



RESPUESTAS EMOCIONALES EN MUJERES QUE SE ENCUENTRAN EN TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Carmen Castro; Carmen Borrás; Javier Pérez-Pareja y Alfonso Palmer

Universitat de les Illes Balears

2001, 7(2-3), 283-291

Resumen: El avance en las técnicas y conocimientos biomédicos han permitido la existencia de tratamientos en reproducción asistida cada vez más eficaces, así como un aumento del número de mujeres sometidas a los mismos. Igualmente la investigación ha resaltado la importancia de las variables psicosociales y de procesos emocionales en las mujeres sometidas a dichos tratamientos. En este sentido, se ha evidenciado que factores emocionales, comportamentales y psicosociales afectan a las mujeres y a sus parejas sometidas a técnicas de reproducción y que esos factores tienen repercusiones negativas en el curso de los mismos. En este trabajo se describen los resultados obtenidos y se presentan las diferencias encontradas en la evaluación realizada a través de autoinformes de las respuestas emocionales (ansiedad, ira, depresión) entre un grupo de mujeres (N=63) sometidas a tratamiento de reproducción asistida y otro grupo de mujeres (N=63) no sometidas a dichos tratamientos y sin problemas de fertilidad.

Palabras Clave: Esterilidad, Respuestas emocionales, Factores psicosociales, Reproducción asistida, Evaluación psicológica

Abstract: The advance in biomedical knowledge and techniques has enabled increasingly efficient attended-reproduction treatments, as well as an increase in the demand. At the same time, current investigations have shown the importance of psychosocial variables and emotional processes in women under these treatments. In this sense, emotional, psychosocial and behavioral factors have been proved to affect women and their partners, subjected to these techniques of reproduction, and that these factors have negative effects during the treatment. The evaluation of emotional responses (anxiety, anger, depression) through self-reports among a group of women (N=63) subjected to an attended-reproduction treatment were compared to those of another group of women (N=63) without fertility problems and under no such treatment. The results obtained are included in this study.

Key words: Sterility, Emotional responses, Psychosocial factors, Fertility treatment, Psychological assessment.

Title: *Emotional responses in women under attended-reproduction treatment*

Introducción

La esterilidad ha sido definida como la imposibilidad de conseguir una gestación en una pareja en edad fértil tras un año de relaciones sexuales regulares sin control anticonceptivo. Se estima que afecta al 15% de las parejas entre 15 y 40 años. En cuanto al origen, aproximadamente el 40% se considera de naturaleza femenina, otro 40% de origen masculino, mixto el 20%, y desco-

nocido del 10 al 20% incluidas en las de causa mixta.

En los últimos años se ha producido un gran avance en las técnicas y conocimientos biomédicos que han permitido la existencia de tratamientos en reproducción asistida cada vez más eficaces, así como un aumento del número de mujeres sometidas a dichos tratamientos. Este aumento es debido fundamentalmente a las dificultades en los procesos de adopción, el avance en las técnicas y conocimientos biomédicos, el aumento en la incidencia de la esterilidad y, el incremento de la sensibilidad social hacia el problema de la infertilidad.

* Dirigir la correspondencia a: Dra Carmen Castro. Departamento de Psicología. Universitat de les Illes Balears Ctra. Valldemosa km 7,5. 07071 Palma de Mallorca. E Mail: dpsjpp0@ps.uib.es
© Copyright 2001: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

Según los estudios realizados, factores biológicos, psicológicos y sociales interrelacionan entre sí y juegan un importante papel en las parejas sometidas a tratamiento de infertilidad. De acuerdo con recientes investigaciones, cada vez resulta más evidente que variables emocionales y psicossociales tienen un gran impacto sobre las parejas infértiles, principalmente en tres niveles: Relaciones de pareja, relaciones con el entorno social más próximo (familia, amigos y compañeros de trabajo) y, relaciones con el entorno social en general.

Con todo, el tiempo transcurrido entre el descubrimiento de la infertilidad y/o el inicio del tratamiento en reproducción asistida en muchas ocasiones es un largo proceso durante el cuál las parejas se ven sometidas a largos y costosos tratamientos en los que el objetivo de conseguir un embarazo en muchas ocasiones no se consigue. Domar, Clapp, Slawsby, Kessel, Orav y Freizinger, (2000) observaron que las mujeres con problemas de fertilidad presentaban niveles superiores de distrés que las mujeres fecundas, y que este alcanzaba valores máximos entre el 2º y el 3º año de tratamiento.

En este sentido la esterilidad es considerada por algunos autores como una enfermedad crónica. Domar, Zuttermeister, y Friedman, (1993) en un estudio realizado con mujeres que padecían de infertilidad y con otras que presentaban otras enfermedades crónicas como dolor crónico, cáncer, hipertensión y otras, encontró que las mujeres con problemas de esterilidad presentaban puntuaciones significativamente más bajas en ansiedad y depresión que las pacientes con dolor crónico pero no estadísticamente diferentes de los otros grupos evaluados. La autora concluye que los síntomas psicológicos asociados a la infertilidad son similares a aquellos asociados con las otras condiciones médicas estudiadas.

Por su parte, Bevilacqua (1998) resalta la importancia del impacto psicológico que representa la esterilidad como enfermedad crónica. Para este autor, la esterilidad es un desorden biopsicosocial en el que confluyen condiciones médicas, cuestiones psicológicas individuales y presiones sociales.

Resulta evidente que el descubrimiento de la esterilidad y el posterior diagnóstico médico de la misma, comporta un importante impacto psicológico y un estrés emocional asociado al mismo. Según Robinson y Stewart, (1996), no todas las parejas en tratamiento de esterilidad muestran distrés de forma significativa, aunque sí es cierto que presentan alguna sintomatología como conmoción inicial y rechazo, seguidos por sentimientos de dolor y depresión. Por otra parte, las continuas visitas ginecológicas suponen en muchas parejas y sobre todo en mujeres, dificultades en su profesión y en su vida laboral y en muchas ocasiones las parejas pierden el control sobre su privacidad y sexualidad.

En esta línea, Klock (1999) señala que a pesar de que hace tiempo que se ha puesto de manifiesto la condición estresante de la esterilidad, ha sido recientemente cuando los profesionales biomédicos han reconocido la necesidad de la consulta psicológica como una parte importante en el tratamiento integral de la esterilidad. Si bien es cierto que la mayoría de las mujeres no desarrollan desórdenes psiquiátricos como consecuencia del hecho de no tener hijos de manera involuntaria, se ha documentado la ocurrencia de ansiedad, sintomatología depresiva, problemas de pareja y cambios en la relación sexual durante y/o después del tratamiento de esterilidad.

Para Bringhenti, Martinelli, Ardenti y La Sala (1997) la condición de infertilidad y su tratamiento pueden ser más eficaces en mujeres que posean una buena disposición de personalidad, un alto nivel de autoesti-

ma, que estén satisfechas con su trabajo y con su relación con su marido y que deseen adoptar a un niño como una última solución para su necesidad maternal.

De tal modo, numerosos estudios destacan el papel de los factores psicosociales en la evaluación y tratamiento de la infertilidad (Beaurepaire, Jones, Thiering, Saunders y Tennant 1994; Low, Edelman y Sutton, 1994; Glover, Gannon y Abel 1999; Williams, 1997). Tarlatzis y col (1993), investigó el impacto psicosocial de la infertilidad y sus repercusiones psicosociales, psico-sexuales y emocionales en parejas sometidas a diferentes procedimientos de tratamiento. Las mujeres en tratamiento de infertilidad informaron de ansiedad, síntomas psicósomáticos, dificultades de ajuste social y sentimientos de culpa, generalmente asociados con la presencia de anteriores abortos.

Koropatnick, Daniluk y Pattinson (1993) apunta hacia que el ajuste a la infertilidad está relacionado con una autoestima positiva, el locus de control interno, estado socioeconómico superior, y edad moderada.

Por otra parte, Bolter (1997) señala que la esterilidad está asociada con depresión, ansiedad, baja autoestima, auto-reproches y aislamiento social. En esta línea se hallan las investigaciones de Meyers, Diamond, Kezur y Scharf (1995) para estos autores la perspectiva de no tener hijos tiene trascendencia traumática para la mayoría de las personas estériles. Las mujeres estériles muestran niveles más altos de ansiedad, estrés, culpa, ira y depresión.

Todas estas investigaciones apuntan a la necesidad de realizar intervenciones psicosociales en las parejas infértiles sometidas a cualquier tratamiento de reproducción asistida y en las diferentes fases de los mismos.

El objetivo del presente trabajo es constatar la existencia de diferencias en las respuestas emocionales (ansiedad, ira, estado de ánimo, hostilidad) y respuestas de con-

trol entre una muestra de mujeres sometidas a tratamiento de reproducción asistida y un grupo control de características homogéneas a las anteriores en cuanto a edad, estado civil y ausencia de progeñe, no adscritas a ningún tratamiento y sin problemas de infertilidad.

Método

Sujetos

El presente estudio fue llevado a cabo mediante una muestra compuesta de 63 mujeres de edades comprendidas entre 24 y 37 años (con una media de 31,19 años y una DS=3,04), con pareja estable y sin hijos, sometidas a tratamiento de infertilidad (tiempo medio de tratamiento 5,4 años) en el Hospital Cruz Roja de Palma de Mallorca. Y un grupo control con características homogéneas a las anteriores en cuanto a edad (media 29,14 años y DS=2.92), estado civil e hijos, sin problemas de infertilidad, no adscritas a ningún tratamiento y reclutadas en centros de salud de la ciudad.

Instrumentos

Para realizar la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos:

STAXI (*State-Trait Anger Expression Scale*, Spielberger, 1983, adaptación española de Spielberger, Miguel Tobal, Cano Vindel y Casado 1.992), para evaluar la respuesta de ira.

STAI (*Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*, Spielberger et al., 1994), para la evaluación de la ansiedad estado-rasgo.

BDI (*Inventario de Depresión*. Beck, adaptación española de Vazquez, 1996), para la evaluación del estado de ánimo deprimido.

IC (*Inventario de Control*, I.C., Cano Vindel y Miguel Tobal, 1990., en la situación "Cuando tengo que ir de visita al ginecólo-

go”), para evaluar la respuesta de control ante la situación específica de visita ginecológica. El inventario IC mide percepción de control referido a la situación “Cuando voy de visita al ginecólogo”. Consta de 61 ítems distribuidos en 4 escalas a los que el sujeto tiene que contestar en una escala de 4 puntos.

La escala de control sobre la situación comprende 6 subescalas que miden control predictivo sobre la situación, temor a la pérdida de control sobre la situación, control en la situación, control posterior negativo después de la situación, control posterior positivo después de la situación y control sobre la situación. La escala de control sobre la conducta incluye las subescalas de control del estrés, control de hábitos, control de la conducta, control de las emociones y control sobre la conducta. La escala de control de ansiedad incluye una escala de control de ansiedad que miden el control referido a los tres niveles de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). Por último, la escala de control positivo y negativa, mediante sus dos subescalas control positivo, y control negativo, mide el control final sobre la situación “cuando voy de visita al ginecólogo”.

LOC (*Inventario de Locus de Control* de Rotter), para la evaluación de patrones atribucionales (interno/externo)

Procedimiento

La evaluación se realizó tras una consulta ginecológica de rutina donde se pidió a las mujeres su colaboración voluntaria en un estudio para determinar aspectos negativos y positivos de las visitas al ginecólogo. De esta forma, las mujeres participantes no conocían exactamente el motivo del estudio.

Una vez que las mujeres dieron su consentimiento se procedió a la evaluación de forma individualizada y aplicando los cuestionarios anteriormente citados en orden

aleatorio en una única sesión de una hora y media aproximada de duración, aunque no existía tiempo límite para finalizarlas. Dicha evaluación fue realizada por tres psicólogas entrenadas al respecto haciendo hincapié en que el tipo de instrucciones y manera de proceder siguiendo unos estándares generales e iguales para todas ellas.

El procedimiento aplicado fue idéntico para ambos grupos (experimental y control).

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 9.0 para Windows.

Resultados

En las tablas 1 a 5, se presentan los resultados obtenidos en el valor de la media y de la desviación estándar en cada una de las variables evaluadas para la muestra del Grupo Experimental (N=63) y del Grupo Control (N=63).

Tras el estudio de los opuestos tanto de normalidad como de homogeneidad de varianzas de cada una de las variables evaluadas, se procedió al análisis correspondiente. En la Tabla 6 y 7 se recogen los resultados de dicho análisis.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos (media y desviación estándar) de las variables de ansiedad medidas por el STAI, para ambos grupos.

Variable	Grupo	Media	D. E.
A. Estado	GE	20.06	11.23
	GC	15.44	9.72
A. Rasgo	GE	21.40	10.66
	GC	17.60	9.01

Nota. A.Estado: Ansiedad estado; A.Rasgo: Ansiedad rasgo. GE: Grupo de mujeres en tratamiento. GC: Grupo control.

Tabla 2 Estadísticos descriptivos de las variables de ira medidas por el STAXI.

Variable	Grupo	Media	Desv. Est.
I.Estado	GE	11.52	2.47
	GC	10.73	1.76
I.Rasgo	GE	17.21	5.10
	GC	17.90	4.26
Temp..I	GE	5.71	2.27
	GC	6.21	1.92
Reacc.I	GE	8.70	2.71
	GC	8.71	2.41
I.Intern.	GE	14.70	3.85
	GC	15.57	4.34
I.Extern.	GE	13.11	3.20
	GC	13.92	3.52
Control.I	GE	22.24	5.24
	GC	20.97	5.46
Expre.I	GE	21.57	9.22
	GC	24.52	9.21

Nota. I. Estado: Estado de ira; I. Rasgo: Rasgo de ira; Temp..I: Temperamento de ira; Reacc. I: Reacción de ira; I. Intern.: Ira interna; I. Extern.: Ira externa; Control I.: Control de Ira; Expre. I: Expresión de ira

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables que evalúan control percibido en la situación “Cuando tengo que ir de visita al ginecólogo” medido por el IC.

Variable	Grupo	Media	Desv. Est.
CPS	GE	9.51	2.14
	GC	10.81	2.10
TPCS	GE	1.22	1.60
	GC	.57	1.10
CES	GE	23.32	5.81
	GC	24.25	6.82
CPNDS	GE	4.25	4.34
	GC	1.98	3.33
CPPDS	GE	10.70	4.06
	GC	10.16	5.30
CSS	GE	38.05	13.80
	GC	42.67	12.11
CS	GE	8	4.77
	GC	5.70	5.33
CH	GE	1.7	2.37
	GC	1.16	1.86
CC	GE	8.14	2.57
	GC	8.75	2.75
CE	GE	9.19	6.18
	GC	10.02	2.73
CSC	GE	23.63	10.65
	GC	23.30	7.66
CRC	GE	20.71	5.60
	GC	20.52	7.11
CRF	GE	30.32	8.65
	GC	30.10	11.40
CRM	GE	17.71	5.29
	GC	18.86	7.44
CA	GE	68.75	17.53
	GC	69.48	22.98
Control P	GE	137.60	31.08
	GC	139.16	36.72
Control N	GE	7.17	6.93
	GC	3.71	4.84

Nota. CPS: Control predictivo sobre la situación; TPCS: Temor a la pérdida de control sobre la situación; CES: Control en la situación; CPNDS: Control posterior negativo después de la situación; CPPDS: Control posterior positivo después de la situación; CSS: Control sobre la situación; CS: Control del estrés; CH: Control de hábitos; CC: Control de la conducta; CE: Control de las emociones; CSC: Control sobre la conducta; CRC: Control de respuestas cognitivas; CRF: Control de respuestas fisiológicas; CRM: Control de respuestas motoras; CA: Control de ansiedad; Control P: Control positivo; Control N: Control negativo.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la variable patrón atribucional o locus de control externo medido por la Escala de Rotter.

Variable	Grupo	Media	Desv. Est.
LOC	GE	16.35	10.01
	GC	12.03	3.76

Nota: LOC= Patrón atribucional

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la variable estado de ánimo deprimido medido por el BDI.

Variable	Grupo	Media	Desv. Est.
BDI	GE	8.21	8.44
	GC	5.25	6.38

Nota. BDI: Estado de ánimo deprimido

Como se puede comprobar en los datos precedentes, en la respuesta de ira se han hallado diferencias significativas en la escalas de ira-estado ($p=0.006$), de manera que podemos afirmar que las mujeres que acuden a tratamiento presentan mayores sentimientos de irritación, enfado, furia o

rabia ante la situación de visita ginecológica. Por su parte, en la escala de temperamento de ira ($p=0,033$), las mujeres en tratamiento de reproducción asistida, presentan una menor predisposición a experimentar y a manifestar ira sin una provocación específica. Por último y tal como se observa en la Tabla 7, en cuanto a la expresión de ira existe una tendencia a la significación en esta escala ($p=0.074$), lo cual implica que las mujeres sometidas a tratamiento tienden a expresar menos sus sentimientos cuando se enfadan.

Tabla 6 Prueba U de Mann-Whitney

Test	Variable	z	p
STAI	Ansiedad estado	-2.529	0.012
STAXI	Estado de Ira	-2.785	0.005
	Temperamento de	-2.136	0.033
	Control predictivo	-4.142	<0.001
IC	Temor pérdida de	-2.797	0.007
	Control posterior	-3.754	<0.001
	Control del estrés	-2.556	0.010
	Control de emoción-	-3.182	0.001
Rotter	Control negativo	-3.452	<0.001
	Patrón atribucional	-3.264	0.001
BDI	Estado de ánimo	-2.234	0.027

Nota. P: Significación Monte Carlo

Respecto a la respuesta de ansiedad (Tabla 6), se han encontrado diferencias significativas en ansiedad-estado ($p=0.012$), y tal como se aprecia en la Tabla 7 existe también una diferencia significativa en ansiedad-rasgo ($p=0.033$). Por tanto, parece que las mujeres sometidas a tratamiento presentan una mayor percepción de tensión y aprensión, así como una mayor activación del sistema nervioso au-

tónimo, incrementándose su tendencia a responder ante situaciones consideradas como amenazantes con reacciones de estados de ansiedad; donde además, la visita ginecológica es vivida por estas mujeres como una fuente de ansiedad (estado).

Analizando la respuesta de estado de ánimo deprimido (Tabla 6) podemos apreciar la aparición de diferencias significativas ($p=0.027$) entre ambos grupos de mujeres, donde las sometidas a tratamiento presentan mayores niveles de depresión, desesperanza y pérdida de autoestima.

Tabla 7. Prueba t de comparación de medias

Test	Variable	t	p
STAXI	Expresión de ira	-	0.07
	Control de ira	1.332	0.18
STAI	Ansiedad rasgo	2.157	0.03
IC	Control sobre situa-	-	0.04

Por último en la Tabla 7 puede observarse la aparición de valores significativos en la escala de control sobre la situación (CSS) ($p=0.048$), lo que significaría que las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida presentan un menor control sobre la situación de visita ginecológica. Asimismo, en la Tabla 6 se aprecian los resultados obtenidos en la mayoría de las escalas del Inventario de Control referido a la situación de visita ginecológica. En ellas se pueden percibir diferencias significativas en la escala de control sobre la situación, y en la escala de control sobre la conducta.

En este caso podemos concluir que las mujeres sometidas a tratamiento presentan respuestas más altas en la subescala de temor a la pérdida de control sobre la situación (TPCS) ($p=0.007$) y control posterior

negativo después de haber pasado por la situación de visita ginecológica (CPNDS) ($p<0.001$) y control del estrés (CS) ($p=0.010$). Por el contrario, presentan respuestas significativamente menos elevadas en control predictivo sobre la situación (CPS) ($p<0.001$) y control de las emociones ($p=0.001$). Por último en la escala de control final sobre la situación, se han hallado diferencias significativas en la subescala de control negativo (Control N) ($P<0.001$).

Es decir las mujeres sometidas a tratamiento experimentan un peor control sobre la situación de visita ginecológica. Datos que aparecen reafirmados y en congruencia con los resultados de las respuestas atribucionales medidas a través del autoinforme de Lugar de Control de Rotter, donde aparecen diferencias significativas en el patrón atribucional externalidad ($p=0.001$). En este sentido, las mujeres sometidas a tratamiento tienden a percibir lo que les sucede como fuera de su control, sintiéndose incapaces de tener la situación ginecológica bajo su control.

Conclusiones

Tal y como planteábamos al inicio de estas líneas, los resultados obtenidos confirman que las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida, con independencia del tipo de tratamiento, número de los mismos, y tiempo transcurrido desde la primera intervención, presentan un incremento en las respuestas emocionales de ansiedad estado, ansiedad rasgo, ira estado, estado de ánimo deprimido, así como un patrón atribucional externo; e igualmente, manifiestan menor expresión de ira y temperamento airado.

Asimismo, la infertilidad parece altamente relacionada con la pérdida de control percibido. Estos resultados permiten hipotetizar

tetizar que la pérdida de control percibido pueda producir un decremento en la percepción de las estrategias de afrontamiento adecuadas ante la visita ginecológica así como la aparición de estrategias inadecuadas ante la misma.

Por otra parte los resultados obtenidos en este estudio, se encuentran en línea con los obtenidos por la mayoría de los trabajos realizados en este campo. En este sentido y de acuerdo con Klock (1999), creemos que se hace necesario, en el procedimiento general del tratamiento de infertilidad, la creación de programas de intervención que tengan en cuenta los aspectos emocionales y comportamentales de las personas sometidas al mismo. Dichos programas deben ir dirigidos al incremento del control en las respuestas emocionales negativas ante las intervenciones en los tratamientos de reproducción asistida. En esta línea numerosos autores (Nichols y Pace-Nichols, 2000; Stanton y Burns, 1999; Cooper-Hilbert, 1998; Boivin, 1997; Saibel, 1997; Galletly, Clarck, Tomlinson y Blaney, 1996) han enfatizado la importancia de la intervención

psicosocial en cualquier procedimiento de reproducción asistida.

En este sentido, en España la Ley de Reproducción Asistida (Ley 35/1998, de 22 de noviembre) en su artículo. 2.1,b dice: "solamente se aplicarán estas técnicas en mujeres mayores de edad y en buen estado de salud psicofísica", de lo que se deduce la relevancia social de las investigaciones y de los procedimientos dirigidos a una adecuada evaluación de los aspectos psicológicos relacionados con la reproducción asistida y la implementación de técnicas de intervención pertinentes.

Por tanto, siguiendo a Read (1995) y a Guerra, Llobera, Veiga y Barri (1998), pensamos que las técnicas de reproducción asistida deberían contemplar la evaluación e intervención psicológica en todas y cada una de las fases que incluyen los programas indicados. A saber, diagnóstico, tratamiento y aplicación del procedimiento de reproducción asistida. En función de dichos resultados, el proceso, en muchas ocasiones, vuelve a reiniciarse.

Referencias bibliográficas

- Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D. y Tennant, C. (1994). Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(3), 229-240.
- Bevilacqua, K. (1998). The impact of anxiety and depression on the medical treatment of infertile women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 59(2-B), 0864.
- Boivin, J. (1997). Is there too much emphasis on psychosocial counseling for infertile patients? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14(4), 184-186.
- Bolter, D.T. (1997). Defenses and adaptation to infertility. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 57(7-B), 4695.
- Bringhenti, F., Martinelli, F., Ardenti, R. y La Sala, G.B. (1997). Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(5), 431-437.
- Cooper-Hilbert, B. (1998). *Infertility & involuntary childlessness: Helping couples cope*. W.W. Norton & Company, Inc, New York USA.
- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J. y Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19(6), 568-575.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C., y Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Ob-*

- stetrics and Gynecology 14CY: ENGLAND: 45-52.
- Galletly, C., Clark, A., Tomlinson, L. y Blaney, F. (1996). A group program for obese, infertile women: weight loss and improved psychological health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 17(2):125-128.
- Glover, L., Gannon, K. y Abel, P. D. (1999). Eighteen-month follow-up of male subfertility clinic attenders: A comparison between men whose partner subsequently became pregnant and those with continuing subfertility. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 17(1), 83-87.
- Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A. y Barri PN. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13(6),1733-1736.
- Klock, S.C. (1999). Psychosocial evaluation of the infertile patient. En Burns, Linda Hammer (Ed); Covington, Sharon N. (Ed); et al. *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. , 49-63 Parthenon Publishing Group Inc., New York, NY, USA.
- Koropatnick, S., Daniluk, J. Y Pattinson, H.A. (1993). Infertility: a non-event transition. *Fertility and Sterility*, 59(1), 163-171.
- Low, W.Y., Edelman, R.J. y Sutton, C.J. (1994) Patients with chronic pelvic pain and/or infertility: psychological differences pre- and post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15(1), 45-52.
- Meyers, M., Diamond, R., Kezur, D. y Scharf, C. (1995). An infertility primer for family therapists: I. Medical, social, and psychological dimensions. *Family Process*, 34(2), 219-229.
- Nichols, W.C. y Pace-Nichols, M.A. (2000). Childless married couples. En Nichols, William C. (Ed); Pace-Nichols, Mary Anne (Ed). *Handbook of family development and intervention*. 171-188. John Wiley & Sons, Inc, New York, NY, US.
- Read, J. (1995). *Counseling for Fertility Problems*. Counseling in Practice Series London: Sage Publications.
- Robinson, G.E. y Stewart, D.E. (1996). The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(3), 168-172.
- Seibel, M.M. (1997). Infertility: the impact of stress, the benefit of counseling *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*; 14(4),181-183.
- Stanton, A.L. y Burns, L.H. (1999) Behavioral medicine approaches to infertility counseling. En Burns, Linda Hammer (Ed); Covington, Sharon N. (Ed). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinician*, 129-147. Parthenon Publishing Group Inc., New York, NY, USA
- Tarlatzis, I., Tarlatzis, B.C., Diakogiannis, I., Bontis, J., Lagos, S., Gavriilidou, D. y Mantalanakis, S. I. (1993). Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Human Reproduction*, 8(3),396-401.
- Williams, M.E. (1997). Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in Private Practice*, 16(3),7-26.
- Spielberger, C.D., Miguel-Tobal, J.J., Cano Vindel, A. y Casado M.I. (1992). STAXI. Versión experimental en castellano. No publicado.
- Spielberger, C.D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Revised Research Edition. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- Spielberger, C.D. Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1988). Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid: TEA