



Revista Internacional de Andrología

www.elsevier.es/andrologia



ORIGINAL

La percepción del hombre cuando acude a un centro de reproducción asistida



Rafael Lafuente^{a,*} y Ana Segura^{b,c}

^a Laboratorio de Andrología, Centro de Infertilidad y Reproducción Humana (CIRH), Clínica Corachan, Barcelona, España

^b Unidad de Andrología, Servicio de Urología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^c Unidad de Reproducción, Clínica Vistahermosa, Alicante, España

Recibido el 8 de marzo de 2014; aceptado el 17 de junio de 2014

Disponible en Internet el 17 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Encuestas;
Satisfacción
del paciente;
Infertilidad masculina

Resumen

Objetivo: El objetivo de este trabajo es describir la percepción de varones infértiles que se someten a tratamientos de reproducción asistida (RA). Se recogió información acerca de su experiencia antes y después del tratamiento, pruebas realizadas, atención médica recibida, etc.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo, observacional y descriptivo, donde se entrevistaron un total de 46 hombres de los muchos que acudieron a la I Feria de Reproducción Asistida, celebrada en Valencia. Todos los individuos completaron un cuestionario con un total de 33 preguntas relacionadas con su experiencia personal durante el tratamiento realizado.

Resultados: Durante la anamnesis, el 22% de los hombres manifiestan que no se les interrogó, y el 52% de que fue breve. No se realizó una exploración genital al 67% de los casos. Hasta el 55% de los pacientes declaran que han sido poco o nada informados acerca de la causa de su esterilidad. En la mitad de los casos con un tratamiento previo, no se explican las posibles razones del resultado fallido.

Conclusiones: Aunque el número de casos es limitado, las conclusiones son claras acerca de la poca participación de andrólogos/urólogos en los centros de reproducción asistida. Se percibe una falta de información general tanto en la fase diagnóstica como durante el tratamiento. Es imprescindible mejorar esta situación, ampliando este tipo de estudios y adecuándolos como herramientas rutinarias para conocer el grado de calidad asistencial de nuestros pacientes.

© 2014 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rlafuente@cirh.es (R. Lafuente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2014.06.003>

1698-031X/© 2014 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Surveys;
Patient satisfaction;
Male infertility

Male perception of assisted reproduction treatments**Abstract**

Objective: The aim of this paper is to describe the perceptions of infertile men who undergo assisted reproduction treatments. Information about their experience (before and after the treatment), diagnostic tests and medical care were collected.

Material and methods: A prospective, observational and descriptive study with a total of 46 men who visited the I Assisted Reproduction Fair held in Valencia was carried out. All subjects completed a questionnaire with a total of 33 questions related to their personal experience during the treatment performed.

Results: In the anamnesis phase, men reported they had not been questioned adequately in 22% of cases, and questioned briefly in 52% of cases. A genital exploration was performed in 33% of cases. Clinical information received about the cause of infertility was poor or non-existent in 55% of cases. In previously treated patients, up to 50% of cases were not informed of potential causes of failures.

Conclusions: Although the number of cases is limited, the findings are clear about the low participation of andrologists/urologists in assisted reproduction centers. A general lack of information on both the diagnostic phase and during treatment is perceived. It is essential to improve this situation, to extend these studies and adapt them as a routine to determine the care quality of our patients.

© 2014 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Durante el mes de octubre de 2013 se celebró en Valencia la I Feria de Reproducción Asistida. La feria atrajo a numerosas parejas, muchas de ellas interesadas acerca de la subrogación materna, ya que numerosas empresas extranjeras ofrecían estos servicios; otras acudían buscando información sobre diferentes centros de RA, para un primer intento, o incluso buscando alternativas a su centro actual.

Nos parece destacable que hubiese parejas que se habían desplazado de su residencia habitual (Bilbao, Madrid, Sevilla, Barcelona, etc.) hasta Valencia, por lo que es posible que en próximas ediciones más centros de RA a nivel nacional decidan acudir a este tipo de eventos.

En este contexto nos dispusimos a realizar encuestas dirigidas a los varones, donde se recogieran distintos aspectos de su percepción a nivel personal cuando acuden a un centro de RA. La encuesta ha sido adaptada y resumida para este evento a partir de otra más amplia elaborada por el Grupo de Interés de Andrología de la Sociedad Española de Fertilidad, con el fin de realizar un estudio multicéntrico dirigido a pacientes varones de parejas atendidas por subfertilidad conyugal^{1,2}.

En general, la esterilidad no genera problemas psicopatológicos, pero sí puede haber un aumento de las consecuencias psicosociales. Estas consecuencias están bien documentadas e incluyen: ansiedad, estrés, síntomas depresivos, disminución de la autoestima y reducción de la satisfacción sexual^{3,4}. Sin embargo, la mayoría de los estudios se centran en los efectos de los aspectos psicológicos en la esterilidad de la mujer, y es menos conocido cómo el diagnóstico del factor masculino puede afectar al hombre. Uno de los primeros trabajos publicados fue el del grupo de Band

et al.⁵, en el que evaluaron a 51 hombres infértiles que acudían a un centro de reproducción. Pudieron comprobar un aumento significativo de la ansiedad, una personalidad más vulnerable y una incapacidad para buscar el apoyo social como predictores de la depresión y la ansiedad.

En otro trabajo, Peronace et al.⁶ realizaron un estudio prospectivo con 256 hombres antes y a los 12 meses del tratamiento con resultado negativo. En todos los casos observaron un aumento de la angustia con el tiempo, situación que no estaba relacionada con la causa de esterilidad detectada.

Por otro lado, la sociedad considera al hombre infértil más vulnerable, y a nivel social se interpreta como una amenaza a su masculinidad y a su rendimiento sexual⁷. Esta situación hace replantear a los centros de RA la necesidad de dar un soporte emocional, muchas veces dirigido a la mujer, pero donde cada vez más el hombre también es candidato a recibirlo. Hay evidencias de que la percepción de un soporte emocional durante el tratamiento reduce el nivel de ansiedad en los hombres⁸.

El objetivo de este trabajo es describir la opinión de varones infértiles que están interesados en los tratamientos de RA.

Material y métodos

El diseño del estudio fue prospectivo, observacional y descriptivo. La muestra estuvo formada por 46 hombres de los muchos que acudieron a la feria. Después de ser invitados a realizar la encuesta, los investigadores supervisaban la cumplimentación del cuestionario. Las encuestas recogen datos generales, aspectos del proceso diagnóstico, y también de

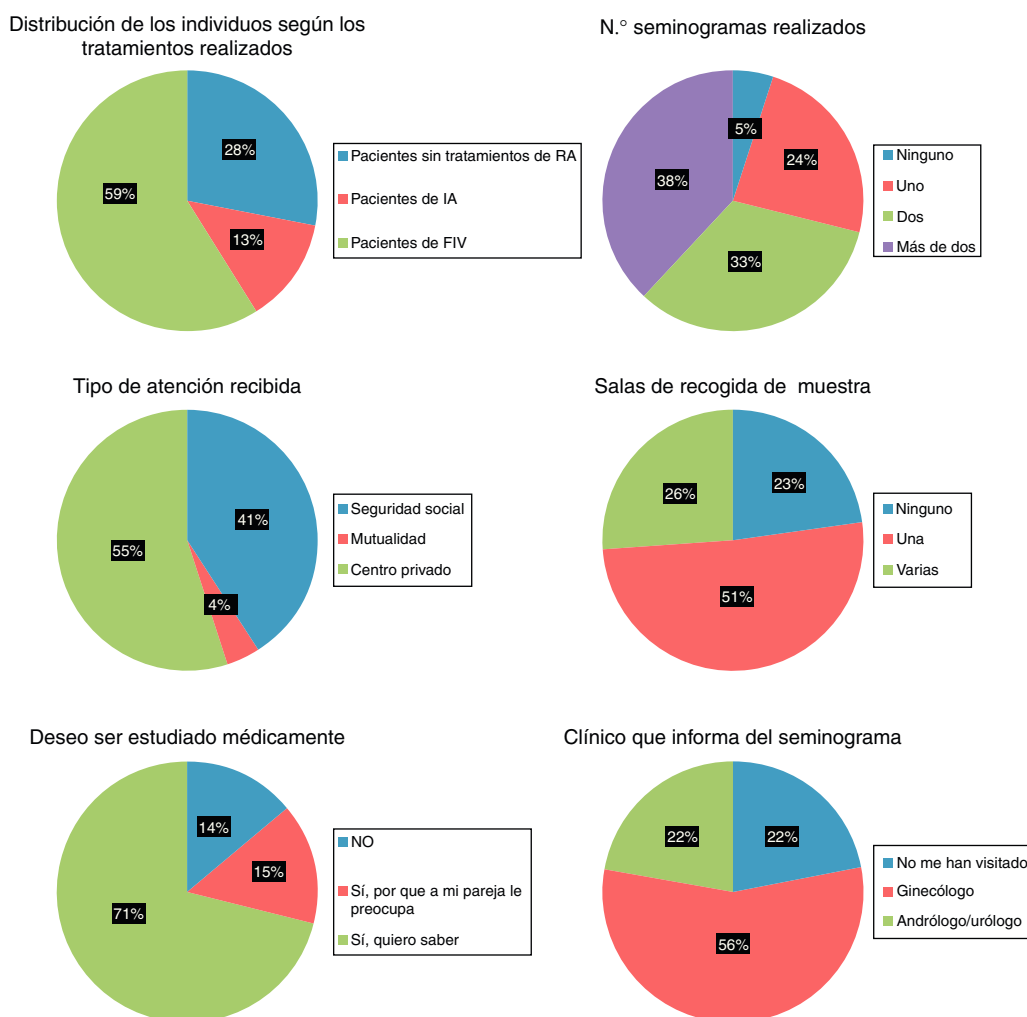


Figura 1 Datos con información general de los individuos incluidos en el estudio.

los tratamientos realizados. Una vez completados los cuestionarios, se agrupó toda la información y se estructuró en función de cada uno de los apartados para proceder a un análisis descriptivo.

Resultados

Todos los participantes completaron los cuestionarios ($n=46$), la mitad de ellos tenían estudios universitarios, con una media de edad de 40 años. El 89,1% eran de origen español. El tiempo medio buscando gestación en las parejas entrevistadas fue de 4,2 años. La primera pregunta realizada antes de empezar la encuesta era si sabían lo que era la Andrología, y prácticamente el 100% de los varones afirmaban no saber exactamente lo que era.

Cerca del 60% estaban a la espera, o habían realizado al menos un ciclo de fecundación *in vitro*, un 59% en un centro privado o a través de una compañía aseguradora. A la pregunta de si querían ser estudiados médicamente, el 86% de los hombres afirmaron que deseaban ser estudiados desde el punto de vista médico, ya sea por iniciativa propia o porque sabían que le preocupa a su pareja (fig. 1).

En la fase de diagnóstico, el 29% de los pacientes no se había realizado ningún seminograma o solo disponía de uno. El 28% de estas parejas aún no se había realizado ningún tratamiento de RA. El 77% afirmaron que en los centros a los que acudieron disponían de una o más salas especialmente habilitadas para la recogida de muestras seminales. Una vez realizado el análisis seminal, el 22% de los casos concierne una visita con un andrólogo/urólogo para informar del resultado. Un 56% lo hace con un ginecólogo, y el 22% restante nunca llega a visitar a un clínico (fig. 1).

La percepción de los participantes en relación con la anamnesis fue que en el 22% no se realizó ningún interrogatorio, y en un 52% que fue breve. Además, solo a un 22% de los varones se les realizó una exploración genital, y en un 67% no se realizó ningún tipo de exploración (fig. 2).

En cuanto a la causa concreta de su esterilidad, un 55% de los pacientes declararon no haber sido informados o haberlo sido poco, quizás porque en muchos casos se trataba de esterilidad de causa desconocida. Al igual que sucedía con el resultado del seminograma, el ginecólogo fue también la persona responsable de informar de los resultados diagnósticos globales, en cerca del 80% de los casos, aunque hay que resaltar que en algún caso el paciente solo sabe que

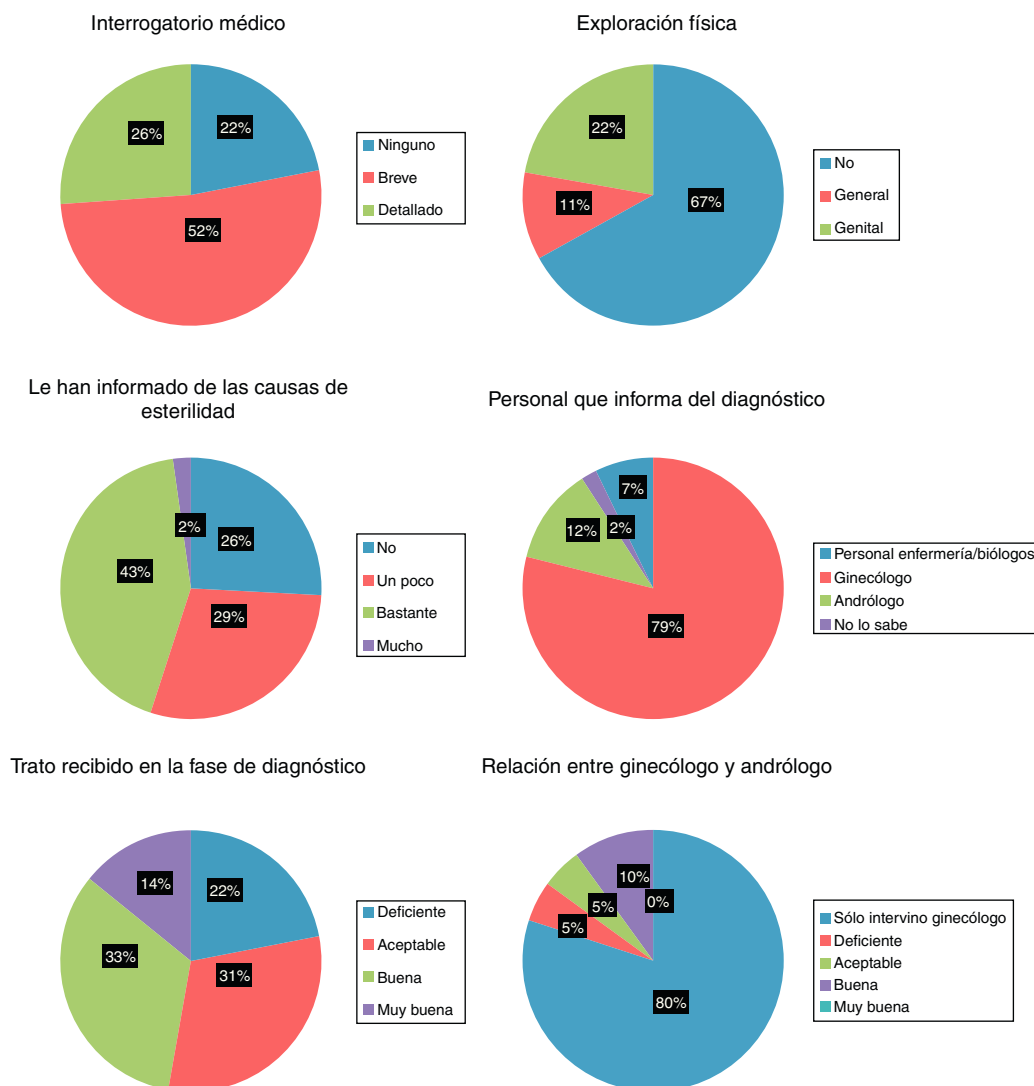


Figura 2 Valoraciones relacionadas con el diagnóstico y el trato recibido antes del tratamiento.

le informa un «especialista», sin saber exactamente a qué especialidad pertenece (fig. 2).

La valoración del hombre acerca del trato recibido en la fase de diagnóstico resulta deficiente en un 22% de los entrevistados, porcentaje que aumenta hasta el 33% si se considera a los pacientes que solo acuden al sector público. Aunque en un 80% de los casos solo intervino el ginecólogo, en aquellos en que se contaba con un andrólogo (20%) la coordinación entre el ginecólogo y este resulta ser deficiente en un 25% de los casos (fig. 2).

La percepción del hombre de su propio problema no difiere mucho de la percepción que tiene sobre el problema de su mujer, aunque sí existe una tendencia a pensar que lo que le pasa a la mujer es más grave.

Ya en la fase de tratamiento, hasta un 34% de los casos reciben poca o ninguna información sobre el propuesto en el centro. Respecto a la información del porcentaje de éxito del tratamiento, un 36% afirma no haber recibido ningún tipo de información, o que esta ha sido escasa. Cuando se realiza el tratamiento, un 30% de los casos no son informados oralmente de los posibles riesgos asociados, y un 25%

más reciben poca información. Todos los datos relativos al tratamiento realizado, el porcentaje de éxito y los posibles riesgos son facilitados en un 85% de los casos por el ginecólogo. En caso de volver a repetir el tratamiento, hasta en un 50% de los casos no se les explica las posibles razones de haber resultado fallido (fig. 3).

La percepción acerca de la repercusión negativa que el tratamiento puede generar en el hombre afecta sobre todo a nivel psicológico (32%) y a nivel de conflictos de pareja (16%). En un 38% de los casos no hay ningún tipo de repercusión negativa. Estos resultados son similares a los publicados por el equipo de Hammarberg et al.¹.

Discusión

Aunque se trata de la valoración de un número reducido de casos, participan pacientes que en muchas ocasiones han visitado más de un centro, y además representan distintas zonas geográficas del país. La visión global de la percepción del varón indica a primera vista que se necesitan mejorar muchos aspectos, sobre todo a nivel del diagnóstico

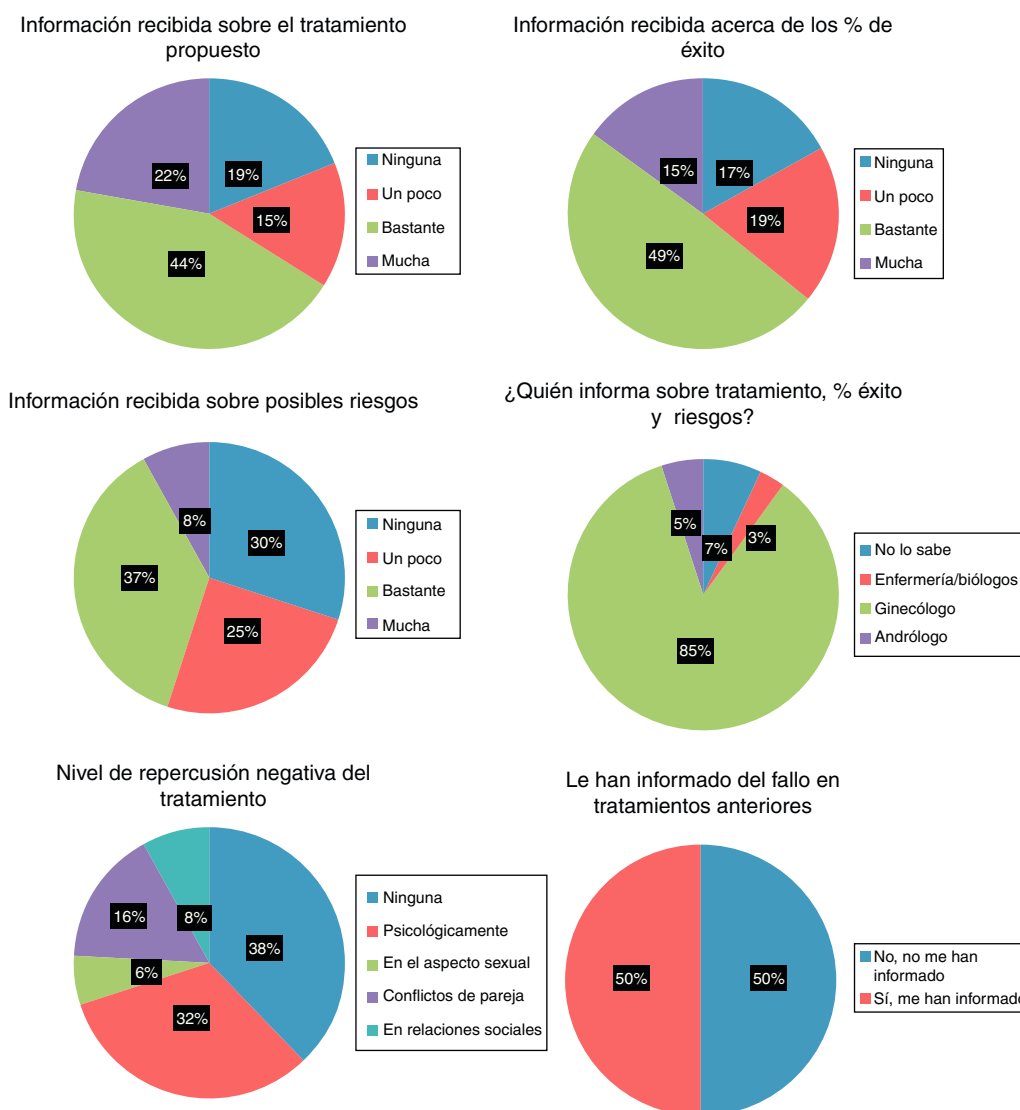


Figura 3 Valoraciones relacionadas con la fase de tratamiento.

masculino, y que desde ASESa queda mucho camino por recorrer para intentar transmitir a la población lo que significa la Andrología.

El estudio refleja la poca participación de los andrólogos/urólogos en los centros de reproducción. A pesar de que sabemos que la fase del diagnóstico puede ser determinante para el éxito del tratamiento, a la hora de valorar las pruebas diagnósticas el andrólogo/urólogo solo interviene en un 22% de los casos. Esta situación se manifiesta de nuevo al indagar sobre el tipo de anamnesis. El 74% manifiesta que es breve o inexistente, situación que debería intentar mejorarse lo antes posible.

El porcentaje de individuos a los que se les explora el aparato genital coincide exactamente con los que manifiestan que el seminograma lo interpreta un andrólogo/urólogo, lo que hace pensar que este especialista sabe la importancia que tiene realizar esta exploración, pero, sin lugar a dudas, resulta ser un porcentaje muy bajo.

En general, el hombre manifiesta, de manera preocupante, una falta de información general en todas las fases del proceso, tanto a nivel diagnóstico como durante el

tratamiento en sí. Aunque puede haber confusión a la hora de recibir información acerca de la causa de esterilidad, ya que en muchos casos puede ser de origen idiopático, la percepción sobre la información que recibe el paciente por parte del clínico es demasiado baja. En algunos casos ni siquiera sabían con qué especialista estaban hablando, o recibían por correo postal instrucciones acerca del tipo de tratamiento antioxidante que debían realizar, porque así lo aconsejan los resultados del seminograma realizado.

La literatura disponible que valora la relación entre la infertilidad masculina y su repercusión en la relación de pareja o en su sexualidad es limitada⁹, pero la mayoría de los estudios demuestran que el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad masculina tienen efectos deletéreos sobre la relación de pareja¹⁰.

Hay que tener en cuenta que los hombres prefieren recibir la información de forma oral que escrita, y que en caso de necesitar soporte emocional ante una situación de estrés, prefieren recibirlo directamente del especialista clínico antes que acudir a un psicólogo¹¹. Por esta razón deberíamos reflexionar sobre cómo podemos mejorar la

atención médica del andrólogo/urólogo hacia un paciente que necesita estar bien informado.

Es posible que algunos centros consideren que firmar un consentimiento informado es suficiente para que los pacientes queden totalmente informados de todo el proceso. Nada más lejos de la realidad, ya que el porcentaje de éxito o los riesgos asociados pueden ser específicos para cada pareja, lo que hace obligatorio, y es un derecho del paciente, dar toda la información personalizada por parte del especialista, y es obligación del centro asegurarse de que los pacientes se van satisfechos en este sentido. No debemos olvidar que una elevada satisfacción del paciente está correlacionada con mejores resultados en el tratamiento^{12,13}.

En definitiva, si el paciente no es capaz de recibir y comprender perfectamente la información relativa a su caso, algo estamos haciendo mal. Por esta razón, los centros de RA deberían tener en consideración este tipo de estudios, que valdría la pena realizar de forma continuada a modo de indicador de calidad con el objetivo de mejorar la percepción del hombre cuando acude a un centro de RA, como ya se propone en algunos estudios², o con el cuestionario FertiQoL¹⁴, elaborado conjuntamente por la ESHRE y la ASRM como el primer instrumento validado internacionalmente para medir la calidad de vida en individuos con problemas de infertilidad.

En conclusión, aunque el número de casos es limitado, se aprecia poca participación de andrólogos/urólogos en los centros de RA, y se percibe una falta de información general tanto en la fase diagnóstica como durante el tratamiento. Es imprescindible mejorar esta situación, ampliando este tipo de estudios y adecuándolos como herramientas rutinarias para conocer el grado de calidad asistencial de nuestros pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la revisión del texto al Dr. Lluís Bassas y al Dr. Jose M. Vendrell, quienes, además, han colaborado especialmente aportando el cuestionario que posteriormente ha sido adaptado para este trabajo.

Bibliografía

1. Hammarberg K, Baker HW, Fisher JR. Men's experiences of infertility and infertility treatment 5 years after diagnosis of male factor infertility: A retrospective cohort study. *Hum Reprod.* 2010;25:2815-20.
2. Van Empel IW, Aarts JW, Cohlen BJ, Huppelschoten DA, Laven JS, Nelen WL, et al. Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: A random multicentre validation study. *Hum Reprod.* 2010;25:2516-26.
3. Greil AL. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Soc Sci Med.* 1997;45:1679-84.
4. Eugster A, Vingerhoets AJ. Psychological aspects of in vitro fertilization: A review. *Soc Sci Med.* 1999;48:575-89.
5. Band DA, Edelmann RJ, Avery S, Brinsden PR. Correlates of psychological distress in relation to male infertility. *Br J Health Psychol.* 1998;3:245-56.
6. Peronace LA, Boivin J, Schmidt L. Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2007;28:105-14.
7. Gannon K, Glover L, Abel PD. Masculinity, infertility, stigma and media reports. *Soc Sci Med.* 2004;59:1169-75.
8. 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.
9. Gurkan L, Raynor MC, Hellstrom WJ. Sex and the infertile male. *Semin Reprod Med.* 2009;27:186-90.
10. Coeffin-Driol C, Giami A. The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: Review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil.* 2004;32:624-37.
11. Fisher JR, Hammarberg K. Psychological and social aspects of infertility in men: An overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian J Androl.* 2012;14:121-9.
12. Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Tjørnhøj-Thomsen T, Blaabjerg J, Hald F, et al. High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: Findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Hum Reprod.* 2003;12:2638-46.
13. Van Empel IW, Dancet EA, Koolman XH, Nelen WL, Stolk EA, Sermeus W, et al. Physicians underestimate the importance of patient-centredness to patients: A discrete choice experiment in fertility care. *Hum Reprod.* 2011;26:584-93.
14. Fertility Quality of Life Tool [página en Internet; consultado 24 Feb 2014]. Cardiff University. Disponible en: <http://psych.cf.ac.uk/fertiql/>.