

Influencia del apoyo psicológico grupal en la calidad de vida, continuidad y tasas de embarazo, en tratamientos de fecundación in Vitro

The influence of group psychological support on quality of life, discontinuation and pregnancy rates in In vitro fertilization treatments

S.A. Viñas Burgos¹, M. A. Pérez Bourgeois², E. Rodríguez-Bies³, M. Dorado Silva⁴, P. Sánchez Martín¹, F. Sánchez Martín^{1,*}

¹Unidad de Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Clínica Ginemed, Sevilla, España.

²Departamento de Investigación de Fundación Ginemed. Sevilla, España.

³Departamento de Deporte e Informática. Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España.

⁴Laboratorio de Reproducción, Genética y Análisis Clínicos. Clínica Ginemed.

RESUMEN

Pregunta del estudio. ¿La intervención psicológica grupal antes y durante los ciclos de Fecundación in vitro (FIV), es una herramienta eficaz para mejorar la calidad de vida, la continuidad y las tasas de embarazo?

Resumen. Las mujeres que participan en un grupo de apoyo psicológico logran una mejor gestión de sus emociones durante los tratamientos, aumentando la tolerabilidad y continuidad frente a los mismos. Así mismo los grupos de apoyo han logrado una influencia positiva en las tasas de embarazo.

Lo que ya se conoce. Los tratamientos de Reproducción Asistida afectan negativamente en la calidad de vida de las pacientes en general. El motivo principal de abandono de los tratamientos es el estrés, la

Aceptado: 10/3/2017

Correspondencia: F. Sánchez Martín

Unidad de Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Clínica Ginemed.

E-mail: svinas@ginemed.es / fsanchez@ginemed.es.

SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: editorialmedica@editorialmedica.com

afectación en la pareja, y los síntomas de ansiedad y depresión. Por otra parte, las modalidades de intervención psicológica grupal han logrado influir positivamente tanto en el estado emocional como en las tasas de embarazo.

Diseño del estudio, tamaño y duración. Estudio de cohorte, prospectivo, 95 mujeres que inician un ciclo de Fecundación Asistida en una clínica privada de la ciudad de Sevilla (España).

El proyecto se diseñó en dos etapas. 1ª Etapa: Primer ciclo de fecundación asistida, F1: inicio, F2: final. 2ª Etapa: transferencia de los embriones congelados o nuevo ciclo para aquellas mujeres que no lograron el embarazo en el primer ciclo, F3: inicio, F4: final. El estudio se llevó a cabo desde agosto 2012 hasta agosto 2013.

Participantes/materiales, composición y métodos. Mujeres entre 25 y 40 años, que inician un ciclo de FIV. Las pacientes fueron captadas principalmente por vía telefónica; siendo asignadas al grupo control (CG) o al grupo de apoyo (SG).

La totalidad de la muestra cumplimentó el Cuestionario de Calidad de Vida en Fertilidad (FertiQol), en el inicio (F1/F3) y tras finalización de cada ciclo realizado o transferencia de embriones congelados (F2/F4). El seguimiento se realizó durante un año y/o dos intentos.

Las mujeres del SG participaron durante el primer ciclo en un Programa de Apoyo psicológico realizado en 8 sesiones grupales, de frecuencia semanal cuyo objetivo fue el ajuste emocional, la adopción de recursos adaptativos y de afrontamiento y técnicas de relajación para reducir el estrés durante el tratamiento.

Resultados principales. No existen diferencias significativas entre las mujeres participantes de este estudio en cuanto a la edad o en las variables clínicas.

Las mujeres del CG tienen un mayor porcentaje de tasas de abandono que las mujeres que recibieron el programa de intervención psicológica, 38 % vs. 8 %, $p=0,046$.

La calidad de vida intergrupal al comienzo del ciclo revela diferencias estadísticamente significativas en el Core FertiQol y en cada una de las subescalas ($p=0,001$), obteniendo el CG valores más elevados en su calidad de vida inicial.

La variación en la calidad de vida durante el transcurso del primer ciclo (F1 vs. F2), en el SG evidencia una tendencia en aumento, presentando diferencias significativas en Core FertiQol y las subescalas Emocional y Mente/Cuerpo, $p=0,032$, $p=0,005$, $p=0,039$, respectivamente. En tanto que en el CG se observa una tendencia a la disminución en Core FertiQol y en cada una de las cuatro subescalas.

En cuanto a la Calidad del Cuidado se observa una tendencia al aumento para el SG en el Módulo de Tratamiento (Treatment FertiQol) y la subescala Entorno con una diferencia significativa en Tolerabilidad, ($p=0,001$).

La tasa de embarazo logrado para el SG asciende al 64 % mientras que la tasa de embarazo logrado para el CG asciende al 48 % ($p=0,668$).

En la primera fase del estudio las pacientes del SG presentaron tasas superiores de embarazo con respecto al CG, 48 % vs 38 % ($p=0,793$). La misma tendencia se observa en la segunda fase, 35 % vs. 22 % respectivamente.

Limitaciones. Dadas las condiciones del estudio (ajuste temporal y sesiones grupales semanales) la asignación a un grupo u otro fue a voluntad de las participantes. Por esta misma razón la muestra se limitó a 95 mujeres, siendo de interés que futuros estudios puedan extender nuestros resultados a una población mayor.

Implicaciones del hallazgo. El Cuestionario FertiQol es un cuestionario validado internacionalmente y sus resultados se pueden analizar en una perspectiva amplia e internacional.

Observamos que el apoyo psico-emocional puede mejorar la calidad de vida antes y durante los tratamientos de Fecundación Asistida y disminuir a su vez las tasas de abandono.

Financiación del estudio/conflicto de intereses. Este trabajo fue apoyado por Fundación Ginemed en su interés por mejorar la calidad asistencial de sus centros. No hay conflictos de intereses.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2017; 34; 44-55 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Palabras claves: Fecundación In Vitro, apoyo psicológico grupal, continuidad, calidad de vida, embarazo.

SUMMARY

Study question: Is attending a psychological support group before and during an assisted in In Vitro Fertilization (IVF) treatment a useful tool in, improving quality of life, continued participation and pregnancy rates?

Summary answer: Women who participate in a support group improve their quality of life, continue with their treatment and a higher percentage achieve a pregnancy.

What is known already: Assisted reproduction treatments negatively affect patients' quality of life. The principal cause of treatment discontinuation is stress, relational strain and symptoms associated with anxiety and depression. However, psychological intervention in the form of support groups has been demonstrated to have a positive influence on both emotional well-being as well as pregnancy rates.

Study design, size, duration: Cohort Study, Pilot, 95 women who are beginning an assisted reproduction cycle in a private clinic in Seville (Spain). The project was designed in two stages. 1st Stage: first cycle of IVF (F1 start, F2: end). 2nd Stage: transfer frozen embryos transfer (FET) or new cycle of IVF, for women who failed pregnancy in the first cycle (F3: start, F4: end). The study was undertaken from August 2012 to August 2013.

Participants/materials, setting, methods: Women between 25 and 40 years old, who are commencing an IVF cycle. The patients were primarily recruited by telephone; they were assigned to a control group (CG) or to a support group (SG) according to their availability.

All of the members of the sample group completed the Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQol) at the beginning (F1/F3) and end of each cycle or frozen embryos transfer (F2/F4). The follow-up took place over a one-year period and/or two attempts.

The women from the SG took part, during the first cycle, in a psychological support programme, which took the form of eight group sessions, which took place on a weekly basis and the emphasis of which was emotional well-being, the adoption of behaviour modification and coping strategies, and relaxation techniques aimed at stress reduction.

Main results and the role of chance: The ages and clinical variables of the women who participated in the study did not differ significantly. The women from the CG had a higher drop-out rate than those who took part in the psychological support programme, 38% vs. 8%, $p=0.046$.

The between-group comparison from the initial Quality of Life assessment reveals statistically significant differences in the Core FertiQol and in each of the subscales ($p=0.001$), with the CG initially obtaining higher quality of life scores.

The quality of life of the SG tended to increase over the course of the first cycle (F1 vs. F2), with significant differences being found in the Core FertiQol and in the Emotional and Mind-Body subscales, $p=0.032$, $p=0.005$, $p=0.039$, respectively. Equally, the scores in the Core FertiQol and the four subscales of the CG tended to decrease. In terms of Quality of Care, in the SG a tendency towards an increase is observed in the Treatment FertiQol and the Environment subscale with a significant difference visible in the Treatment Tolerability, $p=0.001$. This suggests that psychological support improves the patients' ability to manage their emotions and affords a greater ability to tolerate the burden of the treatment on daily life.

Core FertiQol and Total FertiQol for the second cycle IVF or FET reveal similar trends in both groups. In this second cycle or frozen embryo transfer, neither of the groups received psychological support.

The total number of pregnancies from both attempts among the group of patients who received the eight psychological support sessions increases to 65%, while the women from the control group obtained a pregnancy rate of 48%, $p=0.668$. The patients from the SG also achieved superior pregnancy rates during the first fertility treatment in comparison to those from the CG, 49% vs. 39%, $p=0.793$.

Limitations, reasons for caution: Given the conditions of the study (time constraints and weekly group sessions), the participants were able to decide whether they were assigned to one group or the other. The average quality of life from the initial questionnaire (FertiQol) of those who agreed to participate in the SG was significantly lower in comparison to those from the CG. These findings might lead us to believe that those women who perceive psychological distress are more receptive to receiving additional support. Nonetheless, later evaluations also indicate that those patients, who began with an optimal state of mind, experienced a fall in their quality of life during the treatment and had a higher discontinuation rate.

Wider implications of the findings: Given that FertiQol is an internationally validated questionnaire, these results can be evaluated within a broad and international perspective.

On the other hand, it is interesting to observe how patients, who are at a higher risk of emotional problems can benefit from psychological support, and how those patients who initially do not appear to be at risk of developing emotional problems, but are then unsuccessful in their treatment have high drop-out rates. This could indicate the importance of psychological-emotional support being integrated into assisted reproduction clinical practice.

Study funding/competing interest: The Ginemed Foundation, in accordance with their objective to improve the quality of the care available in their centres, funded this study. There are no competing interests.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2017; 34; 44-55 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Keywords: *In vitro fertilisation, group psychological support, discontinuation, quality of life, pregnancy.*

INTRODUCCIÓN

Los avances experimentados en los tratamientos de Reproducción Asistida suponen una de las más importantes aportaciones de la ciencia médica a la calidad de vida de la población (1). (Libro Blanco Sociosanitario de la infertilidad en España 2011).

Las variables biomédicas (tipo de infertilidad, número y tipo de ciclos realizados, etc.) y otras variables como la edad de la mujer, están directamente relacionadas con los resultados de los tratamientos.

Por otro lado, los factores psicológicos tales como el impacto emocional (2, 3) (Cousineau and Domar, 2007; Verhaak et al., 2007), el estrés (4, 5) (Matthiesen et al., 2011; Wiegand et al., 2010), los niveles de ansiedad y depresión (3) (Verhaak et al., 2007), la calidad de vida antes, durante y después de los tratamientos (6, 7) (Karabulut et al., 2013; Verhaak et al., 2005), la afectación emocional en ambos miembros de la pareja (8-10) (Huppelschoten et al., 2013b; Reis et al., 2013; Boivin et al., 2005), la percepción de falta de apoyo social, de aceptación cognitiva (11) (Domar et al., 2012) y control en los tratamientos, están siendo cada vez más estudiados e incluso asociados con las razones de importancia para el abandono de los mismos, (12-14) (Domar et al., 2010; Pedro et al., 2013; Lopes et al., 2014).

En la misma línea otros estudios observan cómo ese decremento en la calidad de vida se puede mantener incluso durante el embarazo (15) (De Pascalis et al., 2012) conseguido por técnicas de reproducción asistida.

El creciente número de publicaciones que estudian los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que implica todo tratamiento de reproducción asistida, permite poner en evidencia la necesidad de ofrecer alguna modalidad de apoyo psicológico como parte de la atención habitual que se debería dispensar a los pacientes de Reproducción Asistida Humana (16, 17) (Boivin J.A., 2003; Hämmerli et al., 2009), así como también la implementación de programas de entrenamiento para el staff, en un futuro inmediato (18, 19) (Gameiro et al., 2013; Huppelschoten et al., 2013a).

El consejo o apoyo psicológico, en particular en su modalidad grupal, puede ofrecer los recursos adecuados para potenciar las habilidades de afrontamiento (20) (Rapoport-Hubschman et al., 2009), reducir el estrés (21, 22) (Chy et al., 2006; Domar et al., 2000a), cuidar la calidad de vida del paciente (23, 24) (Tarabusi et al., 2004; Danet et al., 2010) y potencialmente mejorar las tasas de embarazo (25, 26) (Domar et al., 2000b, 2011).

En el convencimiento de que los aspectos más humanos y personales entran en juego en el deseo de tener un hijo; el apoyo y orientación adecuada frente a tantas emociones encontradas puede ser la clave para mejorar la vivencia de los

tratamientos, la comunicación con el staff, la continuidad, y los resultados en los tratamientos de Fecundación Asistida.

El espíritu de esta investigación fue comprobar la eficacia de la intervención psicológica en un ámbito donde la predominancia de los aspectos biomédicos tanto para los profesionales como para los mismos pacientes, en muchos casos minimiza la valiosa y necesaria aportación que la Psicología está en condiciones de hacer.

Nos propusimos a través de un Programa de Intervención Psicológica Grupal ofrecido como acompañamiento y apoyo a lo largo de un ciclo de fecundación asistida:

- 1) Mejorar la calidad de vida de las mujeres antes, durante y después del tratamiento.
- 2) Mejorar la calidad de afrontamiento para un segundo ciclo o transferencia de congelados, y entonces la continuidad.
- 3) Lograr una influencia positiva en las tasas de embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se diseñó un estudio experimental longitudinal con una cohorte prospectiva desde agosto de 2012 a agosto 2013. Se realizó el seguimiento de las pacientes durante dos etapas. 1ª Etapa: ciclo de fecundación asistida (FIV); 2ª Etapa: ciclo de FIV o transferencia de embriones congelados (FET) para aquellas mujeres que no lograron embarazo en la primera etapa. El estudio fue llevado a cabo en el centro Ginemed: clínica de reproducción humana asistida, de Sevilla, España. Para llevar a cabo esta investigación se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas para investigaciones médicas en seres humanos de acuerdo a la declaración de Helsinki de la AMM.

Participantes y reclutamiento

Se reclutaron 95 mujeres entre 25 y 40 años que llevaban más de un año intentando concebir y con indicación médica de inicio de un ciclo de tratamiento de fecundación in vitro (FIV/FIV-ICSI). Todas las participantes del estudio eran pacientes de la Clínica Ginemed y fueron captadas por diferentes vías: llamadas telefónicas, información del estudio a través del médico e información en la sala de espera.

Todas las participantes cumplieron una primera entrevista para ser debidamente informadas de las características y objetivos de la investigación, y donde firmaban el consentimiento.

Se conformaron dos grupos de estudio, uno control (CG) y

otro experimental o de apoyo (SG) que participaría de un programa de 8 sesiones de intervención psicológica. Al finalizar el período de reclutamiento, el CG contaba con 46 participantes y el SG con 49.

Criterios de inclusión

Mujeres entre 25 y 40 años que llevaban más de un año intentando concebir y con indicación médica de inicio de un ciclo de tratamiento de fecundación in vitro (FIV/FIV-ICSI), en la Clínica Ginemed.

Fueron incluidas en la investigación mujeres con historia de aborto a repetición y mujeres con antecedentes de baja respuesta a los tratamientos.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión médica fueron: endometriosis grado 4 y síndrome de ovario poliquístico de alto grado. En cuanto a factores psicosociales se tomaron como criterios de exclusión: infertilidad secundaria, presentar algún tipo de alteración psiquiátrica, estar realizando psicoterapia u otra terapia alternativa (yoga, técnicas de relajación, acupuntura, etc.), tener indicación de fármacos psicotrópicos.

Instrumentos de evaluación (FertiQoL)

Para evaluar la calidad de vida de todas las participantes se utilizó el cuestionario de Calidad de Vida en Fertilidad (FertiQoL). Las valoraciones fueron realizadas al comienzo y al final de cada ciclo de FIV. 1ª Etapa: Primer ciclo de FIV: inicio (F1), final (F2). 2ª Etapa: Segundo ciclo de FIV o FET: inicio (F3), final (F4).

El cuestionario «FertiQoL International» consta de 2 partes: «FertiQoL International Cuestionario de Calidad de Vida en la Fertilidad» -Core-FertiQoL- (2008), y «FertiQoL International. Módulo de Tratamiento Opcional» -Treatment-FertiQoL-.

El Core-FertiQoL consta de 24 preguntas que se agrupan en 4 subescalas, que valoran la calidad de vida en 4 aspectos (6 preguntas para cada una): emocional (experiencias individuales comúnmente asociadas a los problemas de fertilidad, envidia, resentimiento, depresión); mente y cuerpo (se refiere a los síntomas físicos como el dolor y el cansancio y los trastornos cognitivos o en el comportamiento, como la falta de concentración, etc.); relacional (indica problemas en la relación con la pareja, sexuales, de comunicación y de convivencia); y social (mide afectación en las interacciones sociales, inclusión social, estigma, apoyo, expectativas, etc.). El Treatment FertiQoL consta de 10 preguntas y valora la percepción del tratamiento en dos subescalas: entorno del tratamiento (6 preguntas) y tolerabilidad al tratamiento (4

preguntas). Cada una de las preguntas está valorada en una escala Likert del 0 al 4, siendo el mayor valor el que se corresponde con una mayor calidad de vida. Utilizando la tabla de puntuación «FertiQoL Scoring» obtendremos un valor de 0 a 100 para cada uno de los aspectos de la calidad de vida y del tratamiento (6 subescalas), y un valor de 0 a 100 para la calidad de vida en general y el tratamiento (2 escalas). En las 6 subescalas, en el resultado global de los dos cuestionarios (Core FertiQoL y Treatment FertiQoL) y en el resultado de los dos tests combinados, el rango de puntuaciones finales es de 0 a 100. Una mayor puntuación se traduce en una mayor calidad de vida. (27, 28) (Boivin et al., 2011; Aarts et al., 2011).

Intervención psicológica

Las mujeres asignadas al SG realizaron una entrevista semiestructurada previa al ingreso al programa de intervención psicológica. Todas las participantes comenzaron con las sesiones grupales dos semanas antes del inicio de su ciclo de tratamiento y continuaron hasta cumplimentar los 8 encuentros.

El Programa de Intervención Psicológica fue diseñado como un espacio de trabajo conformado por un máximo de 10 participantes. Las sesiones eran semanales y de dos horas de duración.

Los grupos eran abiertos, lo que implicaba que cada participante se incluía en el momento que le correspondía.

La primera parte de la sesión estaba destinada al registro individualizado de cada una de las participantes dentro del grupo de trabajo. Este registro individualizado incluyó la presentación de cada una de ellas, la actualización de las visitas médicas y/o tratamientos, las vivencias con la familia y/o los amigos con respecto a la infertilidad, así como un breve resumen del estado anímico predominante.

La segunda parte de la sesión de grupo se dedicó a un tema específico y diferente cada semana, incluyendo el impacto de la vivencia personal de la infertilidad, la expresión emocional, la pareja, la familia, los miedos, pensamientos negativos recurrentes y estrategias positivas para afrontar decisiones y adversidades. Las sesiones finalizaban con técnicas específicas de relajación para pacientes con infertilidad. La metodología incluyó dinámicas de grupo adecuadas a los emergentes de cada sesión.

Análisis de los datos

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el uso de SigmaStat para Windows versión 3.5 (Copyright © 2006 Systat Software, Inc., California, USA). Las variables continuas se expresaron como media \pm desviación estándar y variables categóricas como números y porcentajes.

Las variables continuas (por ej. características médicas y puntuación total y de subescalas del cuestionario FertiQol) fueron comparadas con el Test T - Student o la prueba U de Mann-Whitney, y las variables categóricas (por ej., diagnóstico de infertilidad, pacientes que abandonan tratamiento y tasa de embarazo) fueron comparadas utilizando el Chi-cuadrado o el Test Exacto de Fisher. En todos los análisis, p-valor <0,05 fueron considerados significativos.

RESULTADOS

Un total de 92 mujeres (tasa de respuesta 96,8 %) completaron los cuestionarios de Calidad de Vida FertiQol a lo largo del estudio. Del total de mujeres asignadas al grupo de apoyo (SG), 46 asistieron a las 8 sesiones de apoyo psicológico (tasa de respuesta 93,9 %).

La edad media, características clínicas y tasas de abandono de las mujeres sometidas al primer ciclo de tratamiento de fertilidad de ambos grupos, CG n=46 y SG n=49, se muestra en la Tabla 1. No existen diferencias significativas entre las mujeres participantes de este estudio en cuanto a la edad o en las variables clínicas. No existen diferencias estadísticamente significativas en la edad o en las características clínicas de las pacientes sometidas a un segundo intento ya sea con un nuevo ciclo de fertilidad o con embriones criocongelados (Tabla 2).

La Tabla 3, presenta las puntuaciones obtenidas en el FertiQol y las subescalas para ambos grupos, antes (F1) y después (F2) del primer ciclo FIV.

La calidad de vida intergrupala al comienzo del ciclo revela diferencias estadísticamente significativas en el Core Ferti-

TABLA 1

Características médicas de los pacientes en el primer ciclo de reproducción asistida			
Características de los pacientes	Grupo control (n=46)	Grupo de apoyo (n=49)	p-valor
Edad	34,2 ± 3,4	33,8 ± 3,1	0,486
Nº de folículos	10,0 ± 7,4	13,2 ± 8,7	0,057
Tasa de fecundación (%)	66,0 ± 27,0	71,0 ± 22,0	0,286
Nº de embriones transferidos	2,1 ± 0,8	2,2 ± 0,7	0,202
Diagnóstico de infertilidad (EOD, F, M, MIX)			0,256
Pacientes que abandonan tratamiento (%)	38	18	0,005

Las diferencias fueron calculadas usando el t-test o la Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes y el test χ^2 o el Test Exacto de Fisher para variables continuas y categóricas; p <0,05. EOD = esterilidad de origen desconocido, F= factor femenino, M = factor masculino, Mix = factor mixto

TABLA 2

Características médicas de pacientes en Segundo ciclo de reproducción asistida o transferencia de embriones congelados			
Características del paciente	Grupo control (n=18)	Grupo de apoyo (n=23)	p-valor
Edad	34,1 ± 3,4	34,7 ± 2,7	0,477
Pacientes/Nuevo ciclo (2º ciclo)	7	10	
Nº de folículos	5,7 ± 5,7	12,5 ± 14,9	0,228
Tasa de fecundación (%)	66,5 ± 29,3	87,9 ± 14,0	0,181
Pacientes/Transferencia de embriones congelados	11	13	
Nº de embriones transferidos*	2,2 ± 0,8	2,3 ± 0,7	0,599

*Las diferencias fueron calculadas utilizando el T-Student o Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes y el test χ^2 o Test Exacto de Fisher para variables continuas y categóricas; p <0,05. *Segundo ciclo y transferencia de embriones congelados. Los datos representan la media ± desviación estándar.*

TABLA 3

Puntuación total y de subescalas del cuestionario FertiQol para pacientes en el primer ciclo

Características	Grupo Control (n=46)		p-valor Calidad de Vida variación -CG (F1 vs.F2)	Grupo de Apoyo (n=49)		p-valor Calidad de Vida variación - SG (F1 vs.F2)
	F1	F2		F1	F2	
Calidad de Vida	F1	F2		F1	F2	
Emocional	80,6±15,2	75,6±15,5	0,123	64,5±16,5*	74,0±15,8	0,005‡
Mente-Cuerpo	83,8±12,1	80,2±14,4	0,205	67,5±18,1*	74,8±15,7	0,039‡
Relacional	85,1±12,0	84,8±14,1	0,826	78,3±12,9*	82,0±14,8	0,114
Social	82,8±13,8	78,7±14,4	0,153	69,5±16,2*	74,7±14,3	0,100
Core FertiQol	83,1±9,6	79,8±11,0	0,138	69,2±13,6*	78,4±15,0	0,032‡
Calidad del Cuidado (Subescalas del Módulo de Tratamiento)						
		F2			F2	
Entorno	-	74,8±15,0	-	-	78,4±15,1	
Tolerabilidad al tratamiento	-	46,9±11,0	-	-	75,0±14,8‡	
Treatment FertiQol	-	71,8±14,3	-	-	75,0±13,8	
Total FertiQol		73,0±10,0			71,6±11,7	

F1= FertiQol al inicio del tratamiento, F2= FertiQol al final del tratamiento, CG= grupo control, SG= grupo de apoyo. Diferencias significativas entre grupos para F1 (*) y para F2 (†). Diferencias significativas intra-grupos para la variación en Calidad de Vida (‡); $p < 0,05$. Los datos representan la media \pm desviación estándar. Core FertiQol: Media de calidad de vida en el módulo core. Treatment FertiQol: Media de calidad de vida en el módulo tratamiento. Total FertiQol: Media de calidad de vida para el total de ambos módulos (core y treatment).

Qol y en cada una de las subescalas ($p=0,001$), obteniendo el CG valores más elevados en su calidad de vida inicial.

La variación en la calidad de vida durante el transcurso del primer ciclo (F1 vs. F2), en el SG evidencia una tendencia en aumento presentando diferencias significativas en Core FertiQol y las subescalas Emocional y Mente/Cuerpo, $p=0,032$, $p=0,005$, $p=0,039$, respectivamente. Asimismo, en el CG se observa una tendencia a la disminución tanto en Core FertiQol como en cada una de las cuatro subescalas. Debe considerarse que en el transcurso de este periodo las participantes del SG recibieron las sesiones de apoyo psicológico.

En cuanto a la Calidad del Cuidado se observa una tendencia al aumento para el SG en Treatment FertiQol y la subescala Entorno, hallando diferencia significativa en la Tolerabilidad al tratamiento, $p=0,001$ (Tabla 3). Lo que sugiere que el apoyo psicológico permite una mejor tolerabilidad del impacto del tratamiento en la vida diaria.

En la Tabla 4 que refiere a un 2º ciclo o FET, se observan los resultados del Core FertiQol y las subescalas del mismo para CG y SG al inicio (F3) y tras la finalización (F4) del tratamiento médico; así como, el cálculo de la variación en

la calidad de vida a lo largo de la intervención (F3 vs. F4). También muestra los resultados para la dimensión Treatment FertiQol, sus subescalas y el Total FertiQol.

Core FertiQol y Total FertiQol revelan tendencias similares para ambos grupos. No existen diferencias significativas en la variación de la calidad de vida en ninguna de las subescalas tras el tratamiento de fertilidad. Sin embargo, se aprecia un leve descenso en casi todas las subescalas del dominio core. En este segundo ciclo o transferencia de embriones congelados ninguno de los grupos estaba recibiendo apoyo psicológico.

Con respecto a la subescala Tolerabilidad al tratamiento, vale destacar que el SG presenta valores inferiores estadísticamente significativos en el 2º ciclo o FET con respecto al 1º ciclo, $42,9\pm 11,4$ vs. $75,0\pm 14,8$ puntos, $p=0,001$. Evidenciando una vez más la importancia de las sesiones de apoyo psicológico como factor atenuante sobre el impacto negativo que puede suponer el tratamiento de fertilidad.

Las puntuaciones del dominio Core también fueron sometidas a comparación en el inicio de cada ciclo (F3 vs. F1) para cada grupo, Figura 1. El CG presenta un descenso significativo en su calidad de vida al inicio del 2º ciclo o FET

TABLA 4

Puntuación total y de subescalas del cuestionario FertiQol para pacientes en el primer ciclo						
Características	Grupo Control (n=18)		p-valor Calidad de Vida variación -CG (F3 vs.F4)	Grupo de Apoyo (n=23)		p-valor Calidad de Vida variación - SG (F3 vs.F4)
Calidad de Vida (Subescalas Core)	F3	F4		F3	F4	
Emocional	73,4±19,8	72,2±21,7	0,868	70,1±10,7	69,7±10,7	0,909
Mente-Cuerpo	75,7±15,2	72,7±17,0	0,580	71,2±15,2	69,0±14,0	0,617
Relacional	81,9±11,7	81,9±13,2	0,897	81,3±11,9	82,6±13,9	0,743
Social	75,2±17,1	72,7±18,1	0,667	72,8±15,3	70,1±15,9	0,558
Core FertiQol	76,6±13,4	74,9±15,1	0,612	73,9±9,4	72,9±10,5	0,737
Calidad del Cuidado (Subescalas del Módulo de Tratamiento)						
		F4			F4	
Entorno	-	73,6±16,5		-	74,5±12,7	
Tolerabilidad al tratamiento	-	44,2±15,4		-	42,9±11,4	
Treatment FertiQol	-	70,7±16,2		-	70,4±13,1	
Total FertiQol		69,8±13,8			65,8±11,6	

F3= FertiQol al inicio del tratamiento, F4= FertiQol al final del tratamiento, CG= grupo control, SG= grupo de apoyo. Diferencias significativas entre grupos para F3 () y para F4 (†). Diferencias significativas intra-grupo para la variación de Calidad de Vida (‡); p <0,05. Los datos representan la media ± desviación estándar. Core FertiQol: Media de calidad de vida en el modulo core. Treatment FertiQol: Media de calidad de vida en el módulo tratamiento. Total FertiQol: Media de calidad de vida para el total de ambos módulos (core y treatment).*

en relación al 1º ciclo, 76,6 ± 13,4 vs. 83,1 ± 9,6 puntos, respectivamente, p= 0,034. Mientras que, en el SG se aprecia un leve incremento en el dominio Core FertiQol en su 2º ciclo o FET, F1=, 68,4 ± 14,5 vs. F3= 73,9 ± 9,4 puntos.

Las ratios de embarazos para ambos grupos, tanto en la primera etapa (1º ciclo FIV) como para la segunda etapa (2º ciclo FIV o FET), se presentan en la Tabla 5 y la Figura 2. En las dos situaciones se observan mayores porcentajes de embarazos en las mujeres del SG, sin embargo las diferencias no son significativas. El total de embarazos entre ambos intentos para el grupo de pacientes que recibieron las 8 sesiones de apoyo psicológico asciende al 65 %, obteniendo las mujeres del grupo control una tasa de embarazo del 48 %. Las pacientes del SG sometidas al primer tratamiento de fertilidad presentaron tasas superiores de embarazos con respecto al CG, 48 % vs. 38 %. La misma tendencia se observó en el segundo intento, 35 % vs. 22 %.

Al analizar las tasas de abandono, después de finalizado el primer ciclo de tratamiento se observa que las mujeres que recibieron el programa de intervención psicológica, SG lograron una mayor continuidad con respecto de las mujeres del CG (36 % vs. 8 %, p=0,046). De las pacientes que no

quedaron embarazadas en el primer ciclo FIV (28 SG vs. 25 CG), 23 del SG continuaron a una segunda fase mientras que del CG se presentaron 18 mujeres, Tabla 5.

DISCUSIÓN

El presente estudio demuestra que el apoyo psicológico en grupos de mujeres antes y durante los tratamientos de fecundación asistida mejora la calidad de vida, disminuye la tasa de abandono y podría influir positivamente en el logro del embarazo.

Al igual que otras publicaciones (29) (Hakim et al., 2012) hemos comprobado que las pacientes que perciben malestar emocional son más receptivas a recibir un apoyo psicológico. De hecho en los grupos que, por razones de desplazamiento y tiempo (disponibilidad de asistir a 2 horas semanales durante 8 sesiones) se conformaron según la posibilidad de las pacientes; se verificó que el SG obtuvo en Calidad de Vida y en todas sus subescalas puntuaciones significativamente más bajas que las del CG al comienzo del estudio.

Nuestros resultados permiten dar un paso más observando que estas pacientes logran beneficiarse de dicho apoyo con

FIGURA 1

Puntuación para el módulo Core para cada grupo al inicio de cada ciclo (F3 vs. F1).

F1-CG: Primer ciclo: comienzo – Grupo Control. F1-SG: Primer ciclo: comienzo – Grupo Apoyo. F3-CG: Segundo ciclo o embriones congelados (FET): comienzo – Grupo Control. F3-SG: Segundo ciclo o embriones congelados (FET): comienzo – Grupo Apoyo.

*Diferencias significativas en grupo control (CG); † diferencias significativas en grupo de apoyo (SG); p <0.05.

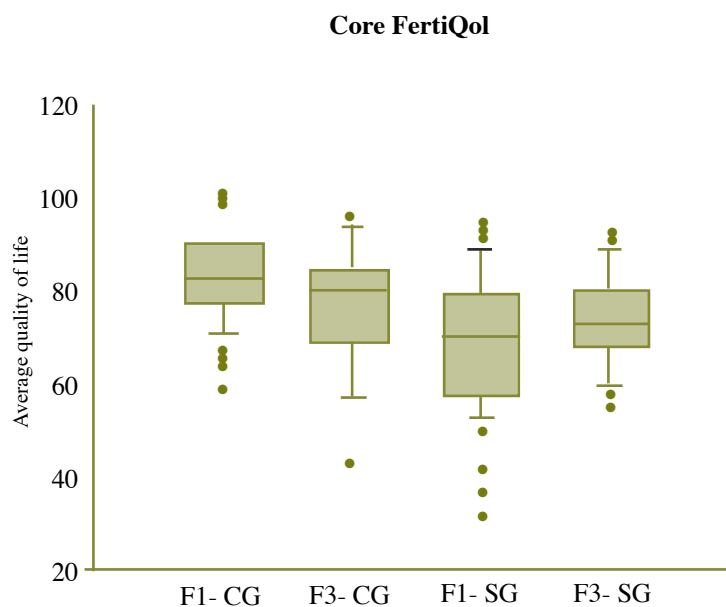


TABLA 5

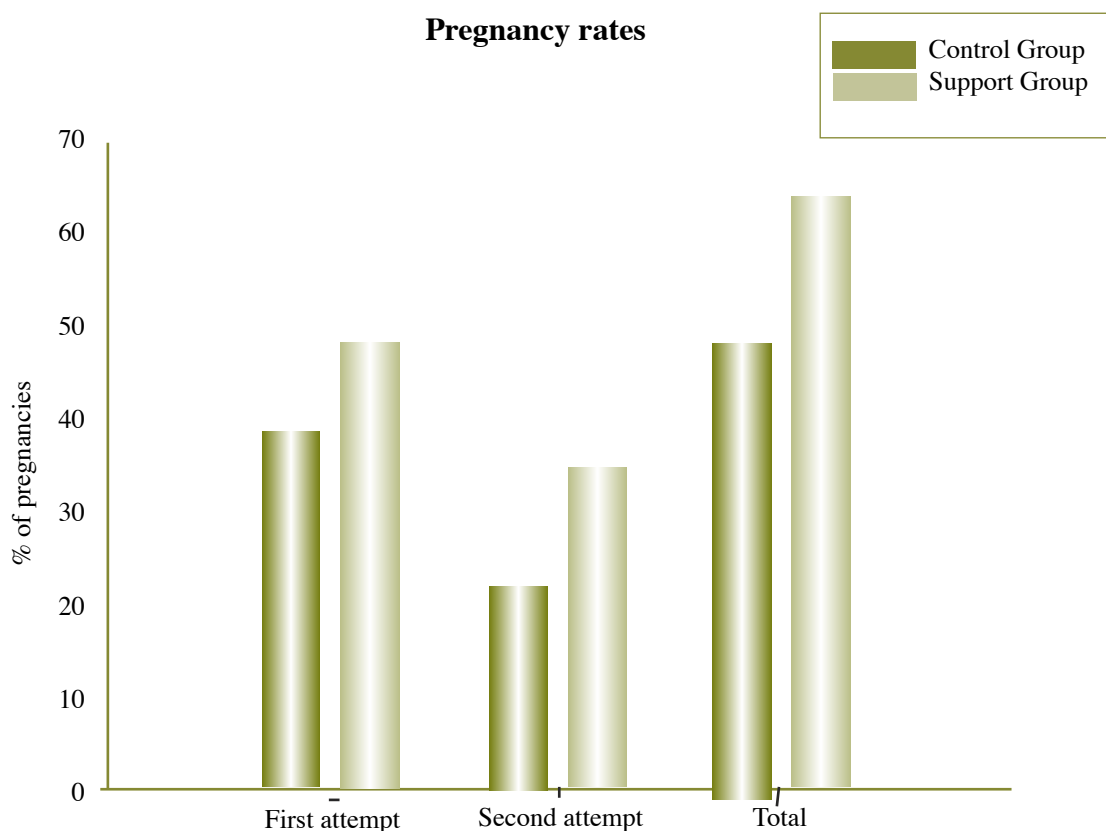
Pacientes embarazadas y pacientes que abandonan el tratamiento

Características del paciente	Grupo Control	Grupo de Apoyo	p-valor
Número de pacientes primer ciclo	46	49	
Número de embarazos primer ciclo	18	24	0,793
Número de pacientes segundo ciclo	18	23	
Número de embarazos Segundo ciclo	4	8	1,000
% de pacientes que abandonan	36	8	0,046

Las diferencias fueron calculadas utilizando el test χ^2 o el Test Exacto de Fisher para variables continuas y categóricas; p <0.05.

FIGURA 2

Tasa de embarazo en ambos grupos, tanto para el primer y segundo intento como respecto del total del estudio.
*Diferencias significativas entre grupos; $p < 0,05$.



una mejor gestión de sus emociones durante el ciclo de tratamiento.

Esta mejoría se refleja en los valores obtenidos tras la finalización del ciclo FIV, con diferencias significativas en las áreas Emocional, Cuerpo-Mente y tolerabilidad a los tratamientos. Es decir que la modalidad de apoyo psicológico en grupo de pares permite disminuir los miedos, resentimientos, tristeza, depresión; atenuando el impacto en el cuerpo, en el comportamiento y en los planes de vida.

Sugerimos que la modalidad grupal, al reforzar el apoyo mutuo, la comprensión y la identificación con otras mujeres que atraviesan la misma situación; logra minimizar la tendencia al aislamiento, tristeza o incomprensión que acompañan habitualmente a las pacientes en tratamientos de Fecundación Asistida.

Por otro lado, al realizar el seguimiento durante dos ciclos o intentos pudimos observar la evolución del estado anímico de las pacientes a lo largo del tiempo. Estudios previos ya han mostrado que las mujeres tienen diferentes factores de riesgo para desarrollar problemas emocionales durante y después de los tratamientos, incluso más que sus parejas (8) (30) (Huppelschoten et al., 2013b; Verhaak et al., 2010).

En este sentido es interesante observar como el CG, cuyas pacientes puntuaron con valores óptimos en Calidad de vida al principio del estudio, sufrieron sin embargo un descenso con diferencias significativas al afrontar el Segundo ciclo o FET.

Los resultados obtenidos avalan el criterio de que los tratamientos FIV constituyen un factor estresor de importancia (2) (Cousineau and Domar, 2007) para la mayoría de las

mujeres que lo atraviesan independientemente de la percepción de bienestar inicial.

Es un hecho que el avance de las técnicas no siempre implica el éxito inmediato, por lo que el coste emocional ante los resultados negativos y la repetición de los ciclos o FET, suele ser alto (3, 31) (Verhaak et al., 2007; El-Messidi et al., 2004).

A su vez, diversos estudios ya han puesto de manifiesto que la razón más frecuente de abandono es la angustia emocional, el *distress*, la dificultad para seguir tolerando el proceso (32, 33, 14) (Brandes et al., 2009; Domar, 2004; Lopes et al., 2014).

En esta misma línea, hemos comprobado que los porcentajes de abandono son menores en el SG. Lo que sugiere que el acompañamiento psicológico ha facilitado también el afrontamiento de los resultados en mejores condiciones anímicas. Aun cuando las 8 sesiones habían terminado, sus efectos resultaron en un aporte de continuidad.

De tal modo, tras la gran diferencia en la percepción de la Calidad de Vida inicial, en el transcurso del proceso las pacientes con apoyo emocional han logrado finalizar su recorrido con valores más estables, mejor tolerabilidad al tratamiento y mayor capacidad de afrontamiento.

Desde hace algún tiempo distintas publicaciones intentan encontrar alguna relación entre stress y tasas de embarazo. Es posible que la reducción del estrés, la estabilidad anímica favorezca el logro del embarazo (34, 26, 35) (Buck Louis et al., 2011; Domar et al., 2011; Lynch et al., 2014).

De acuerdo con (26) Domar et al., 2011 nuestros resultados muestran una mayor tendencia al logro de embarazo para las pacientes que asistieron al programa de apoyo psicológico grupal.

En resumen, sugerimos que atender a los aspectos psicológicos puede mejorar la vivencia de los tratamientos, reduciendo el estrés y el coste emocional que implican. Esto es de suma importancia, sea por la influencia en el logro de un embarazo en menor tiempo, como para afrontar el camino que quede en mejores condiciones anímicas.

Aun estando satisfechos con los resultados obtenidos, sería interesante en futuros estudios comprobar si sesiones de “apoyo a parejas” durante los tratamientos de fecundación asistida, podrían ofrecer resultados diferentes (36, 37) (Huppelschoten et al., 2013; Lemmens et al., 2004).

Es indudable que la vivencia de los tratamientos de fecundación asistida involucra al cuerpo, pero también a las emociones, la relación de pareja, la familia, y el proyecto de vida, ya que representa el camino hacia la maternidad/paternidad, por lo que el apoyo y orientación psicoemocional

debería ser parte del protocolo asistencial habitual en este ámbito.

Agradecimientos

Agradecemos a las pacientes por su participación en esta investigación; a todo el equipo profesional del Centro de Reproducción Asistida Ginemed (Sevilla, España) por su colaboración en la instrumentación de este proyecto y la traducción del artículo del idioma original al inglés. A la Fundación Ginemed por la promoción de esta iniciativa.

Financiación

Este trabajo fue financiado por Fundación Ginemed, Sevilla – España.

Conflictos de intereses

No declarados.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Matorras Weinig R.** Libro Blanco Sociosanitario La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas 2011,343
2. **Cousineau TM, Domar AD.** Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21:293–308.
3. **Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijmaat FW, Braat DD.** Women’s emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Updat* 2007;13:27–36.
4. **Matthiesen SMS, Frederiksen Y, Ingerslev HJ, Zachariae R.** Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): A meta-analysis. *Hum Reprod* 2011;26:2763–2776.
5. **Wiegand B, Luedtke K, Friscia D, Nair M, Aleles M, McCloskey R.** Efficacy of a comprehensive program for reducing stress in women: a prospective, randomized trial. *Curr Med Res Opin* 2010;26:991–1002.
6. **Karabulut A, Özkan S, Oğuz N.** Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: Analysis of confounding factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;170:193–197.
7. **Verhaak CM, Smeenk JM, Minnen A van, Kremer JAM, Kraaijmaat FW.** A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod* 2005;20:2253–2260.
8. **Huppelschoten AG, Dongen AJCM Van, Verhaak CM, Smeenk JM, Kremer JAM, Nelen WJDM.** Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Hum Reprod* 2013b;28:2168–2176.
9. **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
10. **Boivin J, Schmidt L.** Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertil Steril* 2005;83:1745–1752.
11. **Domar A, Gordon K, Garcia-Velasco J, Marca A La, Barriere P, Beligotti F.** Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: A survey in four European countries. *Hum Reprod* 2012;27:1073–1079.
12. **Domar AD, Smith K, Conboy L, Iannone M, Alper M.** A prospective investigation into the reasons why insured United States patients

- drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2010;94:1457–1459
13. **Pedro J, Canavarro 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.
 14. **Lopes V, Canavarro MC, Verhaak CM, Boivin J, Gameiro S.** Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. *Hum Reprod* 2014;29:293–302
 15. **Pascalis L De, Agostini F, Monti F, Paterlini M, Fagandini P, Sala GB La.** A comparison of quality of life following spontaneous conception and assisted reproduction. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet] 2012;118:216–219.
 16. **Boivin J.** A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* 2003;57:2325–2341.
 17. **Hämmerli K, Znoj H, Barth J.** The efficacy of psychological interventions for infertile patients: A meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update* 2009;15:279–295.
 18. **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* 2013;100:302–309.
 19. **Huppelschoten AG, Aarts JWM, Empel IWH Van, Cohlen BJ, Kremer JAM, Nelen WLDM.** Feedback to professionals on patient-centered fertility care is insufficient for improvement: A mixed-method study. *Fertil Steril* 2013a;99:1419–1427.
 20. **Rapoport-Hubschman N, Gidron Y, Reicher-Atir R, Sapir O, Fisch B.** “Letting go” coping is associated with successful IVF treatment outcome. *Fertil Steril* 2009;92:1384–1388.
 21. **Chan CHY, Ng EHY, Chan CLW, Ho, Chan THY.** Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: A randomized controlled study. *Fertil Steril* 2006;85:339–346.
 22. **Domar AD, Clapp D, Slawsby E, Kessel B, Orav J, Freizinger M.** The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychol* 2000a;19:568–575.
 23. **Tarabusi M, Volpe A, Facchinetti F.** Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25 3-4:273–279.
 24. **Dancet EAF, Nelen WLDM, Sermeus W, Leeuw L de, Kremer JAM, D’Hooghe TM.** The patients’ perspective on fertility care: A systematic review. *Hum Reprod Update* 2010;16:467–487.
 25. **Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M.** Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 2000b;73:805–811.
 26. **Domar AD, Rooney KL, Wiegand B, Orav EJ, Alper MM, Berger BM, Nikolovski J.** Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertil Steril* 2011;95:2269–2273.
 27. **Boivin J, Takefman J, Braverman A.** The fertility quality of life (FertiQoL) tool: Development and general psychometric properties. *Hum Reprod* 2011;26:2084–2091.
 28. **Aarts JWM, Empel IWH Van, Boivin J, Nelen WL, Kremer JAM, Verhaak CM.** Relationship between quality of life and distress in infertility: A validation study of the Dutch FertiQoL. *Hum Reprod* 2011;26:1112–1118.
 29. **Hakim LZ, Newton CR, MacLean-Brine D, Feyles V.** Evaluation of preparatory psychosocial counselling for medically assisted reproduction. *Hum Reprod* 2012;27:2058–2066.
 30. **Verhaak CM, Lintsen AME, Evers AWM, Braat DDM.** 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.
 31. **El-Messidi A, Al-Fozan H, Lin Tan S, Farag R, Tulandi T.** Effects of repeated treatment failure on the quality of life of couples with infertility. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;26:333–336.
 32. **Brandes M, Steen JOM Van Der, Bokdam SB, Hamilton CJCM, Bruin JP De, Nelen WLDM, Kremer JAM.** 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.
 33. **Domar AD.** Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertil Steril* 2004;81:271–273.
 34. **Buck Louis GM, Lum KJ, Sundaram R, Chen Z, Kim S, Lynch CD, Schisterman EF, Pyper C.** Stress reduces conception probabilities across the fertile window: Evidence in support of relaxation. *Fertil Steril* 2011;95:2184–2189.
 35. **Lynch CD, Sundaram R, Maisog JM, Sweeney AM, Buck Louis GM.** Preconception stress increases the risk of infertility: Results from a couple-based prospective cohort study-the LIFE study. *Hum Reprod* 2014;29:1067–1075.
 36. **Huppelschoten AG, Duijnhoven NTL Van, Bommel PFJ Van, Kremer JAM, Nelen WLDM.** Do infertile women and their partners have equal experiences with fertility care? *Fertil Steril* 2013c;99:832–838.
 37. **Lemmens GMD, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, D’Hooghe T, Demyttenaere K.** Coping with infertility: A body-mind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod* 2004;19:1917–1923.