente sobre su relación interpersonal o sus problemas de sexualidad.

Tuil y colegas llevaron a cabo un ECCA para evaluar una intervención basada en ofrecer a los pacientes de FIV varones y mujeres acceso a su historia clínica personal *online* (Tuil, *et al.*, 2007). La historia clínica personal *online* incluía: información general sobre infertilidad, el tratamiento de FIV y la clínica de fertilidad; información personalizada; acceso a la propia historia clínica del paciente; y opciones de comunicación como posibilidad de enviar emails, un foro de discusión y una sala de chat con participación de otros pacientes y médicos, respuestas y correcciones. El grupo control no obtuvo acceso a su historia clínica personal *online*. Se halló que tener acceso a la historia clínica personal *online* no tuvo efectos sobre el apoyo social de los pacientes.

Conclusión y consideraciones

Las intervenciones llevadas a cabo por enfermeras y basadas en ofrecer a los pacientes una historia clínica personal *online* no parecen atender a las necesidades sociales y de afinidad (relación) de los pacientes. En general, faltan intervenciones que puedan ser implementadas por el equipo de fertilidad para responder a las necesidades sociales y de afinidad (relación) de los pacientes durante el tratamiento. Sin embargo, la evidencia de las preguntas anteriores (3.a y 3.b) muestra que los pacientes pueden experimentar necesidades específicas y por lo tanto estas deben ser atendidas. Además, la evidencia muestra que las necesidades de ambos miembros de la pareja que enfrentan el tratamiento están asociadas; por ende, esto también debe ser tomado en consideración.

Recomendaciones

| | |
|--|------------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que ofrecer las complejas intervenciones interactivas disponibles actualmente* no necesariamente mejora las relaciones interpersonales de los pacientes o alivia sus preocupaciones sexuales (Shu-Hsin, 2003). | B |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que ofrecer a los pacientes de FIV/ICSI acceso a una historia clínica personal <i>online</i> no necesariamente mejora su apoyo social (Tuil, <i>et al.</i>, 2007). | B |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca atención psicosocial adicional a pacientes con características específicas asociadas a aislamiento social o absentismo laboral. | IBP |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad involucre activamente a ambos miembros de la pareja en el proceso de tratamiento. | IBP |

*Las intervenciones complejas combinan: dar información general; continuidad de atención; oportunidad de hacer preguntas; tener un acompañante; y consultoría sobre depresión o afrontamiento o relajación.

3.3.c Necesidades emocionales

Las necesidades emocionales incluyen depresión, ansiedad, autoestima, culpa o responsabilidad, satisfacción vital y autoeficacia general (esto es, no específica de la infertilidad).

Evidencia clínica

El cuadro 3.2 resume los efectos de las intervenciones identificadas en los cinco estudios incluidos.

Gürhan y colegas llevaron a cabo un ensayo clínico no aleatorizado para evaluar un programa de consultoría en cuidados implementado por dos enfermeras y dirigido a pacientes de FIV femeninas (Gürhan, *et al.*, 2007). El programa incluía: una sesión grupal educativa de 60 minutos, donde se ofreció y discutió información sobre el tratamiento y los procedimientos; y dos entrevistas individuales (o con la pareja presente en caso de indicación) de 20 minutos para evaluar y responder a las necesidades de afrontamiento. Dentro de las entrevistas, se incentivó a los participantes a hablar sobre sus sentimientos, preocupaciones, angustia psicosocial y estrategias de afrontamiento. También se enseñaron técnicas de relajación. Además, se brindó apoyo que consistió en quedarse con los participantes durante los procedimientos invasivos y los participantes fueron incentivados a utilizar las técnicas de relajación. El grupo control recibió atención estándar. El efecto de esta compleja intervención sobre los niveles de depresión de las mujeres fue evaluado y no se hallaron efectos significativos.

En el ECCA implementado por Shu-Hsin Lee para evaluar el programa de intervención en crisis dirigido a pacientes de FIV mujeres, no se hallaron efectos sobre la ansiedad, depresión, autoestima o culpa de las pacientes (Shu-Hsin, 2003).

Cuadro 3.2. Efecto de las intervenciones administradas por el equipo de fertilidad sobre las necesidades emocionales de los pacientes durante el tratamiento.

| Intervención / estudio | Necesidades emocionales | | |
|---|-------------------------|----------|--|
| | Depresión | Ansiedad | Otro |
| Programa de consultoría dirigido por enfermeras (Gürhan, <i>et al.</i> , 2007) | ns | | |
| Programa de intervención en crisis dirigido por enfermeras (Shu-Hsin, 2003) ECCA | ns | ns | <i>Autoimagen/autoestima</i> ns <i>Culpa/responsabilidad</i> ns |
| Intervención compleja dirigida por enfermeras (Terzioglu, 2001) | +a | + | <i>Satisfacción vital</i> + |
| Historia clínica personal <i>online</i> (Tuil, <i>et al.</i> , 2007) ECCA | ns | ns | <i>Autoeficacia general</i> ns |
| Intervención compleja dirigida por embriologistas (van Zyl, <i>et al.</i> , 2005) ECCA | ns | + | |

+: efecto positivo de la intervención sobre la medida de bienestar.

ns: efecto no significativo de la intervención sobre la medida de bienestar.

a Efecto solo significativo para mujeres (pero no para varones).

Las celdas en blanco indican que la intervención no se evaluó para la medida de bienestar.

Terzioglu condujo un ensayo clínico no aleatorizado para evaluar una intervención compleja (Terzioglu, 2001). La intervención era dirigida por una enfermera profesional, y se enfocaba en parejas que atravesaban su primer tratamiento de FIV. La intervención incluía: entrega de información detallada sobre el procedimiento, incluyendo información escrita sobre los procedimientos del tratamiento; la posibilidad de hacer preguntas y verificar la comprensión de los pacientes; contacto diario con pacientes entre el inicio de la inducción de la ovulación y la transferencia del embrión; ayuda con cualquier problema que se presentara; presencia de la enfermera profesional durante la extracción del ovocito y la transferencia del embrión; y finalmente, cinco sesiones de consultoría (al comienzo de las TRA, día 21 del ciclo; al inicio de la inducción de la ovulación, días 3 y 10 del ciclo; entre la extracción del ovocito y la transferencia del embrión; luego de la transferencia del embrión). La condición control incluía: información general sobre los procedimientos involucrados; la agenda para el tratamiento de reproducción asistida; y explicaciones sobre la necesidad de contar con muestras de sangre y semen y la importancia de las fechas y su cumplimiento. En todos los demás aspectos, se les dio a las parejas un cuidado estándar. La intervención compleja demostró que descendía la depresión en mujeres (pero no en varones), que disminuía la ansiedad en todos los pacientes y que crecía su satisfacción vital.

En el ECCA dirigida por Tuil y colegas para evaluar una intervención basada en ofrecer a los pacientes de FIV varones y mujeres acceso a su historia clínica personal *online*, no se hallaron efectos sobre la ansiedad, depresión o autoeficacia general de los pacientes (Tuil, *et al.*, 2007).

Van Zyl y equipo condujeron un ECCA para evaluar una intervención compleja implementada por un embriologista y que apuntaba a pacientes de FIV mujeres (van Zyl, *et al.*, 2005). La intervención incluía: una sesión adicional de apoyo emocional basada en técnicas de consultoría no directivas (respeto, empatía, sinceridad, reflexión e interpretación); el enfrentamiento de las preocupaciones de los pacientes sobre el tratamiento (por ejemplo, ¿qué sucederá?, ¿qué emociones esperar?, ¿cómo haré frente?, ¿a quién puedo contactar y cuándo debo recibir noticias?); una lista de autoafirmaciones positivas para el afrontamiento; y llamadas diarias, temprano por la mañana, del embriologista entre la extracción del ovocito y la transferencia del embrión. El grupo control recibió atención estándar (sin consultoría ni apoyo emocional) y se les pidió que llamaran al ginecólogo a diario para averiguar por el desarrollo del embrión. El efecto de esta intervención sobre ansiedad y depresión de las mujeres fue investigado y se halló un efecto positivo para ansiedad.

Conclusión y consideraciones

Las intervenciones complejas dirigidas por enfermeras o embriologistas, y las intervenciones basadas en ofrecer a los pacientes su historia clínica personal *online*, no parecen tener un efecto sobre la depresión de los pacientes. La evidencia del efecto de estas intervenciones sobre la ansiedad es mixta. En general, hay pocas intervenciones que puedan ser llevadas adelante por el equipo de fertilidad para atender a las necesidades emocionales de los pacientes durante el tratamiento. Por lo tanto, se debería al menos ofrecer a los pacientes acceso a los servicios especializados de apoyo psicosocial. Además, dado que las necesidades de ambos miembros de la pareja atravesando el tratamiento están asociadas, ambos deben ser involucrados en el proceso de tratamiento.

Recomendaciones

| | |
|---|-------------------|
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que ofrecer las complejas intervenciones interactivas disponibles actualmente* no necesariamente mejora los niveles de depresión de los pacientes (Shu-Hsin, 2003; van Zyl, <i>et al.</i>, 2005; Gürhan, <i>et al.</i>, 2007).</p> | <p>B</p> |
| <p>El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que proveer a los pacientes de FIV/ICSI de acceso a una historia clínica personal <i>online</i> no necesariamente mejora su bienestar emocional (ansiedad, depresión y autoeficacia) (Tuil, <i>et al.</i>, 2007).</p> | <p>B</p> |
| <p>El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca atención psicosocial adicional a pacientes con características específicas asociadas con reacciones emocionales negativas.</p> | <p>IBP</p> |
| <p>El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad involucre activamente a ambos miembros de la pareja en el proceso de tratamiento.</p> | <p>IBP</p> |

*Las intervenciones complejas combinan: dar información general; continuidad en la atención; oportunidad de hacer preguntas; tener un acompañante; y consultoría sobre depresión o afrontamiento o relajación.

3.3.d Necesidades cognitivas

Las necesidades cognitivas incluyeron conocimiento sobre fertilidad y su tratamiento.

Evidencia clínica

Conocimiento sobre fertilidad y su tratamiento

En el ECCA implementado por Tuil para evaluar una intervención basada en ofrecer a los pacientes de FIV varones y mujeres acceso a su historia clínica personal *online*, no se observó aumento del conocimiento de los pacientes sobre infertilidad y su tratamiento (Tuil, *et al.*, 2007).

Conclusiones y consideraciones

Las intervenciones basadas en ofrecer a los pacientes una historia clínica personal *online* no parecen atender a las necesidades cognitivas de los pacientes. En general, faltan intervenciones que puedan ser llevadas adelante por el equipo de fertilidad para responder a las necesidades cognitivas de los pacientes durante el tratamiento. La evidencia de las preguntas anteriores (3.a) muestra que los pacientes tienen preocupaciones significativas en torno al éxito del tratamiento y deben tener la oportunidad de hablar sobre ellas.

Recomendaciones

| | |
|---|------------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que ofrecer a los pacientes de FIV/ICSI de acceso a una historia clínica personal <i>online</i> no necesariamente aumenta su conocimiento sobre la infertilidad y su tratamiento (Tuil, <i>et al.</i>, 2007). | B |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca a los pacientes la oportunidad de hablar sobre sus preocupaciones relativas al tratamiento y aclararlas. | IBP |

Sugerencias de investigación

En general, faltan intervenciones que puedan ser administradas por el equipo de fertilidad para responder a las necesidades de los pacientes durante el tratamiento. Esto es problemático a la luz de la evidencia que subraya que los pacientes experimentan muchas y diferentes necesidades durante esta etapa del camino de su tratamiento. En particular, se necesitan intervenciones que promuevan el compromiso con el tratamiento y el bienestar relacional (por ejemplo, apoyo social) y emocional (por ejemplo, reacciones emocionales negativas durante el tiempo de espera) durante el tratamiento.

En general, como ya se mencionó en la sección 1.c, las intervenciones ensayadas fueron bastante complejas, e integraban diferentes componentes de la atención que eran difusamente definidos. Esto hace que sea muy difícil evaluar si alguno de los diferentes componentes puede ser efectivo (debido a que los efectos positivos pueden ser enmascarados por los neutrales o negativos) y, de serlo, cuál. La investigación futura necesita primero poner a prueba los componentes de la atención individuales y específicos y solo integrar aquellos que se prueben eficaces en intervenciones más complejas.

Muchos estudios de intervenciones no fueron incluidos porque no alcanzaban los mínimos criterios de calidad. Por ejemplo, algunas intervenciones no utilizaban un grupo control y no implementaban evaluaciones repetidas (como mínimo, una evaluación antes de las intervenciones y otra luego). Otras cuestiones poco tenidas en consideración fueron los procesos de cegamiento (esto es, asegurarse de

que el investigador estaba cegado para la asignación del tratamiento), el uso de herramientas de evaluación válidas y el reporte de las tasas de abandono. Solo dos estudios aplicaron análisis por intención de tratar. Ejemplos de intervenciones excluidas por estas cuestiones fueron una intervención basada en la atención telefónica ofrecida por consejeros en infertilidad y una intervención basada en escritura expresiva (Matthiesen, *et al.*, 2012).

Como ya se mencionó en la sección 2.3, es crucial que la investigación futura dirigida a la validación de intervenciones psicosociales utilice ensayos clínicos controlados aleatoriamente (ECCA) y evalúe las cuestiones procedimentales en la implementación de estas intervenciones (de modo que se pueda distinguir la efectividad de la viabilidad y de la aceptación), como también la aceptación del paciente.

Referencias

- Agostini F, Monti F, De Pascalis L, Paterlini M, La Sala GB, Blickstein I. Psychosocial support for infertile couples during assisted reproductive technology treatment. *Fertil Steril* 2011;**95**: 707-710.
- Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: The depression inventory. *Pharmacopsychiatry* 1976;**7**: 151-169.
- Beerendonk C, Hendriks J, Scheepers H, Braat D, Merkus J, Oostdam B, van Dop P. The influence of dietary sodium restriction on anxiety levels during an in vitro fertilization procedure. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1999;**20**: 97-103.
- Berghuis JP, Stanton AL. Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *J Consult Clin Psychol* 2002;**70**: 433-438.
- Boivin J, Andersson L, Skoog-Svanberg A, Hjelmstedt A, Collins A, Bergh T. Psychological reactions during in-vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives. *Hum Reprod* 1998;**13**: 3262-3267.
- Boivin J, Lancaster D. Medical waiting periods: imminence, emotions and coping. *Womens Health* 2010;**6**: 59-69.
- Boivin J, Takefman JE. Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Hum Reprod* 1996;**11**: 903-907.
- Bouwman CA, Lintsen BA, Al M, Verhaak CM, Eijkemans RJ, Habbema JD, Braat DD, Hakkaart-Van Roijen L. Absence from work and emotional stress in women undergoing IVF or ICSI: an analysis of IVF-related absence from work in women and the contribution of general and emotional factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;**87**: 1169-1175.
- Brandes M, van der Steen JO, Bokdam SB, Hamilton CJ, de Bruin JP, Nelen WL, Kremer JA. When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Hum Reprod* 2009;**24**: 3127-3135.
- Chiapparino F, Baldini MP, Scarduelli C, Bommarito F, Ambrosio S, D'Orsi C, Torretta R, Bonizzoni M, Ragni G. Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;**158**: 235-241.
- Custers IM, van Dessel TH, Flierman PA, Steures P, van Wely M, van der Veen F, Mol BW. Couples dropping out of a reimbursed intrauterine insemination program: what is their prognostic profile and why do they drop out? *Fertil Steril* 2013;**99**: 1294-1298.
- de Klerk C, Heijnen EM, Macklon NS, Duivenvoorden HJ, Fauser BC, Passchier J, Hunfeld JA. The psychological impact of mild ovarian stimulation combined with single embryo transfer compared with conventional IVF. *Hum Reprod* 2006;**21**: 721-727.
- Finamore PS, Seifer DB, Ananth CV, Leiblum SR. Social concerns of women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril* 2007;**88**: 817-821.
- Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update* 2012;**18**: 652-669.
- Gameiro S, Verhaak CM, Kremer JA, Boivin J. Why we should talk about compliance with assisted reproductive technologies (ART): a systematic review and meta-analysis of ART compliance rates. *Hum Reprod Update* 2013;**19**: 124-135.
- Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. 1972, Oxford University Press, London, UK.
- Gürhan N, Oflaz F, Atici D, Akyuz A, Vural G. Effectiveness of nursing counseling on coping and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Psychol Rep* 2007;**100**: 365-374.
- Karatas JC, Barlow-Stewart K, Meiser B, McMahon C, Strong KA, Hill W, Roberts C, Kelly PJ. A prospective study assessing anxiety, depression and maternal-fetal attachment in women using PGD. *Hum Reprod* 2011;**26**: 148-156.
- Khademi A, Alleyassin A, Aghahosseini M, Ramezanzadeh F, Abhari AA. Pretreatment Beck Depression Inventory score is an important predictor for post-treatment score in infertile patients: a before-after study. *BMC Psychiatry* 2005;**5**: 25.
- Klonoff-Cohen H, Natarajan L, Klonoff E. Validation of a new scale for measuring Concerns of Women Undergoing Assisted Reproductive Technologies (CART). *J Health Psychol* 2007;**12**: 352-356.
- Knoll N, Schwarzer R, Pfuller B, Kienle R. Transmission of depressive symptoms: A study with couples undergoing assisted-reproduction treatment. *Eur Psychologist* 2009;**14**: 7-17.
- Li L, Zhang Y, Zeng D, Li F, Cui D. Depression in Chinese men undergoing different assisted reproductive technique treatments: prevalence and risk factors. *J Assist Reprod Genet* 2013;**30**: 1161-1167.
- Lukse MP, Vacc NA. Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet Gynecol* 1999;**93**: 245-251.
- Mahajan NN, Turnbull DA, Davies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE. Changes in affect and state anxiety across an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycle. *Fertil Steril* 2010;**93**: 517-526.
- Matthiesen S, Klonoff-Cohen H, Zachariae R, Jensen-Johansen MB, Nielsen BK, Frederiksen Y, Schmidt L, Ingerslev HJ. The effect of an expressive writing intervention (EWI) on stress in infertile couples undergoing assisted reproductive technology (ART) treatment: a randomized controlled pilot study. *Br J Health Psychol* 2012;**17**: 362-378.
- Montagnini HML, Blay SL, Novo NF, de Freitas V, Cedenho AP. Emotional states of couples undergoing in vitro fertilization. *Estudos de Psicologia* 2009;**26**: 475-481.
- Newton C, Feyles V, Asgary-Eden V. Effect of mood states and infertility stress on patients' attitudes toward embryo transfer and multiple

pregnancy. *Fertil Steril* 2013;**100**: 530-537.

Panagopoulou E, Vedhara K, Gaintarzi C, Tarlatzis B. Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2006;**86**: 672-677.

Shu-Hsin L. Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization. *J Nurs Res* 2003;**11**: 197-208.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Test Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. 1970, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, USA.

Terzioğlu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;**22**: 133-141.

Troude P, Guibert J, Bouyer J, de La Rochebrochard E, Group D. Medical factors associated with early IVF discontinuation. *Reprod Biomed Online* 2014;**28**: 321-329.

Tuil WS, Verhaak CM, Braat DD, de Vries Robbe PF, Kremer JA. Empowering patients undergoing in vitro fertilization by providing Internet access to medical data. *Fertil Steril* 2007;**88**: 361-368.

Turner K, Reynolds-May MF, Zitek EM, Tisdale RL, Carlisle AB, Westphal LM. Stress and anxiety scores in first and repeat IVF cycles: a pilot study. *PLoS One* 2013;**8**: e63743.

van Zyl C, van Dyk AC, Niemandt C. The embryologist as counsellor during assisted reproduction procedures. *Reprod Biomed Online* 2005;**11**: 545-551.

Verhaak CM, Smeenk JM, Eugster A, van Minnen A, Kremer JA, Kraaijaat FW. Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2001;**76**: 525-531.

Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007;**13**: 27-36.

Verhaak CM, Smeenk JM, van Minnen A, Kremer JA, Kraaijaat FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod* 2005;**20**: 2253-2260.

Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundstrom Poromaa I. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 2008;**23**: 2056-2063.

Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundstrom Poromaa I. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2010;**93**: 1088-1096.

Zaig I, Azem F, Schreiber S, Amit A, Litvin YG, Bloch M. Psychological response and cortisol reactivity to in vitro fertilization treatment in women with a lifetime anxiety or unipolar mood disorder diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2013;**74**: 386-392.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;**67**: 361-370.

4. ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Introducción

El período postratamiento se refiere al período que comienza un año después de que los pacientes atraviesan su último ciclo de tratamiento. La literatura existente sobre el período postratamiento se enfoca en dos grupos de pacientes: aquellos que no concibieron con el tratamiento (esto es, tratamiento no exitoso) y aquellos que concibieron (esto es, tratamiento exitoso que resulta en embarazo). En el caso del tratamiento no exitoso, el período postratamiento se extiende indefinidamente hacia el futuro. Por lo tanto, la expresión “corto plazo” se utilizará para referirse al período de uno a dos años después del tratamiento, y “largo plazo” para referirse al período que comienza dos años después del tratamiento. En el caso del embarazo logrado por la vía del tratamiento, el período postratamiento se refiere solo al período de embarazo.

No incluimos el primer año postratamiento en el período postratamiento y por lo tanto excluimos de estas pautas a un grupo específico de pacientes, en concreto aquellos pacientes que obtienen un resultado negativo del tratamiento de fertilidad y que todavía intentan decidir si continuar o no continuar el tratamiento. Se trata de un grupo de pacientes muy heterogéneo, propenso a tener un conjunto de necesidades también heterogéneas.

4.1 Necesidades de los pacientes después del tratamiento

Pregunta clave

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?

Introducción

Esta pregunta describe las necesidades que los pacientes experimentan después del tratamiento de fertilidad. El objetivo es incrementar la conciencia del equipo sobre las necesidades de los pacientes que son específicas del período postratamiento, subdivididas según el tratamiento haya sido exitoso o no exitoso.

4.1.A TRATAMIENTO NO EXITOSO

4.1.A.a Necesidades conductuales

La evidencia disponible sobre las necesidades conductuales de los pacientes después del tratamiento no exitoso refiere a salud comportamental.

Evidencia clínica

Salud comportamental

En un estudio transversal sueco conducido por Johansson y colegas, 115 parejas (149 mujeres y 121 varones) que completaron FIV sin éxito (tres ciclos estándar) 4 a 5.5 años antes fueron comparadas con un grupo control de 88 parejas (118 mujeres y 93 varones) con hijos (adoptados, concebidos espontáneamente) de entre 4 y 5.5 años de edad (Johansson, *et al.*, 2009).

Al momento de la evaluación, 76.7% de las parejas que utilizaron TRA tenían hijos o vivían con hijos.

Las parejas que habían atravesado un tratamiento de FIV no exitoso reportaron utilizar píldoras para dormir más a menudo que el grupo control de parejas que tenían hijos (4.8% vs. 0.9%). No se hallaron diferencias para licencias por enfermedad y uso del seguro médico, medicación y alcohol.

Conclusión y consideraciones

Un estudio comparó las conductas vinculadas con la salud en parejas luego de tratamiento de FIV no exitoso con controles. No se hallaron diferencias en los comportamientos excepto para el uso de píldoras para dormir, que eran utilizadas más a menudo en parejas que atravesaron tratamiento no exitoso. Dadas las limitaciones de ese estudio (esto es, 77% de las parejas después del tratamiento no exitoso tenían hijos, y la falta de datos normativos), es imposible concluir si las diferencias observadas se deben al impacto del tratamiento de fertilidad no exitoso o a alguna otra razón, por ejemplo menos limitaciones conductuales asociadas con el no tener hijos.

Recomendaciones

Ninguna.

4.1.A.b Necesidades sociales y de afinidad

La evidencia disponible sobre las necesidades de afinidad de los pacientes después de tratamiento no exitoso refiere a su relación con su pareja. No existe evidencia disponible sobre las necesidades sociales de estos pacientes.

Evidencia clínica

Relación con la pareja/cónyuge

En un estudio de cohorte llevado a cabo por Sydsjo y colegas, 45 parejas sin hijos cuyo primer ciclo de FIV había fracasado fueron evaluadas al comienzo del tratamiento, 6 meses después del primer ciclo de FIV no exitoso (datos no considerados) y 1.5 años después del último ciclo de tratamiento (Sydsjo, *et al.*, 2005). El Inventario marital ENRICH se utilizó para evaluar la dinámica marital. Este instrumento incluye 10 subescalas que evalúan diferentes aspectos de la dinámica marital. Tanto varones como mujeres reportaron que su relación marital era similar o mejor 1.5 años después del tratamiento que al comienzo del tratamiento, a lo largo de las diferentes subescalas ENRICH; esto es, 1.5 años después del tratamiento los puntajes medios ENRICH para mujeres y varones que atravesaron tratamientos de FIV no exitosos fueron más altos que los datos normativos de la población sueca en edad fértil.

En el estudio transversal de Johansson y colegas antes mencionado, las parejas que atravesaron FIV no exitosas reportaron menor cantidad de separaciones/divorcios que el grupo control de parejas que tenían hijos (6.3% vs. 12.3%) (Johansson, *et al.*, 2009).

Conclusión y consideraciones

La calidad de la relación marital a corto plazo de pacientes después de tratamiento de FIV no exitosa parece similar o mejor que al comienzo del tratamiento, y mejor que la de la norma.

Investigación cualitativa revisada (pero no incluida debido a considerarse evidencia de baja calidad) sugiere que estas parejas pueden experimentar dificultades sexuales después de finalizar el tratamiento, y que los pacientes de países occidentales pueden reportar rechazo temporario del contacto social en general (Daniluk, 2001; Johansson y Berg, 2005; Volgsten, *et al.*, 2010). Sin embargo, estos hallazgos no han sido hasta ahora replicados en investigación cuantitativa.

En conclusión, faltan estudios que investiguen la relación marital a largo plazo de los pacientes luego de tratamiento no exitoso. Además, no existe información sobre los efectos a largo plazo del tratamiento de fertilidad no exitoso sobre la relación de los pacientes con su familia, amigos y red social más amplia, y su trabajo.

Recomendación

| | |
|---|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que alrededor de dos años después de un tratamiento de FIV/ICSI no exitoso, los pacientes están generalmente satisfechos con su relación marital (Sydsjo, <i>et al.</i>, 2005; Johansson, <i>et al.</i>, 2009). | C |
|---|----------|

4.1.A.c Necesidades emocionales

La evidencia disponible sobre las necesidades emocionales de los pacientes después de un tratamiento no exitoso refiere a ansiedad, depresión, bienestar emocional y desórdenes psiquiátricos.

Evidencia clínica

Ansiedad y síntomas depresivos

Verhaak y colegas siguieron a 298 mujeres atravesando tratamiento de FIV, desde antes del comienzo del tratamiento y después de cada ciclo de tratamiento (hasta tres ciclos, datos no considerados para esta pregunta) hasta 3 a 5 años después del último ciclo de tratamiento (Verhaak, *et al.*, 2007b). Se midió ansiedad con STAI y depresión con BDI. Tres a cinco años después del tratamiento, las mujeres que atravesaron tratamiento no exitoso reportaron niveles de ansiedad y depresión similares a aquellos reportados antes del tratamiento, mientras que las mujeres que concibieron reportaron un descenso en ansiedad y síntomas depresivos.

Bienestar emocional

Verhaak y colegas revisaron sistemáticamente la literatura publicada entre 1978 y diciembre de 2005 sobre el ajuste emocional de mujeres que habían atravesado tratamiento de FIV al menos 6 meses antes (Verhaak, *et al.*, 2007a). Seis estudios satisficieron sus criterios de inclusión, de los cuales tres se enfocaban en pacientes cuyo tratamiento no había sido exitoso. Un estudio encontró niveles más altos de síntomas depresivos en las mujeres que no habían concebido a través del tratamiento de fertilidad, 6 meses a 2.5 años antes, que en parejas que concibieron espontáneamente o a través de tratamiento de fertilidad. Un segundo estudio también reportó que las mujeres sufrían mayor angustia general 2 años o más después del tratamiento no exitoso, en comparación con las normas. En contraste, un estudio transversal comparó mujeres que habían atravesado tratamiento no exitoso 2.5 a 3.5 años antes con mujeres que habían atravesado tratamiento exitoso, y no hallaron diferencias en síntomas psicopatológicos no psicóticos. Los revisores notaron que estos estudios utilizaron grupos control diferentes y consideraron diferentes períodos de seguimiento, que podrían explicar la diferencia en los resultados.

En el estudio transversal de Johansson y colegas antes mencionado, se utilizó el Índice General de Bienestar Psicológico para medir el bienestar subjetivo (Johansson, *et al.*, 2009). La escala está dividida en seis dominios: ansiedad, depresión, bienestar positivo, autoconfianza, salud general y vitalidad. Las parejas que atravesaron FIV no exitosas 4 a 5.5 años antes reportaron puntajes significativamente más bajos que el grupo control de parejas que tenían hijos, en todos los dominios excepto vitalidad, donde puntuaron más alto que los controles.

Conclusión y consideraciones

La evidencia revisada sobre las necesidades emocionales de pacientes después de tratamiento de FIV no exitoso es limitada y los resultados son mixtos, con algunos que sugieren más problemas emocionales en el corto plazo que en el período de largo plazo después del tratamiento. La heterogeneidad en el diseño y método de los estudios, en particular la composición del grupo control y los períodos de seguimiento considerados, no permite llegar a conclusiones definitivas.

Recomendaciones

Ninguna.

4.1.A.d Necesidades cognitivas

No hemos hallado evidencia sobre necesidades cognitivas de pacientes después de tratamiento de fertilidad no exitoso.

Conclusión y consideraciones

La investigación cualitativa sugiere que los pacientes después del tratamiento de fertilidad no exitoso todavía pueden tener preguntas sin respuesta en torno a sus problemas de fertilidad, en particular sobre la causa y pronóstico de sus problemas. Sin embargo, no pudimos hallar estudios de alta calidad, y por lo tanto no podemos presentar conclusiones confiables o recomendaciones en cuanto a las necesidades cognitivas de parejas después de tratamiento de fertilidad no exitoso.

Recomendaciones

Ninguna.

Sugerencias de investigación

Son necesarios estudios prospectivos observacionales que sigan a parejas desde el comienzo del tratamiento y consideren seguimientos a largo plazo, para mejorar la comprensión de los cambios a corto y largo plazo en las necesidades de pacientes que atraviesan tratamiento no exitoso. Dichos estudios deben basarse en marcos teóricos que permitan la identificación de necesidades relevantes desde una perspectiva de salud o desarrollo. Una limitación de la investigación actual, que debe ser atendida, es el uso de métodos de autorreporte para medir conductas vinculadas con la salud y el estilo de vida, que son problemáticas debido a la deseabilidad social y a la parcialidad de la memoria.

Cuando se consideran las necesidades de afinidad (relación) y emocionales de las parejas, las comparaciones con la norma de la población son aconsejables para establecer la relevancia clínica de los resultados reportados. La investigación cualitativa sugiere que los pacientes pueden también reportar resultados positivos después de un tratamiento no exitoso, incluyendo crecimiento personal y aumento de la autoestima (Daniluk, 2001; Johansson y Berg, 2005). Esto sugiere que los posibles beneficios de atravesar un tratamiento (independientemente del resultado) también deben ser más extensamente investigados.

4.1.B EMBARAZO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

4.1.B.a Necesidades conductuales

La evidencia disponible para las necesidades conductuales de los pacientes durante el embarazo logrado mediante tratamiento de fertilidad refiere a conductas vinculadas al estilo de vida.

Evidencia clínica

Conductas vinculadas al estilo de vida

Fisher y colegas condujeron el estudio Edad parental y transición hacia la parentalidad Australia (PATPA, por su sigla en inglés) para establecer de qué maneras la edad maternal y la forma de concepción se asocian con salud comportamental, utilización del servicio de salud y salud física (evaluada con SF-12) y mental (STAI y la Escala de Depresión Posnatal Edimburgo) autovalorada durante el embarazo (Fisher, *et al.*, 2013). En este estudio prospectivo, se evaluó a mujeres que tenían al menos 28 semanas de embarazo y que habían concebido ya fuera a través de TRA ($n = 297$) o espontáneamente ($n = 295$), a través de cuestionarios que completaron y una entrevista telefónica de seguimiento. Las mujeres que concibieron a través de TRA, comparadas con quienes concibieron espontáneamente, eran significativamente mayores (35.37 vs. 32.05 años), más a menudo contaban con un seguro de salud privado (87.9% vs. 69.5%), y más a menudo cursaban embarazos múltiples (7.7% vs. 1.7%). Las mujeres embarazadas con TRA reportaron haber utilizado medicamentos prescritos (18.2%), haber tomado medicamentos de venta libre (49.8%), haber fumado (2.0%), haber ingerido alcohol (16.3%) y haber hecho ejercicio físico al menos una vez por semana (92.9%). Las mujeres embarazadas a través de concepción espontánea hicieron reportes similares, excepto para medicamentos de venta libre (en especial suplementos nutricionales) que fueron utilizados por solo 40.7% de esas mujeres.

Conclusión y consideraciones

Un estudio describió el estilo de vida general de mujeres embarazadas a través de TRA, con baja tasa de consumo de cigarrillo y alcohol, y alta tasa de ejercitación física regular. La salud comportamental fue muy similar a la de las embarazadas que concibieron espontáneamente, excepto la tasa más alta de utilización de medicamentos de venta libre, en especial suplementos nutricionales. Los autores explicaron que esta diferencia refleja alta conciencia de la salud fetal en mujeres que logran el embarazo a través de tratamiento de fertilidad.

Recomendaciones

| | |
|---|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres que logran el embarazo a través de tratamiento de fertilidad tienen conductas vinculadas al estilo de vida similares a las de las mujeres que conciben espontáneamente (Fisher, <i>et al.</i>, 2013). | C |
|---|----------|

4.1.B.b Necesidades sociales y de afinidad

La evidencia disponible para las necesidades de afinidad de los pacientes durante el embarazo logrado a través de tratamiento de fertilidad refiere a relación con la pareja y a apego prenatal con el feto. Las necesidades sociales incluyen apoyo social.

Evidencia clínica

Relación con cónyuge/pareja

Hammarberg y colegas llevaron a cabo una revisión sistemática enfocada en los aspectos psicológicos y sociales del embarazo, nacimiento (datos no considerados) y primer año luego de concepción a través de TRA (datos no considerados) (Hammarberg, *et al.*, 2008). Se incluyeron estudios que habían investigado el funcionamiento perinatal psicológico o social de pacientes luego de tratamiento con TRA (esto es, FIV, ICSI con embriones frescos o criopreservados y GIFT). La revisión incluyó ocho estudios revisados por pares que evaluaban la calidad de la relación marital durante el embarazo. Tres

estudios indicaron que la relación marital de parejas que recurrieron a TRA era mejor que la de parejas que habían concebido espontáneamente, dos estudios que era similar, y tres estudios, que era peor.

En el estudio PATPA antes mencionado de McMahon y colegas, la calidad de la relación de pareja fue medida con Medición de Lazo Íntimo (IBM, por su sigla en inglés; Wilhelm y Parker, 1988) (McMahon, *et al.*, 2011). Este cuestionario consiste en dos subescalas: la dimensión Cuidado, que evalúa calidez y afecto expresado por la pareja, y la dimensión Control, que evalúa control y crítica expresada por la pareja. No se hallaron diferencias entre mujeres que habían concebido a través de TRA y mujeres que habían concebido espontáneamente.

Apego prenatal con el feto

La revisión sistemática dirigida por Hammarberg y colegas incluyó siete papers en los que se medía el apego prenatal con el feto (Hammarberg, *et al.*, 2008). Cuatro estudios no hallaron diferencias en el apego prenatal con el feto entre mujeres que concibieron a través de TRA y mujeres que concibieron naturalmente. En contraste, un estudio reportó que mujeres luego de utilizar TRA desarrollaron un apego protector más intenso con el feto durante el embarazo que mujeres que concibieron espontáneamente, mientras que los dos estudios restantes hallaron que las mujeres embarazadas a través de TRA demoraron la preparación del cuarto del bebé y tenían “menos conversaciones” con el feto. Por último, la revisión reportó lazos paternos similares entre padres de bebés por TRA y concebidos espontáneamente.

Karatas y colegas evaluaron a 21 mujeres australianas que utilizaron diagnóstico genético preimplantacional (DGP) a las 24 semanas de embarazo (Karatas, *et al.*, 2011) y las compararon con datos de una población normativa y un grupo control de mujeres que concibieron con FIV. El apego prenatal con el feto se evaluó con el Cuestionario de Apego Prenatal, en términos de la calidad de la relación y el tiempo pasado pensando en el feto. El apego prenatal maternal con el feto no difirió del de un grupo norma de mujeres que concibieron espontáneamente. En contraste, mujeres que utilizaron DGP reportaron haber pasado más tiempo pensando en el feto (pero tiempo de similar calidad) que las mujeres que concibieron con FIV.

En el estudio PATPA de McMahon y colegas, se evaluó el apego madre-feto con la Escala de Apego Madre-Feto (MFAS, por su sigla en inglés) (McMahon, *et al.*, 2011). Las mujeres que habían concebido a través de TRA reportaron un apego emocional más intenso con su feto que las mujeres que habían concebido espontáneamente, luego de controlar las variables demográficas, psicosociales y de historia reproductiva.

Hjelmstedt y Collins evaluaron a 53 padres que habían concebido a través de FIV y 36 padres que habían concebido espontáneamente a las 26 semanas de embarazo (Hjelmstedt y Collins, 2008). El lazo paternal con el feto fue evaluado con una versión modificada de MFAS. El apego con el feto durante el embarazo no difirió entre padres que habían concebido a través de FIV y el de padres que habían concebido espontáneamente.

Chen y colegas evaluaron a 60 mujeres embarazadas tratadas por infertilidad y 65 mujeres embarazadas espontáneamente que fueron reclutadas en dos clínicas obstétricas del centro de Taiwán (Chen, *et al.*, 2011). Todas las mujeres tenían más de 28 semanas de embarazo. Se evaluó el apego maternal con el feto con la versión taiwanesa de MFAS. Las mujeres embarazadas a través de tratamiento de fertilidad reportaron mayor apego con el feto que aquellas espontáneamente embarazadas.

Conclusión y consideraciones

La evidencia disponible sobre la calidad de la relación marital de parejas que lograron el embarazo con tratamiento con TRA es mixta, con algunos estudios que reportan que es mejor, otros que reportan que es peor, y otros que reportan que es similar a la de las parejas que concibieron espontáneamente. El apego con el feto parece desarrollarse normalmente en la mayoría de las parejas embarazadas a través de tratamiento de fertilidad. Un estudio de cohorte sugiere que las madres de mellizos concebidos a través de FIV evalúan su relación marital como de menor calidad y perciben menor apoyo social durante el embarazo que las madres de mellizos concebidos espontáneamente.

Recomendaciones

| | |
|---|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que la forma en que los pacientes se relacionan con su feto es similar ya sea que este fuera concebido a través de tratamiento con TRA o espontáneamente (Hammarberg, <i>et al.</i>, 2008; Hjelmstedt y Collins, 2008; Karatas, <i>et al.</i>, 2011). | C |
|---|----------|

4.1.B.c Necesidades emocionales

La evidencia disponible para necesidades emocionales de los pacientes durante el embarazo logrado a través de tratamiento de fertilidad incluye ansiedad y depresión, bienestar emocional, desórdenes psiquiátricos, autoestima, estrés maternal y autoeficacia maternal.

Evidencia clínica

Ansiedad y síntomas depresivos

La revisión sistemática antes mencionada, dirigida por Hammarberg y colegas, incluyó 16 papers en los que se evaluaban síntomas autorreportados de ansiedad o depresión durante el embarazo logrado a través de tratamiento con TRA (Hammarberg, *et al.*, 2008). Hubo evidencia consistente de que las parejas que concibieron con TRA reportaron menos síntomas depresivos durante el embarazo y rara vez puntuaron por encima del límite clínico. Cuatro estudios no hallaron diferencia en los síntomas depresivos entre parejas que concibieron a través de TRA y parejas que concibieron espontáneamente. En dos estudios, parejas que recurrieron a TRA reportaron menores síntomas depresivos prenatales que parejas que concibieron espontáneamente o normas. Un estudio reportó más altos niveles de depresión en embarazos múltiples después de TRA, comparado con mujeres que concibieron espontáneamente (embarazo múltiple o simple) o mujeres con embarazos simples por TRA. El nivel de ansiedad autorreportado parece ser similar en parejas que concibieron a través de TRA y aquellos que concibieron espontáneamente. Sin embargo, dos estudios reportaron que la ansiedad específica en torno a la supervivencia del feto es más alta en mujeres que conciben a través de TRA.

En el estudio PATPA antes mencionado de McMahon y colegas, se midió ansiedad con STAI y con la escala "Ansiedad en torno a salud y defectos del hijo" del cuestionario Baby Schema, mientras que la depresión fue medida con la Escala de Depresión Posnatal Edimburgo (EDS, por su sigla en inglés) (McMahon, *et al.*, 2011). Las mujeres que habían concebido a través de TRA reportaron menores síntomas depresivos y ansiedad estado, pero mayor ansiedad específica del embarazo, que las mujeres que habían concebido espontáneamente. Estos efectos desaparecieron luego de controlar las variables demográficas, psicosociales y de historia reproductiva. Un estudio posterior de Fisher y colegas reportó los mismos datos para la misma cohorte (Fisher, *et al.*, 2013).

Karatas y colegas evaluaron a 21 mujeres australianas que habían utilizado diagnóstico genético preimplantacional (DGP), antes del comienzo del tratamiento de FIV/ICSI y luego de conseguir el

embarazo, a las 24 semanas de embarazo (Karatas, *et al.*, 2011). Se utilizaron las subescalas STAI y HADS para depresión para evaluar ansiedad estado y síntomas de depresión, respectivamente. Las mujeres reportaron los mismos niveles de síntomas durante el embarazo que antes de iniciar el tratamiento.

Bienestar emocional

En los estudios PATPA antes mencionados de McMahon y colegas, se utilizó el Componente Sumario Mental (MCS, por su sigla en inglés) del SF-12 para medir salud emocional (McMahon, *et al.*, 2011) (Fisher, *et al.*, 2013). No se hallaron diferencias entre mujeres que habían concebido a través de TRA y aquellas que habían concebido espontáneamente.

Desórdenes psiquiátricos

Vilksa y colegas evaluaron a los padres de 91 pares de mellizos y de 367 hijos simples concebidos a través de TRA, como también a un grupo control de padres de 20 pares de mellizos y de 379 hijos simples concebidos espontáneamente, a 18-20 semanas de gestación (Vilksa, *et al.*, 2009). Se evaluó la salud mental con el Cuestionario de Salud General (GHQ-36), que puede utilizarse para identificar desórdenes psiquiátricos menores en la población general y está compuesto por cuatro subescalas: ansiedad, depresión, dificultades para dormir y disfunción social. Las madres de mellizos concebidos a través de TRA reportaron menores síntomas depresivos que las madres de mellizos concebidos espontáneamente. De modo semejante, las madres con embarazos simples concebidos a través de TRA reportaron menores síntomas depresivos que las madres con embarazos simples concebidos espontáneamente. No se hallaron diferencias para ansiedad, dificultades para dormir y disfunción social. No se hallaron diferencias entre padres de mellizos concebidos a través de TRA y padres de mellizos concebidos espontáneamente, a lo largo de todas las subescalas GHQ-36.

Autoestima

La revisión sistemática dirigida por Hammarberg y colegas incluyó seis papers en los cuales se evaluaba autoestima en el embarazo (Hammarberg, *et al.*, 2008). De esos papers, cinco mostraron que las mujeres que concibieron con TRA reportaron igual o más alta autoestima que las mujeres que concibieron espontáneamente. En un estudio, 25 mujeres que concibieron con TRA reportaron menor autoestima que mujeres que concibieron espontáneamente.

Conclusión y consideraciones

En general, la mayoría de los estudios sugiere que las mujeres que conciben a través de tratamiento de fertilidad no experimentan más problemas emocionales o peor autoestima o salud mental durante el embarazo que mujeres que conciben espontáneamente. Sin embargo, puede haber ansiedad en torno a la supervivencia del feto.

La evidencia sobre mujeres embarazadas de mellizos (o con embarazos múltiples) es escasa e inconsistente, con un estudio que reporta mayor estrés maternal y menor autoeficacia maternal, otro que reporta mejor salud mental (esto es, menos síntomas depresivos), y un tercero que sugiere más síntomas depresivos durante el embarazo en mujeres embarazadas de mellizos luego de tratamiento de fertilidad que en madres de mellizos concebidos espontáneamente.

La investigación sobre padres luego de tratamiento de fertilidad es escasa, pero sugiere que tienen necesidades emocionales similares a aquellas de los padres que conciben espontáneamente.

Recomendaciones

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres que conciben con FIV/ICSI no experimentan mayores síntomas de depresión, más baja autoestima o peor salud mental durante el embarazo que las mujeres que conciben espontáneamente (Hammarberg, et al., 2008; Vilska, et al., 2009; McMahon, et al., 2011).

A

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres que conciben con FIV/ICSI pueden experimentar mayor ansiedad específica del embarazo que mujeres que conciben espontáneamente (Hammarberg, et al., 2008).

B

4.1.B.d Necesidades cognitivas

La evidencia disponible para necesidades cognitivas de los pacientes durante el embarazo logrado a través de tratamiento de fertilidad refiere a expectativas sobre la maternidad.

Evidencia clínica

Expectativas sobre la maternidad

Baor y Soskolne evaluaron a 88 madres de mellizos concebidos a través de FIV y a 98 madres de mellizos concebidos espontáneamente en las semanas 33-37 de embarazo (Baor y Soskolne, 2010). La naturaleza de las expectativas prenatales en cuanto al infante y el rol maternal fueron evaluadas con la Escala de Expectativas Maternales Prenatales (PMES, por su sigla en inglés). Durante el embarazo, las madres que habían concebido a través de FIV reportaron expectativas prenatales más positivas que las madres que habían concebido espontáneamente. Sin embargo, los puntajes medios (M) de PMES de las madres FIV (M = 184.1, DE = 17.1) sugirieron que sus expectativas pueden haber sido poco realistas, ya que estos puntajes fueron altos comparados con los normales (puntaje límite PMES = 177).

Conclusión y consideraciones

No se hallaron estudios que evaluaran las necesidades cognitivas de mujeres con embarazos simples luego de tratamiento de fertilidad. Un estudio sugiere que las madres de mellizos concebidos por FIV tienen expectativas prenatales menos realistas, más positivas que las madres de mellizos concebidos espontáneamente.

Recomendaciones

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres con embarazos múltiples luego de FIV/ICSI pueden tener expectativas maternas más altas que las mujeres con embarazos múltiples espontáneos (Baor and Soskolne, 2010).

C

Sugerencias de investigación

Se necesita más investigación sobre las necesidades psicosociales durante el embarazo luego de tratamiento de fertilidad, en particular sobre las necesidades de los varones y las necesidades de parejas con embarazos múltiples. Las inconsistencias en la investigación existente se deben probablemente a diferencias en los métodos de investigación; los estudios utilizaron diferentes criterios de inclusión y exclusión, medición y grupos control. Por lo tanto, los hallazgos de las investigaciones no pueden ser generalizados a todas las parejas que recibieron tratamiento de fertilidad. Las parejas embarazadas a través de tratamiento de fertilidad son en general mayores,

presentan más complicaciones durante el embarazo y tienen más a menudo embarazos múltiples. Aunque esos factores pueden influir sobre el ajuste psicosocial, no siempre son tenidos en consideración en la investigación existente. Las diferencias en el tiempo de las mediciones durante el embarazo también pueden influir sobre los resultados. Los estudios futuros deben ser más inclusivos y utilizar mediciones confiables y validadas. El uso de los mismos métodos de investigación podría mejorar la comparabilidad de estudios en este campo.

4.2 Detección de necesidades después del tratamiento

Pregunta clave

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD DETECTAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?

Introducción

Esta pregunta describe los predictores de las necesidades psicosociales experimentadas por pacientes luego del tratamiento de fertilidad y los métodos que el equipo de fertilidad puede utilizar para detectarlas.

El objetivo es permitir que el equipo identifique por adelantado a aquellos pacientes que son más propensos a tener necesidades específicas durante el período postratamiento y que podrían por lo tanto beneficiarse con el apoyo psicosocial adicional.

RECOMENDACIÓN GENERAL

| | |
|--|------------|
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad utilice las herramientas que se describen en el Apéndice 2 al evaluar las necesidades de los pacientes. | IBP |
|--|------------|

4.2.A TRATAMIENTO NO EXITOSO

4.2.A.a Necesidades conductuales

La evidencia disponible sobre los predictores y métodos para detectar las necesidades conductuales experimentadas por pacientes luego del tratamiento de fertilidad no exitoso refiere a salud comportamental.

Evidencia clínica

Salud comportamental

En un estudio transversal sueco de Johansson y colegas, 115 parejas (149 mujeres y 121 varones, 115 parejas) que habían finalizado FIV no exitosas 4 a 5.5 años antes fueron comparadas con un grupo control de 88 parejas (118 mujeres y 93 varones, 88 parejas) con hijos de entre 4 y 5.5 años concebidos espontáneamente (Johansson, *et al.*, 2009). Al momento de la evaluación, 76.7% de las parejas que recurrieron a TRA tenían hijos o convivían con niños (hijos biológicos mayormente concebidos luego de tratamientos adicionales en clínicas privadas, hijos adoptados, hijos acogidos o hijos de sus parejas). De los participantes que atravesaron tratamiento de FIV, aquellos sin hijos ($n = 63$) reportaron más a menudo el uso de píldoras para dormir (12.7% vs. 2.4%) y cigarrillo (31.7% vs. 11.6%), y consumir más alcohol (4.2 vasos vs. 2.5) que aquellos con hijos ($n = 207$).

Conclusión y consideraciones

Un estudio transversal sugiere que no tener hijos o no vivir con niños luego de un tratamiento de FIV no exitoso puede asociarse con un uso más frecuente de píldoras para dormir y mayor consumo de cigarrillo y alcohol.

Recomendación

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los antiguos pacientes que permanecen sin hijos 5 años después de un tratamiento de FIV/ICSI no exitoso pueden utilizar más píldoras para dormir, fumar más y consumir más alcohol que los antiguos pacientes que se convierten en padres por la vía de la adopción o espontáneamente (Johansson, *et al.*, 2009).

C

4.2.A.b Necesidades sociales y de afinidad

La evidencia disponible sobre los predictores y métodos para detectar las necesidades de afinidad experimentadas por pacientes luego de un tratamiento de fertilidad no exitoso refiere a la relación de pareja. No existe evidencia disponible sobre las necesidades sociales de los pacientes.

Evidencia clínica

Relación de pareja

En el estudio previamente mencionado de Johansson y colegas, los participantes que atravesaron tratamiento de FIV no exitoso y no tuvieron hijos ($n = 63$) reportaron más separaciones que las parejas que sí tuvieron hijos luego del tratamiento de FIV no exitoso (por la vía de la adopción o espontáneamente) ($n = 207$) (12.7% vs. 4.3%) (Johansson, *et al.*, 2009).

Conclusión y consideraciones

La limitada evidencia, basada en un solo estudio, sugiere que tener hijos o vivir con niños luego de tratamiento de FIV no exitoso puede asociarse con menos separaciones que cuando no hay niños.

Recomendaciones

El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los antiguos pacientes que permanecen sin hijos 5 años después de un tratamiento de FIV/ICSI no exitoso tienen tres veces más probabilidades de separarse que los antiguos pacientes que se convierten en padres por la vía de la adopción o espontáneamente (Johansson, *et al.*, 2009).

C

4.2.A.c Necesidades emocionales

La evidencia disponible sobre los predictores y métodos para detectar las necesidades emocionales experimentadas por pacientes después de un tratamiento de fertilidad no exitoso refiere a ajuste y desórdenes psiquiátricos.

Evidencia clínica

Ajuste emocional

Verhaak y colegas estudiaron a 298 mujeres que habían recibido tratamiento de FIV 3 a 5 años antes (Verhaak, *et al.*, 2007b). Las mujeres que no habían concebido y todavía deseaban un embarazo (esto es, persistían con el tratamiento o pasivamente ansiaban tener un hijo) experimentaron más síntomas de ansiedad y depresión que las mujeres que habían abandonado su deseo de embarazo (esto es, perseguían otras maneras de tener un hijo o buscaban nuevos objetivos vitales). Estas diferencias permanecieron cuando las mujeres que ya tenían un hijo antes del tratamiento fueron excluidas del

análisis. De las mujeres que no concibieron con FIV, aquellas que ya tenían hijos antes del tratamiento reportaron menores síntomas de ansiedad y depresión que aquellas que no tenían.

En el estudio descrito anteriormente de Johansson y colegas, el Índice General de Bienestar Psicológico se utilizó para medir el bienestar subjetivo (Johansson, *et al.*, 2009). La escala está dividida en seis dominios: ansiedad, depresión, bienestar positivo, autoconfianza, salud general y vitalidad. Los pacientes que atravesaron tratamiento de FIV no exitoso y no tenían hijos mostraron puntajes menores que el subgrupo con hijos, para todos los dominios, como también en bienestar subjetivo general. No se observaron diferencias de género para bienestar (Johansson, *et al.*, 2010).

Desórdenes psiquiátricos

En un estudio de cohorte por Yli-Kuha y colegas, se investigaron hospitalizaciones debidas a desórdenes psiquiátricos en 9175 mujeres finlandesas que habían recibido tratamientos FIV, ICSI o embriones congelados (TEC) 10 años antes (entre 1996 y 1998) (Yli-Kuha, *et al.*, 2010). Se tomaron controles al azar ajustados según edad o municipio del registro de población de la Institución de Seguridad Social. El estado marital y la posición socioeconómica fueron ajustados en el análisis. Se rastrearon los episodios de hospitalización antes y después del tratamiento de infertilidad en el Registro de Altas del Hospital. Los diagnósticos de desórdenes psiquiátricos se reportaron de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (8va. a 10ma. ediciones). Los diagnósticos fueron divididos en ocho categorías: desórdenes psicóticos, depresión, desorden bipolar o manía, desorden de ansiedad (incluyendo desorden de obsesión-compulsión, desórdenes disociativos, desorden de somatización y otros desórdenes neuróticos), desorden de personalidad, desórdenes alimenticios, uso de alcohol u otras sustancias tóxicas y desorden de ajuste. Las mujeres que no tenían hijos después del tratamiento de infertilidad no difirieron de las mujeres control no tratadas en ningún diagnóstico excepto desorden psicótico. Las mujeres que no tenían hijos sufrieron significativamente menos hospitalizaciones por desórdenes psicóticos que los controles (OR 0.38, 95% CI 0.19–0.77).

Conclusión y consideraciones

La evidencia sobre la asociación entre no tener hijos después del tratamiento y la ansiedad y depresión es inconsistente, con un estudio que muestra una asociación positiva y otro que muestra una negativa. La evidencia sugiere que la inhabilidad para despegarse del objetivo de la paternidad biológica está asociada con peor ajuste emocional.

En general, existe poco conocimiento sobre predictores de las necesidades emocionales luego de un tratamiento no exitoso y no hay herramientas validadas para detectar esas necesidades.

Recomendaciones

| | |
|--|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres que siguen sin tener hijos 10 años después de un tratamiento de FIV/ICSI no exitoso no presentan mayores probabilidades de desarrollar desórdenes psiquiátricos que las mujeres de la misma edad que nunca atravesaron un tratamiento de fertilidad (Yli-Kuha, <i>et al.</i>, 2010). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres con un deseo persistente de embarazo 3 a 5 años después del tratamiento no exitoso pueden experimentar mayor ansiedad y depresión que las mujeres que encuentran nuevos objetivos o las mujeres que se convierten en madres (Verhaak, <i>et al.</i>, 2007b). | C |

4.2.A.d Necesidades cognitivas

No existe evidencia disponible sobre predictores y métodos para detectar necesidades cognitivas experimentadas por pacientes luego de un tratamiento de fertilidad no exitoso.

Conclusión y consideraciones

Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no existen estudios que investiguen predictores y métodos para detectar necesidades cognitivas experimentadas por pacientes después de un tratamiento de fertilidad no exitoso. Por lo tanto, no pueden hacerse recomendaciones.

Recomendaciones

Ninguna.

Sugerencias de investigación

La investigación futura que estudie los predictores o las necesidades de pacientes luego de un tratamiento de fertilidad no exitoso debe ser prospectiva, con una información de referencia establecida antes del comienzo del tratamiento o inmediatamente después del último ciclo de tratamiento. El uso de un diseño prospectivo es el único modo de identificar los factores de riesgo para un mal ajuste después del tratamiento, incluyendo el resultado del tratamiento. Marcos teóricos psicológicos deben ser utilizados para investigar predictores de salud (por ejemplo, resultado del tratamiento), desarrollo (por ejemplo, vulnerabilidad psicológica previa) y motivacionales (por ejemplo, importancia del objetivo de parentalidad) de las necesidades psicosociales de los pacientes en el corto y largo plazo. Esta base de investigación es necesaria para el desarrollo de instrumentos u otros métodos que el equipo de fertilidad pueda utilizar para identificar a los pacientes que pueden beneficiarse con apoyo y para implementar intervenciones preventivas durante o inmediatamente después del final del tratamiento.

4.2.B EMBARAZO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

4.2.B.a Necesidades conductuales

Evidencia clínica

No existe evidencia disponible sobre predictores y métodos para detectar las necesidades conductuales experimentadas por pacientes que logran el embarazo a través de tratamiento de fertilidad.

Conclusión y consideraciones

Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no hay estudios que evalúen predictores de las necesidades conductuales de pacientes durante el embarazo luego de tratamiento de fertilidad, como tampoco existen estudios de validación de métodos que el equipo de fertilidad pueda utilizar para detectar esas necesidades. Por lo tanto, no pueden hacerse recomendaciones basadas en la evidencia.

Recomendaciones

Ninguna.

4.2.B.b Necesidades sociales y de afinidad

Evidencia clínica

No existe evidencia disponible sobre predictores y métodos para detectar necesidades sociales y de afinidad (relación) experimentadas por pacientes que logran el embarazo a través de tratamiento de fertilidad.

Conclusión y consideraciones

Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no hay estudios que evalúen las necesidades sociales y de afinidad (relación) de pacientes durante el embarazo luego de tratamiento de fertilidad, como tampoco existen estudios de validación de métodos que el equipo de fertilidad pueda utilizar para detectar esas necesidades. Por lo tanto, no pueden hacerse recomendaciones basadas en la evidencia.

Recomendaciones

Ninguna.

4.2.B.c Necesidades emocionales

La evidencia disponible sobre predictores y métodos para detectar necesidades emocionales experimentadas por pacientes que logran el embarazo a través de tratamiento de fertilidad refiere a ansiedad y salud mental.

Evidencia clínica

Ansiedad

Hammarberg y colegas llevaron a cabo una revisión sistemática enfocándose en los aspectos psicológicos y sociales del embarazo, el nacimiento y el primer año luego de la concepción a través de TRA (Hammarberg, *et al.*, 2008). Se incluyeron los estudios que investigaban el funcionamiento psicológico o social perinatal luego del tratamiento con TRA (esto es, excluyendo IIU y IO). La revisión

incluyó 16 papers que evaluaban síntomas de ansiedad o depresión autorreportados. Un estudio reportó que las mujeres que habían atravesado tratamientos no exitosos extensos estaban más ansiosas que aquellas que habían concebido luego de un ciclo de tratamiento con TRA. Otro estudio halló que las mujeres que habían experimentado alto nivel de angustia relacionada con la infertilidad estaban más ansiosas frente a la pérdida del embarazo.

Salud mental

Vilksa y colegas evaluaron a los padres de 91 pares de mellizos y de 367 embarazos simples concebidos con TRA, como también a un grupo control de padres de 20 pares de mellizos y de 379 embarazos simples concebidos espontáneamente, a las 18-20 semanas de gestación (Vilksa, *et al.*, 2009). La salud mental de las mujeres fue evaluada con el Cuestionario de Salud General (GHQ-36), que puede utilizarse para identificar desórdenes psiquiátricos menores en la población general. El GHQ-36 se compone de cuatro subescalas: ansiedad, depresión, dificultades para dormir y disfunción social. No se hallaron diferencias en cuanto a ansiedad, dificultades para dormir y disfunción social entre los padres por TRA de mellizos y embarazos simples. Las madres por TRA de mellizos mostraron menos síntomas de depresión que las madres control de mellizos. Todos los varones mostraron niveles de depresión similares.

Conclusión y consideraciones

Faltan estudios sobre los factores de riesgo para problemas emocionales en parejas durante el embarazo logrado a través de tratamiento de fertilidad y no existen estudios sobre instrumentos validados que el equipo de fertilidad pueda utilizar para detectarlos. Sin embargo, existe alguna evidencia que sugiere que las mujeres que han experimentado reiterados tratamientos no exitosos y altos niveles de angustia durante el tratamiento de fertilidad pueden experimentar más ansiedad durante el embarazo. Un estudio halló que los padres de mellizos no suelen experimentar más problemas emocionales durante el embarazo que los padres de embarazos únicos.

Recomendaciones

| | |
|---|----------|
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que las mujeres que atravesaron múltiples ciclos de TRA no exitosos o mayor estrés durante el tratamiento pueden ser más propensas a experimentar síntomas de ansiedad durante el embarazo (Hammarberg, <i>et al.</i>, 2008). | C |
| El equipo de fertilidad debe tener en cuenta que los pacientes con embarazos múltiples luego de TRA no son más propensos a sufrir peor salud mental que los pacientes con un embarazo por TRA simple (Vilksa, <i>et al.</i>, 2009). | C |

4.2.B.d Necesidades cognitivas

No existe evidencia disponible sobre predictores y métodos para detectar necesidades cognitivas experimentadas por pacientes que logran el embarazo a través de tratamiento de fertilidad.

Conclusión y consideraciones

Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no hay estudios que evalúen las necesidades cognitivas de pacientes durante el embarazo luego de tratamiento de fertilidad, como tampoco existen estudios de validación de métodos que el equipo de fertilidad pueda utilizar para detectar esas necesidades. Por lo tanto, no pueden hacerse recomendaciones basadas en la evidencia.

Recomendaciones

Ninguna.

Sugerencias de investigación

Existe una significativa falta de conocimiento sobre los predictores de las necesidades psicosociales que los pacientes experimentan durante el embarazo logrado a través de tratamiento de fertilidad. Esa laguna en el conocimiento puede ser parcialmente explicada por el hecho de que la mayoría de la investigación llevada a cabo previamente se enfocaba en investigar predictores de ajuste durante la transición hacia la parentalidad, y no específicamente en el período de embarazo (que muchas veces se utilizaba solamente como una información de referencia). Sin embargo, la evidencia revisada sugiere que las necesidades de afinidad (relación) y emocionales que los pacientes experimentan durante el embarazo no difieren según el método de concepción. Si esto se confirma, podrían no ser necesarios estudios específicos enfocados en pacientes que utilizaron tratamiento de fertilidad para concebir. Si se identifican necesidades específicas, entonces se debe implementar la investigación prospectiva para estudiar sus predictores y desarrollar métodos para identificarlos. Idealmente, esos estudios deben ser prospectivos, con información de referencia establecida antes del comienzo del tratamiento. Como se señaló anteriormente, deben usarse marcos teóricos psicológicos para investigar predictores de necesidades psicosociales relacionados con salud (por ejemplo, resultado del tratamiento), desarrollo (por ejemplo, vulnerabilidad psicológica previa) y motivaciones (por ejemplo, importancia del objetivo de parentalidad).

4.3 Responder a las necesidades después del tratamiento

Pregunta clave

¿CÓMO PUEDE EL EQUIPO DE FERTILIDAD RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?

Esta sección ofrece una descripción exhaustiva de los efectos de intervenciones psicosociales, que pueden ser administradas por todo el equipo de fertilidad, sobre las necesidades conductuales, sociales y de afinidad (relación), emocionales y cognitivas.

El objetivo es que el equipo pueda integrar las intervenciones que tienen efectos positivos sobre las necesidades de los pacientes luego de un tratamiento exitoso o no exitoso, a la rutina diaria de atención que provee en las clínicas. En este caso en particular, como en la mayoría de los casos, los pacientes con tratamientos ya sean exitosos o no exitosos no serán seguidos por las clínicas; se supone entonces que se trata de una atención de naturaleza preventiva o basada en intervenciones autoadministradas que deben hacerse accesibles a los pacientes (por ejemplo, e-health).

4.3.A. TRATAMIENTO NO EXITOSO

Evidencia clínica

No se identificaron intervenciones que respondan a las necesidades conductuales, sociales y de afinidad (relación), emocionales y cognitivas de pacientes después de un tratamiento de fertilidad no exitoso.

Conclusión y consideraciones

No logramos hallar evidencia de intervenciones que el equipo de fertilidad pueda utilizar para asistir a pacientes luego de tratamiento de fertilidad no exitoso. Sin embargo, la evidencia de las preguntas anteriores (4.1 y 4.2) sugiere que los individuos o parejas que siguen sin tener hijos luego de tratamiento no exitoso o que todavía conservan un deseo de embarazo están en riesgo de desajuste conductual, relacional o emocional. Dado este hecho, es importante que los pacientes tengan la oportunidad de conversar sobre las implicancias de terminar un tratamiento no exitoso y de recibir apoyo para prepararse para un estilo de vida sin hijos, o para considerar opciones alternativas para construir una familia. En este punto, se debe ofrecer a los pacientes que muestran factores de riesgo para un futuro desajuste la oportunidad de acceder a los servicios especializados de apoyo psicosocial.

Recomendaciones

| | |
|---|------------|
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad derive a la atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia) a los pacientes que, al finalizar un tratamiento no exitoso, experimenten o estén en riesgo de experimentar (en el corto o largo plazo) problemas psicosociales clínicamente significativos. | IBP |
| El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca atención psicosocial adicional a pacientes que, al finalizar un tratamiento no exitoso, estén en riesgo de alta angustia psicosocial específica de la infertilidad. | IBP |

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca a los pacientes la oportunidad de conversar sobre las implicancias de terminar un tratamiento no exitoso.

IBP

4.3.B EMBARAZO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Evidencia clínica

No se identificaron intervenciones que respondan a las necesidades conductuales, sociales y de afinidad (relación), emocionales y cognitivas de pacientes después de un tratamiento de fertilidad exitoso.

Conclusión y consideraciones

No hemos hallado evidencia de intervenciones que el equipo de fertilidad pueda utilizar para asistir a pacientes durante el embarazo luego de un tratamiento de fertilidad. Sin embargo, la evidencia revisada sugiere que, en general, las necesidades de parejas que logran el embarazo a través de tratamiento de fertilidad no difieren de las necesidades de parejas que conciben espontáneamente. Por lo tanto, esas parejas podrían beneficiarse de las intervenciones actualmente validadas que apuntan a promover transiciones saludables hacia la parentalidad (Glade, *et al.*, 2005).

Grupos específicos de pacientes, sin embargo, pueden experimentar algunas necesidades adicionales. Todos los pacientes pueden experimentar mayor ansiedad sobre la salud de su feto. Además, los pacientes que atravesaron más tratamientos no exitosos y estresantes, y las mujeres embarazadas de mellizos, parecen estar en riesgo de desajuste relacional, emocional o conductual (Hammarberg, *et al.*, 2008; Vilska, *et al.*, 2009; Baor y Soskolne, 2010). Por lo tanto, se debe ofrecer a los pacientes que presenten estos factores de riesgo la oportunidad de acceder a servicios de apoyo psicosocial especializados.

Recomendaciones

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad derive a la atención psicosocial especializada (consultoría en infertilidad o psicoterapia) a los pacientes que experimenten o estén en riesgo de experimentar problemas psicosociales clínicamente significativos después de un tratamiento exitoso.

IBP

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca atención psicosocial adicional a pacientes en riesgo de alta angustia psicosocial específica de la infertilidad después de un tratamiento exitoso.

IBP

El equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que el equipo de fertilidad ofrezca a los pacientes la oportunidad de conversar sobre sus preocupaciones en torno al embarazo logrado a través de tratamiento de fertilidad.

IBP

Sugerencias de investigación

No existe ninguna investigación que estudie cómo debe atender el equipo de fertilidad las necesidades conductuales, sociales/de afinidad, emocionales y cognitivas de los pacientes después del tratamiento; por lo tanto, esta laguna debe ser atendida por la investigación futura. Como se mencionó en las secciones anteriores (2.3 y 3.3), es fundamental que la investigación futura que se enfoque en la validación de estas intervenciones psicosociales utilice ensayos clínicos controlados aleatoriamente y evalúe la viabilidad y la aceptación del paciente además de la efectividad.

Referencias

- Baor L, Soskolne V. Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: a comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. *Hum Reprod* 2010;**25**: 1490-1496.
- Chen CJ, Chen YC, Sung HC, Kuo PC, Wang CH. Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan. *J Adv Nurs* 2011;**67**: 2200-2208.
- Daniluk JC. Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *J Couns Dev* 2001;**79**: 439-449.
- Fisher J, Wynter K, Hammarberg K, McBain J, Gibson F, Boivin J, McMahon C. Age, mode of conception, health service use and pregnancy health: a prospective cohort study of Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;**13**: 88.
- Glade AC, Bean RA, Vira R. A Prime Time for Marital/Relational Intervention: A Review of the Transition to Parenthood Literature with Treatment Recommendations. *Am J Fam Ther* 2005;**33**: 319-336.
- Hammarberg K, Fisher JR, Wynter KH. Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2008;**14**: 395-414.
- Hjelmstedt A, Collins A. Psychological functioning and predictors of father-infant relationship in IVF fathers and controls. *Scand J Caring Sci* 2008;**22**: 72-78.
- Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis J, Hogstrom L, Janson PO, Sogn J, Hellstrom AL. Quality of life for couples 4-5.5 years after unsuccessful IVF treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;**88**: 291-300.
- Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis J, Hogstrom L, Janson PO, Sogn J, Hellstrom AL. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;**89**: 683-691.
- Johansson M, Berg M. Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci* 2005;**19**: 58-63.
- Karatas JC, Barlow-Stewart K, Meiser B, McMahon C, Strong KA, Hill W, Roberts C, Kelly PJ. A prospective study assessing anxiety, depression and maternal-fetal attachment in women using PGD. *Hum Reprod* 2011;**26**: 148-156.
- McMahon CA, Boivin J, Gibson FL, Hammarberg K, Wynter K, Saunders D, Fisher J. Age at first birth, mode of conception and psychological wellbeing in pregnancy: findings from the parental age and transition to parenthood Australia (PATPA) study. *Hum Reprod* 2011;**26**: 1389-1398.
- Sydsjo G, Ekholm K, Wadsby M, Kjellberg S, Sydsjo A. Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Hum Reprod* 2005;**20**: 1952-1957.
- Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaimaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007a;**13**: 27-36.
- Verhaak CM, Smeenk JM, Nahuis MJ, Kremer JA, Braat DD. Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Hum Reprod* 2007b;**22**: 305-308.
- Vilksa S, Unkila-Kallio L, Punamaki RL, Poikkeus P, Repokari L, Sinkkonen J, Tiitinen A, Tulppala M. Mental health of mothers and fathers of twins conceived via assisted reproduction treatment: a 1-year prospective study. *Hum Reprod* 2009;**24**: 367-377.
- Volgsten H, Svanberg AS, Olsson P. Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;**89**: 1290-1297.
- Yli-Kuha AN, Gissler M, Klemetti R, Luoto R, Koivisto E, Hemminki E. Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Hum Reprod* 2010;**25**: 2018-2023.

APÉNDICES 1–7

APÉNDICE 1: GLOSARIO

Acompañante (*Chaperone*): Alguien que acompaña; guía, conductor (Oxford English Dictionary, 2014).

Afecto (*Affect*): Estados emocionales o de sentimiento, incluyendo emociones específicas como ansiedad y depresión (Fink, 2000).

Afrontamiento (*Coping*): Esfuerzos cognitivos o conductuales utilizados para manejar y controlar el estrés en situaciones en que un estresor excede los recursos percibidos o reales de la pareja (Lazarus y Folkman, 1984).

Ajuste (*Adjustment*): Adaptación, en especial adaptación conductual a un entorno o conjunto de circunstancias particulares (Colman, 2009).

Ansiedad (*Anxiety*): La ansiedad es una emoción descrita por un sentimiento subjetivo de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, y por la activación o despertar del sistema nervioso autónomo. La ansiedad puede ocurrir como un estado transitorio (esto es, ansiedad estado) o como una disposición más estable de propensión a la ansiedad (esto es, ansiedad rasgo). Los individuos con alta ansiedad rasgo se consideran más propensos a reaccionar con ansiedad estado frente a su entorno (Spielberger, *et al.*, 1970).

Atención centrada en el paciente (*Patient-centered care*): Atención personalizada que se enfoca en la experiencia de enfermedad y cuidados de salud del paciente. El Picker Institute introdujo uno de los modelos más completos de atención centrada en el paciente (Gerteis, *et al.*, 1993) en el cual dividen la atención centrada en el paciente en ocho componentes: respeto por las preferencias de los pacientes; coordinación de la atención; comodidad física; apoyo emocional; transición y continuidad; participación de familia y amigos; acceso al cuidado; e información, comunicación y educación (van Empel, *et al.*, 2008).

Atención psicosocial (*Psychosocial care*): Servicios e intervenciones psicológicos y sociales que permiten a los pacientes, sus familias y sus proveedores de servicios médicos optimizar la atención biomédica en salud y manejar los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad y sus consecuencias (Institute of Medicine (Committee on Quality of Health Care in America), 2001).

Autocrítica (*Self-criticism*): La autocrítica se relaciona con preocupaciones de autoevaluación excesivas combinadas con un fuerte énfasis en estándares personales altos, a expensas de relaciones interpersonales (Blatt, 2004; Lowyck, *et al.*, 2009).

Autoeficacia (*Self-efficacy*): Habilidad para conseguir resultados deseados. La autoeficacia percibida incluye creencias sobre la propia habilidad o competencia para conseguir los resultados buscados (Colman, 2009).

Autoestima (*Self-esteem*): Actitud hacia uno mismo u opinión o evaluación de uno mismo, que puede ser positiva, neutral o negativa (Colman, 2009).

Bienestar: Estado de estar o irle bien en la vida; condición feliz, saludable o próspera; bienestar físico o moral (de una persona o comunidad) (Oxford English Dictionary, 2014).

Calidad de vida (*Quality of life*): Percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de cultura y valores en que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, 1995).

Ciclo natural FIV (*Natural cycle IVF*): Procedimiento de FIV en el cual uno o más ovocitos son extraídos de los ovarios durante un ciclo menstrual espontáneo sin utilización de drogas (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Cirugía reproductiva (*Reproductive surgery*): Procedimientos quirúrgicos practicados para diagnosticar,

conservar, corregir o mejorar la función reproductiva (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Conductas vinculadas al estilo de vida (en este documento): Conductas que no son óptimas para la fertilidad o la concepción, esto es, fumar, hacer ejercicio en exceso, seguir dietas que resultan en un IMC no saludable, utilizar anabólicos esteroides, practicar conductas sexuales que no optimizan la probabilidad de la concepción.

Consultor (Counsellor): Alguien que da asesoría o consejo; un consejero (Oxford English Dictionary, 2014).

Consultoría (Counselling): La práctica o profesión de aplicar teorías psicológicas y habilidades comunicacionales a los problemas personales, preocupaciones o aspiraciones de los clientes. Algunas formas de consultoría también incluyen dar consejos, pero el ethos dominante es el de ofrecer facilitación sin orientación directiva (Colman, 2009).

Consultoría en infertilidad (Infertility counselling): La consultoría es un proceso interpersonal, basado en un marco teórico, utilizado para explorar, comprender y resolver asuntos que surgen de la infertilidad y del tratamiento de infertilidad, y para aclarar modos más eficaces de afrontar el problema (Strauss y Boivin, 2002).

CSEC (en este documento): Necesidades conductuales, sociales y de afinidad (relación), emocionales y cognitivas de los pacientes. 'Necesidades' refiere a condiciones asumidas como necesarias para que los pacientes tengan una experiencia psicosocialmente saludable del tratamiento de fertilidad.

Dependencia (Dependency): La dependencia se caracteriza por un pensamiento excesivo en las relaciones interpersonales por la preocupación por obtener tranquilidad y amor, a expensas de desarrollar un autoconcepto claro y estable (Blatt, 2004; Lowyck, *et al.*, 2009).

Depresión (Depression): Estado de ánimo de tristeza, oscuridad e ideación pesimista, con falta de interés o placer en actividades normalmente disfrutables, acompañado en muchos casos de anorexia y la consecuente pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, astenia, sentimientos de falta de valor o culpa, habilidad disminuida para pensar o concentrarse o pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (Colman, 2009).

Desajuste (Maladjustment): Imposibilidad de afrontar adecuadamente los problemas de adaptación a circunstancias, eventos o experiencias físicas, emocionales, sociales, económicas o laborales, que en general lleva a dificultades de afrontamiento o síntomas de estrés (Colman, 2009).

Diagnóstico genético preimplantacional (DGP / Preimplantation genetic diagnosis PGD): Análisis de corpúsculos polares, blastómeras o trofoectodermo de ovocitos, cigotos o embriones para la detección de alteraciones genéticas específicas, estructurales o cromosómicas (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Equipo de la clínica de fertilidad (en este documento): Médicos, enfermeras, parteras, consejeros, trabajadores sociales, psicólogos, embriologistas y personal administrativo que tiene contacto con pacientes, puede ofrecer atención psicosocial de rutina y hacer derivaciones a servicios especializados de salud mental.

Estimulación ovárica controlada (EOC / Controlled ovarian stimulation COS): Para las TRA: tratamiento farmacológico en el cual las mujeres son estimuladas para inducir el desarrollo de múltiples folículos ováricos para obtener múltiples ovocitos en la aspiración folicular (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Estrés (Stress): El estrés psicológico es la relación entre la persona y el entorno evaluada por la persona como difícil o excediendo sus recursos y poniendo en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984)

Fertilización In vitro (FIV / In vitro fertilization IVF): Procedimiento TRA que involucra fertilización extracorporal (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Inducción de la ovulación (IO / Ovulation induction OI): Tratamiento farmacológico para mujeres con anovulación u oligoovulación, con la intención de inducir ciclos ovulatorios normales (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Infertilidad (definición clínica): Enfermedad del sistema reproductivo definida por la imposibilidad de conseguir un embarazo clínico luego de 12 meses o más de practicar relaciones sexuales sin protección (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Inseminación intrauterina (IIU / *Intrauterine insemination IUI*): Inyección de semen dentro de la vagina o del útero (de un animal o persona) por medios no naturales; también llamada inseminación artificial (Oxford English Dictionary, 2014).

Intervenciones complejas (*Complex Interventions*): Las intervenciones complejas son generalmente descritas como intervenciones que contienen varios componentes que interactúan. En el contexto de este Manual, las intervenciones complejas son intervenciones que combinan provisión de información general, continuidad de atención, oportunidad de hacer preguntas, tener un acompañante, consultoría sobre depresión y/o enseñar a los pacientes estrategias de afrontamiento o relajación (Craig, *et al.*, 2008).

Inyección espermática intracitoplasmática (ICSI / *Intracytoplasmic sperm injection*): Procedimiento a través del cual un espermatozoide único es inyectado en el citoplasma del ovocito (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Neuroticismo (*Neuroticism*): Rasgo de la personalidad asociado con una predisposición a experimentar afecto negativo (Fink, 2000).

Preferencia (*Preference*): Acción o acto de preferir o de ser preferido; gusto mayor por una alternativa por sobre otra u otras; predilección (Oxford English Dictionary, 2014).

Profesional de la salud mental (*Mental health professional*): Psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales, consejeros profesionales matriculados y terapeutas de familia y matrimonio. Estos grupos profesionales se han formado en el nivel de maestría o doctorado y en la mayoría de los estados cuentan con una matrícula para diagnosticar y tratar desórdenes mentales (Thomas, *et al.*, 2009).

Psicoterapia (*Psychotherapy*): Tratamiento de los desórdenes mentales y problemas relacionados con métodos psicológicos (Colman, 2009).

Reproducción asistida médicamente (*Medically assisted reproduction MAR*): Reproducción que se logra mediante inducción de la ovulación, estimulación ovárica controlada, ovulación provocada, procedimientos TRA e inseminación intrauterina, intracervical e intravaginal con semen del esposo/pareja o donado (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Salud mental (*Mental health*): Estado de bienestar en el cual cada individuo realiza sus plenas capacidades, puede afrontar el estrés normal de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Herrman, *et al.*, 2005).

Satisfacción (*Satisfaction*): Satisfacer una necesidad o deseo en la medida en que afecta o motiva una conducta (Oxford English Dictionary, 2014).

Tecnologías de reproducción asistida (TRA / *Assisted reproductive technology ART*): Todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación *in vitro* de ovocitos y espermatozoides humanos o de embriones con el propósito de concretar un embarazo. Esto incluye, pero no se limita a, fertilización *in vitro* y transferencia del embrión, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia tubaria de embriones, criopreservación de embriones y gametos, donación de ovocitos y embriones y subrogación gestacional. TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial), ya sea que utilice espermatozoides de la pareja de la mujer o de un donante de espermatozoides (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Transferencia del embrión (TE / *Embryo transfer ET*): Procedimiento a través del cual uno o más embriones se colocan en el útero o el tubo falopiano (Zegers-Hochschild, *et al.*, 2009).

Referencias

- Blatt SJ. *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. 2004, American Psychological Association, Washington, DC, USA.
- Colman AM. *Oxford Dictionary of Psychology*. 3rd edn. 2009, Oxford University Press, Oxford, UK.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, Medical Research Council G. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj* 2008;**337**: a1655.
- Fink G. *Encyclopedia of Stress*. 2000, Academic Press, San Diego, CA, USA.
- Gerteis M, Edgman-Levitan S, Walker JD, Stoke DM, Cleary PD, Delbanco TL. What patients really want. *Health Manage Q* 1993;**15**: 2-6.
- Herrman H, Saxena S, Moodie R. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. 2005, World Health Organization, Geneva.
- Institute of Medicine (Committee on Quality of Health Care in America). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. 2001, National Academies Press, Washington, DC, US.
- Lazarus RS, Folkman S. Coping and adaptation. In Gentry WD (ed) *The handbook of behavioral medicine*. 1984. Guilford Press, New York, NY, USA.
- Lowyck B, Luyten P, Corveleyn J, D'Hooghe T, Demyttenaere K. Personality and intrapersonal and interpersonal functioning of women starting their first IVF treatment. *Hum Reprod* 2009;**24**: 524-529.
- Oxford English Dictionary. Oxford English dictionary online. 2014. Retrieved December 2014, from <http://www.oed.com/> .
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Test Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. 1970, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, USA.
- Strauss B, Boivin J. Counselling within infertility. . In Boivin J and Kertenich H (eds) *Guidelines for Counselling in Infertility*. 2002, pp.4-6. Oxford University Press, Oxford, UK.
- Thomas KC, Ellis AR, Konrad TR, Holzer CE, Morrissey JP. County-level estimates of mental health professional shortage in the United States. *Psychiatr Serv* 2009;**60**: 1323-1328.
- van Empel IW, Nelen WL, Hermens RP, Kremer JA. Coming soon to your clinic: high-quality ART. *Hum Reprod* 2008;**23**: 1242-1245.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;**41**: 1403-1409.
- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, van der Poel S, International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology, World Health Organization. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Hum Reprod* 2009;**24**: 2683-2687.

APÉNDICE 2: HERRAMIENTAS PARA DETECTAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES

Esta sección compila una lista de los instrumentos disponibles que todo el equipo de fertilidad puede utilizar para evaluar las necesidades de los pacientes antes, durante y después del tratamiento de fertilidad. Estas herramientas fueron desarrolladas específicamente para evaluar a pacientes que enfrentan la infertilidad (esto es, específicas de la fertilidad) o bien son instrumentos genéricos aplicables a pacientes infértiles. Aunque no es necesario, el equipo de fertilidad puede considerar consultar con profesionales de la salud mental sobre la interpretación de los datos obtenidos al utilizar las herramientas.

| Herramienta | Necesidad(es) evaluada(s) | | | | | | Referencia / enlace |
|---|-----------------------------|------------|----------------------|-----------|-----------|------------------------|---|
| | Específico de la fertilidad | Conductual | Social y de afinidad | Emocional | Cognitivo | Otro | |
| Inventario de Depresión Beck (BDI) | No | | | ✓ | | | (Beck y Beamesderfer, 1976) |
| Preocupaciones de mujeres bajo tecnologías de reproducción asistida (CART) | Sí | | | | ✓ | | (Klonoff-Cohen, <i>et al.</i> , 2007) |
| Escala de conocimiento de fertilidad Cardiff (CFKS) | Sí | | | | ✓ | | (Bunting, <i>et al.</i> , 2013) www.fertilityknowledge.com |
| Fertilidad Calidad de vida (FertiQoL) | Sí | ✓ | ✓ | ✓ | | Calidad de tratamiento | (Boivin, <i>et al.</i> , 2011) www.fertiqol.com |
| Escala de conciencia de estado de fertilidad (FertiSTAT) | Sí | ✓ | | | | | (Bunting y Boivin, 2010) www.fertistat.com |
| Cuestionario de Salud General (GHQ) | No | | | ✓ | | | (Goldberg, 1978) |
| Escala para Ansiedad y Depresión en Hospital (HADS) | No | | | ✓ | | | (Zigmond y Snaith, 1983) |
| Inventario de Salud Mental-5 (MHI-5) | No | | | ✓ | | | (Florian y Drory, 1990) |

| | | | | | | | |
|--|----|--|---|---|---|---------------------------------------|---|
| Cuestionario de atención centrada en el paciente (CCP) | Sí | | | | | Experiencias centradas en el paciente | (van Empel, <i>et al.</i> , 2010) |
| Calidad de atención desde perspectiva del paciente – específico para Tratamiento de FIV (QPP-FIV) | Sí | | | | | Calidad de la atención | (Holter, <i>et al.</i> , 2014) |
| SCREENIVF | Sí | | ✓ | ✓ | ✓ | | (Verhaak, <i>et al.</i> , 2010) |
| Herramienta de la Organización Mundial de la Salud para Calidad de vida (WHOQOL-BREF) | No | | | ✓ | | | (Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group, 1998) |

✓ Indica que la herramienta puede ser utilizada para evaluar esa necesidad.

Referencias

- Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: The depression inventory. *Pharmacopsychiatría* 1976;**7**: 151-169.
- Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Hum Reprod* 2011;**26**: 2084-2091.
- Bunting L, Boivin J. Development and preliminary validation of the fertility status awareness tool: FertiSTAT. *Hum Reprod* 2010;**25**: 1722-1733.
- Bunting L, Tsibulsky I, Boivin J. Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from the International Fertility Decision-making Study. *Hum Reprod* 2013;**28**: 385-397.
- Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;**28**: 551-558.
- Florian V, Drory Y. Mental Health Inventory (MHI)-Psychometric properties and normative data in the Israeli population. *Psychologia* 1990;**2**: 26-35.
- Goldberg DP. *Manual of the General Health Questionnaire*. 1978, National Foundation for Educational Research, Windsor, UK.
- Holter H, Sandin-Bojo AK, Gejervall AL, Wikland M, Wilde-Larsson B, Bergh C. Quality of care in an IVF programme from a patient's perspective: development of a validated instrument. *Hum Reprod* 2014;**29**: 534-547.
- Klonoff-Cohen H, Natarajan L, Klonoff E. Validation of a new scale for measuring Concerns of Women Undergoing Assisted Reproductive Technologies (CART). *J Health Psychol* 2007;**12**: 352-356.
- van Empel IW, Aarts JW, Cohlen BJ, Huppelschoten DA, Laven JS, Nelen WL, Kremer JA. Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Hum Reprod* 2010;**25**: 2516-2526.
- Verhaak CM, Lintsen AM, Evers AW, Braat DD. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Hum Reprod* 2010;**25**: 1234-1240.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;**67**: 361-370.

APÉNDICE 3: ABREVIATURAS

| | |
|--------------|--|
| TRA | Tecnología de reproducción asistida |
| BAI | Inventario de Ansiedad Beck |
| BDI | Inventario de Depresión Beck |
| IMC | Índice de Masa Corporal |
| CSEC | Conductual, social y de afinidad, emocional y cognitiva |
| BSI | Breve Inventario de Síntomas |
| CES-D | Escala de Depresión del Centro para los Estudios Epidemiológicos |
| CI | Intervalo de confianza |
| COMPI | Copenhagen Multi-centre Psicosocial Infertility |
| EAD | Escala de Ajuste Diádico |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DET | Transferencia electiva de dos embriones |
| SET | Transferencia electiva de un único embrión |
| FPI | Inventario de Problemas de Fertilidad |
| GIFT | Transferencia Intrafalopiana de Gametos |
| GRIS | Inventario de Satisfacción Sexual Golombok–Rust |
| HADS | Escala para Ansiedad y Depresión en Hospital |
| ICSI | Inyección Espermática Intracitoplasmática |
| IIU | Inseminación Intrauterina |
| FIV | Fertilización <i>In Vitro</i> |
| MAR | Reproducción Asistida Médicamente |
| PSM | Profesionales de la Salud Mental |
| CMM | Cuestionario Marital de Maudsley |
| ns | no significativo |

| | |
|---------------|--|
| IO | Inducción de la Ovulación |
| OR | Odds Ratio |
| EO | Estimulación Ovárica |
| ACP | Atención Centrada en el Paciente |
| PDQ-R | Cuestionario de Desórdenes de la Personalidad |
| DGP | Diagnóstico Genético Preimplantacional |
| POMS | Perfil de Estados de Humor |
| IARP | Intervención de Afrontamiento en Reevaluación Positiva |
| PSS | Escala de Estrés Percibido |
| CdV | Calidad de Vida |
| ECCA | Ensayo clínico controlado aleatoriamente |
| SCL-90 | Lista Control de Síntomas |
| DE | Desviación Estándar |
| ES | Error Estándar |
| STAI | Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo de Spielberger |

APÉNDICE 4: Equipo responsable de la elaboración de esta guía

Este Manual fue elaborado por un equipo establecido por el Grupo de interés especial en Psicología y Consultoría ESHRE. El equipo fue constituido por psicólogos, dos médicos, una partera, un representante paciente y un experto en metodología.

Presidente del equipo responsable de la elaboración de esta guía

Dr. Sofia Gameiro School of Psychology, Cardiff University (REINO UNIDO)

Miembros del equipo responsable de la elaboración de esta guía

Prof. Jacky Boivin School of Psychology, Cardiff University (REINO UNIDO)

Dr. Eline Dancet Leuven University (Bélgica)

Academic Medical Center, Ámsterdam (Países Bajos)

Dr. Cora de Klerk Erasmus MC, Rotterdam (Países Bajos)

Dr. Marysa Emery Center for Medically Assisted Procreation (Suiza)

Dr. Petra Thorn Private practice (Alemania)

Dr. Uschi Van den Broeck Leuven University Fertility Centre (LUFC) - University Hospitals Leuven, Gasthuisberg (Bélgica)

Dr. Christos Venetis School of Women's and Children's Health, University of New South Wales (Australia)

Dr. Chris Verhaak University Medical Center St Radboud (Países Bajos)

Dr. Tewes Wischmann Heidelberg University Medical School (Alemania)

Representante paciente

Clare Lewis-Jones Infertility Network UK (REINO UNIDO)

Experto en metodología

Dr. Nathalie Vermeulen European Society of Human Reproduction and Embryology (Bélgica)

Declaraciones de intereses

Se solicitó a todos los miembros del equipo responsable de la elaboración de esta guía que declararan posibles conflictos de intereses a través de un formulario (ver *ESHRE Manual for Guideline Development*).

| Nombre | Conflicto de interés |
|-----------------------------|---|
| Sofia Gameiro | Ninguno declarado. |
| Jacky Boivin | Becas de investigación de Merck and Co.; honorarios de consultas de Merck Serono S.A.; honorarios de orador de Merck Serono S.A. |
| Eline Dancet | Ninguno declarado. |
| Cora de Klerk | Ninguno declarado. |
| Marysa Emery | Ninguno declarado. |
| Petra Thorn | Honorarios de consulta del gobierno alemán; otro conflicto de interés: Presidente de la German Society for Fertility Counselling. |
| Uschi Van den Broeck | Ninguno declarado. |
| Christos Venetis | Honorarios de consulta de Merck Serono S.A. |
| Chris Verhaak | Otros conflictos de intereses: consejero en proyectos para Merck Serono y Ferring sobre material educativo para pacientes. |
| Tewes Wischmann | Honorarios de orador de Repromed, DGPM, Breitbach, DAAG, Fiore, LPTW. Salario / recursos MSD en TAB-beim-Bundestag, BZgA; otros conflictos de intereses: Vicepresidente de la German Society for Fertility Counselling. |
| Clare Lewis-Jones | Ninguno declarado. |
| Nathalie Vermeulen | Ninguno declarado. |

Para minimizar aun más los posibles conflictos de intereses, la síntesis de la evidencia fue elaborada por el miembro experto y revisada por un segundo miembro del equipo, el presidente y el experto en metodología (que no presentan conflictos de intereses). Los conflictos de intereses fueron todavía limitados por la discusión de la evidencia y las recomendaciones preliminares en el equipo, hasta que este arribó a un consenso.

APÉNDICE 5: SUGERENCIAS DE INVESTIGACIÓN

En beneficio de los pacientes que concurren a unidades de fertilidad, el equipo responsable de la elaboración de esta guía recomienda que los investigadores lleven a cabo estudios de alta calidad para responder a las siguientes cuestiones clave en la provisión de atención psicosocial de rutina:

- **Preferencias de los pacientes sobre atención psicosocial:** utilizar métodos de evidencia de alto grado (por ejemplo, experimentos con opciones diferenciadas) para evaluar preferencias y lograr mayor precisión en cuanto a los aspectos o componentes evaluados. Por ejemplo, es sabido que los pacientes valoran la información, pero es menos conocido qué tipo de información, cuándo es más útil, en qué formato, etc. En otras palabras, la investigación debe progresar de preguntas más generales a otras más específicas.
- **Impacto de las características del personal y de la clínica y los componentes de la atención psicosocial sobre el bienestar del paciente:** utilizar diseños ECCA, instrumentos validados para evaluar resultados del bienestar y, al igual que para el punto anterior, lograr mayor precisión sobre las características del personal y de la clínica y los componentes de la atención. En esta etapa, es preferible evaluar componentes simples de la atención antes que intervenciones complejas que integran múltiples componentes diferentes. Una vez que el campo tenga suficiente conocimiento sobre los componentes de la atención psicosocial que son eficaces, pueden desarrollarse intervenciones complejas para investigar su efecto adicional. Si se sigue este proceso, entonces debería permitir el desarrollo de intervenciones complejas de probada eficacia (Campbell, *et al.*, 2000). También se debe prestar atención a cómo las características del paciente (por ejemplo, el grado de angustia experimentado, el género) moderan el impacto de las características del personal y de la clínica en su bienestar.
- **Cuáles son las necesidades de los pacientes antes, durante y después del tratamiento de fertilidad:** considerar etapas específicas del tratamiento (por ejemplo, extracción del ovocito) y grupos inclusivos de pacientes. Dado que las demandas del tratamiento varían considerablemente a lo largo del tratamiento, los datos de estudios con pacientes bajo diferentes etapas de tratamiento son difíciles de interpretar. La investigación también debe esforzarse por ser inclusiva, al no excluir pacientes debido a cuestiones como la etnicidad, la orientación sexual, el país de origen, etc.
- **Desarrollo y validación de intervenciones psicosociales que pueden ser administradas por el equipo o autoadministradas por los pacientes:** basarse en marcos teóricos sólidos y utilizar diseños ECCA e instrumentos validados para evaluar las necesidades específicas abordadas en etapas específicas del tratamiento. El diseño de esas intervenciones debe intentar vencer las barreras para que sea adoptado e implementado por todos los miembros del equipo. Las siguientes necesidades deben ser atendidas:
 - Provisión de información antes del comienzo del tratamiento (incluyendo formato, contenido y agente o canal de comunicación)
 - Apoyo a los pacientes luego de tratamiento no exitoso, incluyendo promover la aceptación personal de los objetivos de parentalidad no conseguidos. Dado el hecho de que, en esta etapa, los pacientes no tendrán contacto regular con sus proveedores de salud, parecen preferibles las intervenciones autoadministradas (por ejemplo, e-health)
 - Comunicación y discusión de las opciones y preocupaciones relativas al tratamiento
 - Apoyo en el proceso de toma de decisión de continuar o no con el tratamiento de fertilidad

recomendado

- Reducción de la carga física y práctica de los procedimientos del tratamiento
- Manejo de la ansiedad durante las dos semanas del período de espera
- Comunicación de malas noticias (sobre la respuesta negativa al tratamiento o resultado)
- Apoyo a los pacientes que reciben la noticia de que el tratamiento no fue exitoso
- Promoción de redes sociales de apoyo.

Otros tópicos importantes para la futura investigación:

- Evaluación de viabilidad y aceptabilidad de intervenciones psicosociales que pueden ser administradas por el equipo o autoadministradas por los pacientes
- ¿Cuáles son las necesidades de los pacientes antes, durante y después de los tratamientos de primera línea?
- ¿Cuáles son las necesidades específicas de los varones bajo tratamiento de fertilidad?
- ¿Cómo delimitan las necesidades de los pacientes los factores étnicos, religiosos, sociales y culturales?
- ¿Cómo podemos identificar a los pacientes en riesgo de no comprometerse con el tratamiento recomendado?
- ¿Cómo podemos identificar a los pacientes en riesgo de desajuste luego de un tratamiento no exitoso?

APÉNDICE 6: METODOLOGÍA

Elaboración del Manual

Los manuales de la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) son elaborados en base al *Manual para la elaboración de pautas ESHRE* (Nelen, 2009), que pueden consultarse en la web de ESHRE (www.eshre.eu). El objetivo principal de este manual es ofrecer a los miembros del equipo consejo paso a paso sobre la elaboración del manual ESHRE . Además, la expectativa es que este enfoque mejorará la calidad metodológica de los Manuales ESHRE y tendrá un impacto positivo sobre la calidad de la atención médica reproductiva que se brinda en Europa. El manual ha sido elaborado por el Grupo de interés especial en Seguridad y Calidad en TRA y ha sido aprobado por el Comité Ejecutivo. El manual describe un procedimiento de 12 pasos para que el equipo responsable escriba pautas de administración clínica, apoyado por el experto en metodología ESHRE:

1. Selección de tópicos para el manual
2. Formación del equipo responsable de la elaboración de la guía
3. Alcance del manual
4. Formulación de las preguntas clave
5. Búsqueda de evidencia
6. Síntesis de la evidencia
7. Formulación de recomendaciones
8. Escritura de la versión preliminar del manual
9. Consulta y revisión
10. Difusión del manual
11. Implementación y evaluación del manual
12. Actualización del manual.

El presente manual fue elaborado y financiado por ESHRE, que cubrió los gastos asociados con las reuniones (gastos de viaje, hospedaje y comidas), las búsquedas de literatura (costos de librería, costos asociados con la obtención de papers) y la implementación del manual (impresiones, herramientas de la web, costos de publicación). Excepto el reembolso de sus gastos de viaje, los miembros del equipo responsable de la elaboración de esta guía no recibieron pago alguno por su participación en el proceso de desarrollo del manual.

Los coordinadores del Grupo de Interés Especial (SIG, por su sigla en inglés) en Psicología y Consultoría en 2010 tomaron la iniciativa de escribir pautas de acción en atención psicosocial para infertilidad y reproducción médicamente asistida. Se organizó una primera reunión con los coordinadores, los antiguos coordinadores y los suplentes del SIG en Psicología y Consultoría para determinar el tema de las pautas y completar la lista de los alcances. El grupo inicial de siete psicólogos y un médico se extendió luego de esa reunión inicial con un representante paciente (Clare Lewis-Jones, de Infertility Network UK), otro médico (Dr. Christos Venetis, un ginecólogo interesado en el tratamiento de la infertilidad centrado en el paciente) y la Dra. Eline Dancet (una partera con un interés específico y experimentada en tratamiento de la infertilidad centrado en el paciente). Nos esforzamos para balancear en términos de género y locación dentro de Europa, tomando en consideración la dominante femenina en el campo de la psicología y la consultoría, y el dominio de los países del oeste de Europa en cuanto a experiencia e interés en el desarrollo del manual.

Se organizaron seis reuniones del grupo en diferentes momentos clave del proceso de desarrollo de la guía, con entrenamiento en medicina basada en la evidencia y desarrollo de pautas, o bien para discutir

decisiones que debían tomarse.

En la segunda reunión, se delinearon 12 preguntas clave (en formato PICO) hasta que se arribó a un consenso y se definieron las palabras clave. Se asignó a cada miembro del equipo responsable de la elaboración de esta guía una o más preguntas PICO.

Búsquedas sistemáticas de literatura

En base a las palabras clave, el experto en metodología buscó evidencia en PUBMED, la biblioteca Cochrane, PsychInfo y Embase. Las búsquedas de literatura incluían estudios publicados entre el 1 de enero de 1990 y el 1 de abril de 2014 (o indexados en PUBMED/PsychInfo antes del 1 de abril de 2014). Además, se envió un email a los miembros del SIG en Psicología y Consultoría solicitando sugerencias de publicaciones que pudieran ser relevantes para el manual. Papers, disertaciones y capítulos de libro fueron incluidos, pero los abstracts de conferencias fueron excluidos. Las búsquedas no estuvieron limitadas al idioma inglés. Sin embargo, ninguno de los papers en otros idiomas considerados para ser incluidos y evaluados en los cuadros de evidencia fue conservado en el sumario final de evidencia.

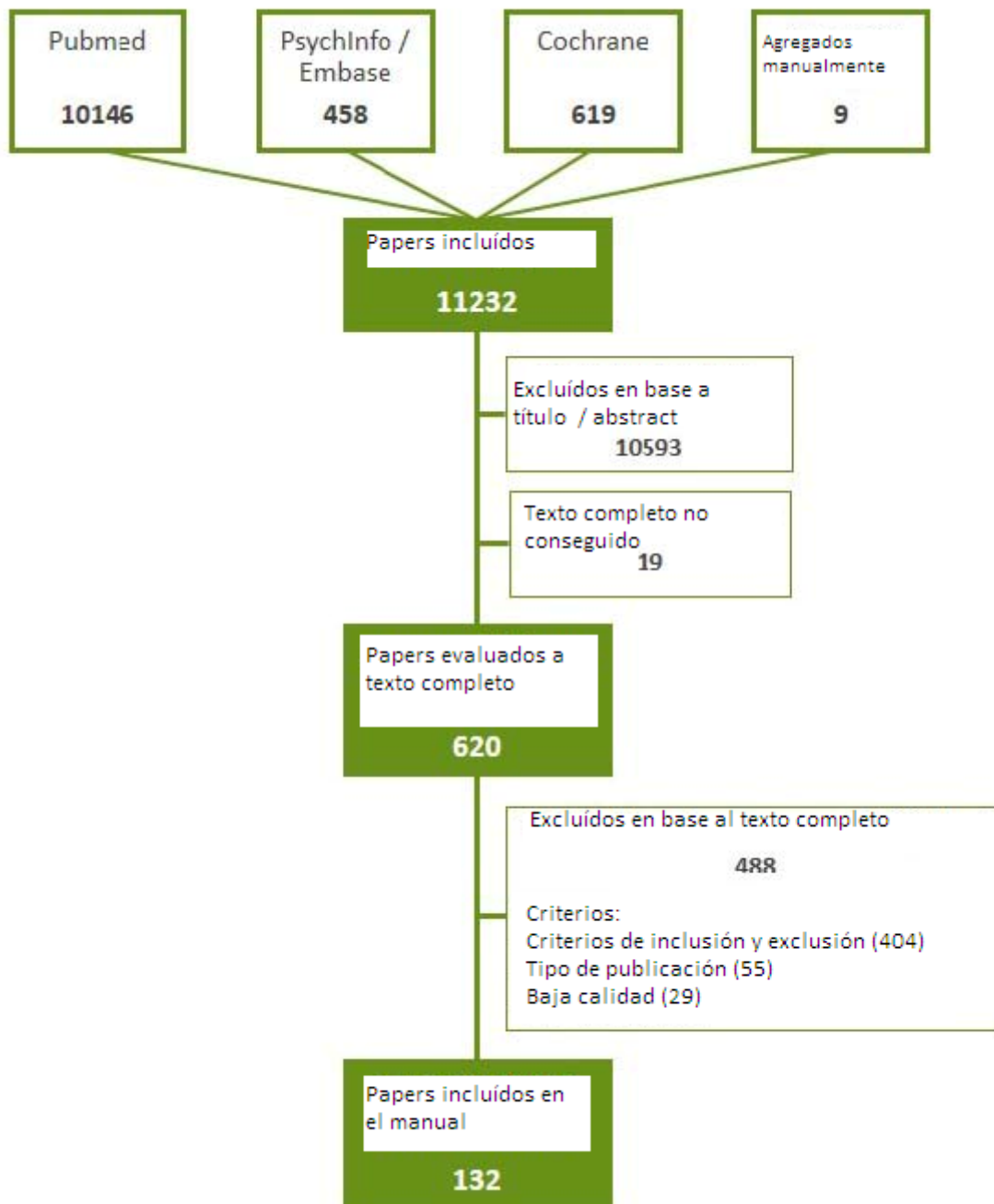
Las búsquedas de literatura se llevaron a cabo como un proceso iterativo. En un primer paso, se recolectaron revisiones sistemáticas y metaanálisis. Si no se hallaban resultados, la búsqueda se extendía a ensayos clínicos controlados aleatoriamente, y a estudios prospectivos y reportes de casos. Las búsquedas preliminares eran tamizadas por el experto en metodología, en base al título y abstract. El miembro del equipo asignado luego continuaba tamizando los resultados de la búsqueda de literatura en base al título, abstract y su conocimiento de la literatura existente, para ver si el manuscrito coincidía con los criterios de inclusión. De ser necesario, se llevaban a cabo búsquedas adicionales para obtener la lista final de papers. El proceso de selección de estudios, desde la recuperación por la vía de la búsqueda sistemática hasta la inclusión final, aparece resumido en un diagrama de flujo (Figura A6.1).

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluían aquellos estudios que proveían de evidencia que describía las necesidades del paciente infértil estándar antes, durante y después del tratamiento de fertilidad, o que ofrecía evidencia sobre cómo detectar o responder a esas necesidades.

Consideramos necesidades conductuales, sociales y de afinidad (relación), emocionales y cognitivas (necesidades CSEC). Los resultados incluidos para necesidades conductuales fueron conductas vinculadas al estilo de vida, ejercicio, nutrición y compromiso con el tratamiento. Para las necesidades sociales y de afinidad (relación), los resultados fueron relación con cónyuge/pareja, familia, amigos y red social más amplia, y trabajo. Para las necesidades emocionales, los resultados fueron ansiedad, depresión, calidad de vida, estrés/angustia, desórdenes psiquiátricos y morbilidad, afectos positivos y negativos, humor, optimismo, pena y autoestima. Por último, para necesidades cognitivas, los resultados fueron conocimiento y preocupaciones. Solo fueron incluidos los datos de estudios que evaluaban estos resultados con cuestionarios validados.

Figura A6.1. Proceso de selección de evidencia desde los resultados de búsqueda de literatura hasta la lista final de papers incluidos en el manual.



1Exclusión de papers en base a tipo de publicación cuando se incluyeron estudios de más alta calidad (esto es, revisiones sistemáticas), y exclusión de papers de opinión y revisiones narrativas.

Los datos sobre la descripción de necesidades incluyeron todos los estudios con datos descriptivos sobre una muestra de pacientes infértiles, o estudios que comparaban grupos de pacientes infértiles con un grupo control (las definiciones de los grupo control eran muy heterogéneas) o norma poblacional. Los datos sobre la detección de necesidades eran todos datos de estudios que evaluaban

los factores de riesgo (correlaciones en estudios transversales o predictores en estudios longitudinales) para las necesidades CSEC. Los datos sobre cómo responder a las necesidades eran todos datos de estudios que describían el efecto de los componentes de la atención psicosocial o las intervenciones que pueden ser administradas sin la presencia de un PSM y entrenamiento especializado, sobre pacientes con necesidades CSEC.

Dentro de este marco, solo se incluyeron estudios cuyos momentos evaluativos correspondían con alguna de las tres etapas del tratamiento consideradas (Figura A6.2):

- Antes del tratamiento: desde la primera visita a la clínica hasta el comienzo del primer ciclo de tratamiento. Definimos el comienzo del ciclo el quinto día de estimulación ovárica, dado que muchos estudios definen como su momento de información de referencia durante la estimulación. Por lo tanto, el período previo al tratamiento incluye la primera cita en la clínica, el proceso de diagnóstico y el tiempo de espera antes de iniciar el tratamiento.

- Durante el tratamiento: el tiempo que abarca cualquier ciclo de tratamiento, sea un tratamiento de primera línea como IIU, o los ciclos de TRA (FIV y/o ICSI). Un ciclo de tratamiento de primera línea comienza al inicio del ciclo menstrual de la mujer. Un ciclo de tratamiento con TRA comienza al inicio de la inducción de la ovulación. El ciclo de tratamiento puede por lo tanto incluir (de acuerdo con el tratamiento practicado) estimulación ovárica, extracción del ovocito, transferencia del embrión, el tiempo de espera hasta y la primera medición del resultado del tratamiento (por ejemplo, test de embarazo 15 días después de la transferencia del embrión, primera ecografía 6 semanas después de la transferencia del embrión), incluyendo las reacciones ante el resultado del tratamiento. Muchos estudios que examinan el período de tratamiento toman la información de referencia antes del verdadero comienzo del ciclo (varían desde unos pocos días hasta un mes) y a menudo miden las reacciones ante el resultado del tratamiento aproximadamente un mes después del test de embarazo, para evitar capturar reacciones de pena extrema. Estos estudios fueron incluidos en el período durante el tratamiento cuando presentaban un diseño longitudinal que se superponía total o parcialmente con él.

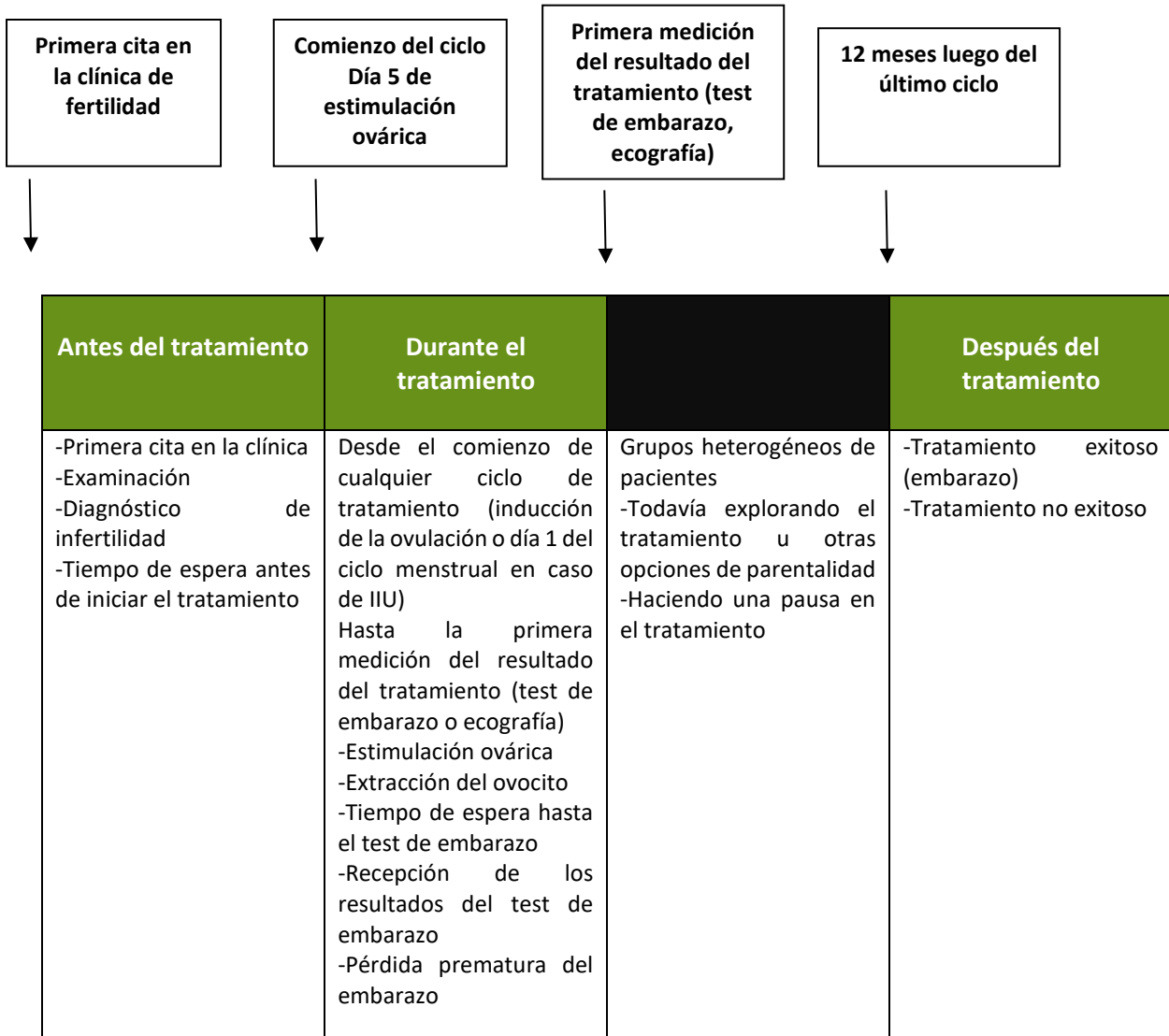
- Después del tratamiento: período que comienza un año después de que los pacientes atraviesan su último ciclo de tratamiento. La literatura existente sobre el período postratamiento distingue entre aquellos que no concibieron con el tratamiento (esto es, tratamiento no exitoso, por ejemplo, test de embarazo negativo, aborto, etc.) y aquellos que sí lo hicieron (esto es, tratamiento exitoso que resulta en embarazo), y esa distinción es respetada en el Manual. En el caso de tratamiento no exitoso, el período postratamiento se extiende indefinidamente hacia el futuro. Por lo tanto, la expresión “corto plazo” se utilizará para referirse al período entre uno y dos años después del tratamiento, y “largo plazo” para referirse al período que comienza dos años después del tratamiento. En el caso del embarazo conseguido vía tratamiento, el período postratamiento refiere solo al período de embarazo y termina con el nacimiento del niño.

Para ser incluidos en el Manual, los estudios debían ser de calidad media a alta, y permitir recomendaciones de grado A a D (ver sección Evaluación de Calidad más abajo). Por último, los estudios con poblaciones de pacientes específicas (por ejemplo, pacientes que utilizan reproducción con una tercera parte, parejas lesbianas) solo fueron incluidas si las necesidades o la atención psicosocial descriptas eran comunes a las de todos los pacientes infértiles.

Extracción de datos

La evidencia fue recolectada por el miembro del equipo asignado y resumida en cuadros de evidencia, de acuerdo con el formato GIN (<http://www.g-i-n.net/activities/etwg>). Estos cuadros fueron luego revisados por otro miembro del equipo y se resolvieron los desacuerdos entre los dos miembros del equipo mediante debates, hasta que se arribó al consenso.

Figura A6.2. Definición de los períodos antes, durante y después del tratamiento de fertilidad, tal como se utilizan en este Manual



Evaluación de Calidad y grado de recomendaciones

Todos los estudios incluidos fueron evaluados para determinar la calidad de evidencia. La calidad de los papers seleccionados fue evaluada utilizando la grilla de evaluación de calidad definida en las pautas ESHRE. Los cuadros de evaluación de calidad fueron construidos por un miembro del equipo y revisados por un segundo miembro. Los desacuerdos se resolvieron mediante debates entre ambos miembros, hasta que se arribó a consenso.

Los estudios cuantitativos fueron puntuados desde 1++ a 4, en base al tipo de estudio y su calidad. La calidad de los estudios fue evaluada con las grillas de evaluación de calidad provistas en el *Manual para la elaboración de pautas ESHRE*. Las puntuaciones aparecen descritas en el Cuadro A6.1.

La calidad metodológica de los estudios cualitativos fue evaluada con una grilla (Criterios para evaluar estudios cualitativos) desarrollada por la Qualitative Research and Health Working Group de la Liverpool School of Tropical Medicine (LSTM). Aunque inicialmente incluida y evaluada en consecuencia, la evidencia deducida de estudios cualitativos no fue incluida en el sumario de evidencia o como evidencia de apoyo para las recomendaciones. La investigación cualitativa tiene valor significativo para evaluar la experiencia vivida con la infertilidad y con el tratamiento de fertilidad. Sin embargo, los estudios cualitativos en general no parten de hipótesis y no son objetivos / neutrales, ya que el investigador se pone en el lugar del participante para comprender cómo es el mundo desde la perspectiva de esa persona. Siguiendo el consenso general, se debe evitar escribir recomendaciones en base a investigación cualitativa (Biggerstaff y Thompson, 2008).

La evidencia combinada para responder a cada pregunta PICO específica fue puntuada de A a D, en base a los estudios (cuantitativos) incluidos y su calidad. Se formularon recomendaciones para reflejar la fuerza de la evidencia. Es importante mencionar que el grado de una recomendación se relaciona con la fuerza de la evidencia sobre la que la recomendación se basa. No refleja la importancia clínica de la recomendación. Esta información se resume en el Cuadro A6.1.

Cuadro A6.1. Constitución del grado de las recomendaciones en base a la evidencia que las soporta (tipo de estudio y calidad). Adaptado de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

| Tipo de estudio | Nivel de evidencia | Calidad del estudio | Grado de recomendación |
|---|--------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Meta-análisis | 1 | Alta (++) | A |
| Ensayos múltiples aleatorios | | Moderada (+) | B |
| Ensayo simple aleatorio | 2 | Alta (++) | B |
| Ensayo(s) amplio(s) no aleatorio(s) Caso control / estudios de cohorte | | Moderada (+) | C |
| Estudios no analíticos Reporte de casos / series de casos | 3 | Alta (++)/ moderada (+) | D |
| Opiniones de expertos | 4 | / | IBP |
| Todos los estudios | - | Baja (-) | Excluidos del manual |

Formulación de recomendaciones

En base a la evidencia recopilada, se escribieron primeras versiones de recomendaciones para cada pregunta por miembros del equipo asignados. Se organizaron dos reuniones de dos días para discutir las recomendaciones y la evidencia de apoyo, y para arribar a un consenso para la formulación final de las recomendaciones. Luego de la reunión final del grupo de pautas, la presidenta y el experto en metodología revisaron toda la evidencia y las recomendaciones y las combinaron en un documento

coherente y sólido. Por último, todos los miembros del equipo y el representante paciente revisaron el documento y formularon comentarios por escrito, que fueron incorporados antes de que la versión fuera publicada en la web del ESHRE para que la revisaran sus miembros.

Estrategia para revisar la versión del manual

Una vez finalizada la versión del manual, comenzó el proceso de revisión.

La versión preliminar del manual fue presentada en la Reunión Anual ESHRE 2015 en Múnich y publicada en la web de ESHRE, junto con un formulario para que los revisores comentaran y una breve explicación del proceso de revisión. El manual fue sometido a revisión entre el 5 de agosto y el 30 de setiembre de 2014.

Para notificar a psicólogos interesados, enviamos una invitación por email a todos los miembros del SIG en Psicología y Consultoría, para que revisaran la versión, y publicamos una invitación en el e-newsletter ESHRE (ESHRE modificado agosto 2014).

Algunos revisores selectos fueron personalmente invitados por email. Entre ellos:

- Coordinadores y suplentes del ESHRE SIG en Psicología y Consultoría, y en Calidad y Seguridad en TRA
- Miembros de Fertility Europe (personas de contacto de organizaciones de pacientes de toda Europa)
- Sociedades europeas de psicología y consultoría
- Sociedades nacionales, europeas y no europeas en el campo de la infertilidad y la medicina reproductiva.

Todos los revisores aparecen en la lista del Apéndice 7. El reporte del procesamiento de comentarios de los revisores, incluyendo otra información sobre la revisión y una lista de todos los comentarios por revisor con la respuesta formulada por el equipo, será publicado en la web de ESHRE.

Estrategia de implementación de la guía de pautas

El procedimiento de difusión de todas las guías ESHRE comprende la publicación (tres pasos) y el anuncio (seis pasos).

Cada guía es publicada en la web de ESHRE y en Human Reproduction. El procedimiento de anuncio incluye un anuncio en *Focus on Reproduction*, un flash informativo en el sitio web de ESHRE y una noticia en el newsletter digital mensual de ESHRE. Todos los participantes de la reunión anual ESHRE serán informados sobre los desarrollos y el lanzamiento de nuevas guías durante una sesión específica; todas las sociedades nacionales y organizaciones de pacientes relacionadas son informadas por separado del lanzamiento de la guía. Se les solicita que fomenten la implementación local elaborando, por ejemplo, traducciones o versiones condensadas, pero también se les ofrece un enlace al documento original en la página web. Por último, se informará a todos los otros miembros profesionales.

Una versión de la guía para pacientes será desarrollada por un subgrupo del equipo junto con representantes pacientes. Se trata de una traducción de las recomendaciones al lenguaje cotidiano, con énfasis en cuestiones importantes para los pacientes. Apunta a ayudar a los pacientes a entender las recomendaciones del manual y facilita la toma de decisiones clínica.

Para mejorar la implementación de la guía, los miembros del equipo responsable de la elaboración de la guía trabajarán en colaboración con el experto en metodología en cuadros, diagrama de flujos y en la adición de material gráfico o visual a la guía, de modo de ayudar a los miembros del equipo a incorporar las recomendaciones más importantes en la práctica cotidiana. Todo el material de referencia estará disponible para el equipo de la clínica en la web de ESHRE.

Agenda para actualizar la guía

Las guías de pautas deben mantenerse actualizadas. Deben ser sometidas a revisión 4 años luego de su publicación. Dos años después de la publicación, el experto en metodología comenzará la búsqueda de nueva evidencia. En caso de existir hallazgos de importancia, el experto en metodología contactará al presidente del equipo responsable de la elaboración de la guía y debatirán la necesidad de una versión actualizada de ella.

Se toman todas las precauciones para asegurar que esta publicación es correcta en cada detalle al momento de la publicación. Sin embargo, si hubiera errores u omisiones, se publicarán las correcciones en la versión web de este documento, que es en todo momento la versión definitiva. Esa versión puede encontrarse en (www.eshre.eu).

Referencias

- Biggerstaff D, Thompson AR. Interpretative phenomenological analysis (IPA): A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qual Res Psychol* 2008;**5**: 214-224.
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *Bmj* 2000;**321**: 694-696.
- Nelen WL. ESHRE manual for guideline development. 2009. Retrieved December 1st 2014, from www.eshre.eu/guidelines.

APÉNDICE 7: Revisores de la versión preliminar

Como se mencionó en la metodología, la versión preliminar se sometió a revisión durante ocho semanas, entre el 5 de agosto y el 30 de setiembre de 2014. Todos los revisores, sus comentarios y la respuesta del equipo responsable de la elaboración de esta guía se resumen en el reporte de revisión, publicado en la web de ESHRE como documentación de apoyo a este Manual.

La lista de expertos en el campo que ofrecieron comentarios a la guía y su nacionalidad se resumen abajo.

| | | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Douglas Saunders | <i>Australia</i> | Akiko Mori | <i>Japón</i> |
| Cailin Jordan | <i>Australia</i> | Claudia Melo | <i>Portugal</i> |
| Chantalle Laruelle | <i>Bélgica</i> | Mariana Moura Ramos | <i>Portugal</i> |
| Adelheid Rigo | <i>Bélgica</i> | Diana Guerra Diaz | <i>España</i> |
| Vanya Savova | <i>Bulgaria</i> | Herborg Holter | <i>Suecia</i> |
| Ma Fang | <i>China</i> | Helena Volgsten | <i>Suecia</i> |
| Tracey Chester | <i>Inglaterra</i> | Carolyn Cesta | <i>Suecia</i> |
| Laure Camborieux | <i>Francia</i> | Stina Järholm | <i>Suecia</i> |
| Petra Thorn | <i>Alemania</i> | Tanja Tydén | <i>Suecia</i> |
| Anne Meier-Credner | <i>Alemania</i> | Danièle Besse | <i>Suiza</i> |
| Heribert Kentenich | <i>Alemania</i> | Marysa Emery | <i>Suiza</i> |
| Vera Higi | <i>Hungría</i> | Lies ter Haar | <i>Países Bajos</i> |
| Bonnie Maher | <i>Irlanda</i> | Marja Visser | <i>Países Bajos</i> |
| Liora Baor | <i>Israel</i> | Nezihe Kizilkaya Beji | <i>Turquía</i> |
| Yael Benyamini | <i>Israel</i> | Tereza Indrielle | <i>REINO UNIDO</i> |
| Hana Gilaie Guinor | <i>Israel</i> | Steve Lui | <i>REINO UNIDO</i> |
| Alma Linkeviciute | <i>Italia</i> | Stamatios Karavolos | <i>REINO UNIDO</i> |
| Daniela Leone | <i>Italia</i> | Nicky Hudson | <i>REINO UNIDO</i> |
| Lalatte Faustina | <i>Italia</i> | Charmain Russell | <i>REINO UNIDO</i> |
| Zaira Donarelli | <i>Italia</i> | Patricia E. Hershberger | <i>ESTADOS UNIDOS</i> |
| Laura Salerno | <i>Italia</i> | Deborah Lancaster | <i>REINO UNIDO</i> |

Copyright © European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved.

El contenido de este Manual ESHRE ha sido publicado para uso personal y educativo únicamente. No se autoriza su uso comercial. No pueden traducirse o reproducirse por ningún medio partes de este Manual ESHRE sin previo permiso escrito del Coordinador de comunicaciones de ESHRE.

La presente traducción al español fue realizada en el marco del Proyecto UBACYT 20020150100164BA (2016-2018): “Las competencias del psicólogo en el ámbito de las Tecnologías de Reproducción humana Asistida”, dependiente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, dirigido por la Prof. Dra. Elizabeth Beatriz Ormart.

La traducción fue realizada por Carolina Fernández, con la colaboración de Mercedes Marcovecchio y Ezequiel Pereyra Zorraquín, para uso exclusivo de los miembros del grupo de investigación. La revisión de la traducción estuvo a cargo de Natacha Salomé Lima.

