

Estudio comparativo del autoconcepto en mujeres con esterilidad primaria y pérdida gestacional recurrente

Comparative study of self-concept in women suffering from primary sterility and recurrent gestational loss

Guillermo A. González Campillo, Jorge Carreño Meléndez, Claudia Sánchez Bravo y Francisco A. Morales Carmona¹

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar mediante la Escala Tennessee de Autoconcepto el impacto que tiene sobre la mujer la esterilidad y la pérdida gestacional recurrente. Se seleccionaron dos muestras por conveniencia de 120 pacientes: una de pacientes estériles y otra de mujeres con pérdida gestacional recurrente. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de las dos muestras seleccionadas, siendo menores en la segunda. Los autores concluyen que es recomendable que las pacientes cuenten con apoyo psicológico durante el tratamiento; sin embargo, recalcan que las estrategias terapéuticas serían diferentes, dado que en la pérdida gestacional aparecen más complicaciones por el duelo de la pérdida del hijo.

Palabras clave: Infertilidad; Esterilidad; Pérdida recurrente del embarazo; Autoconcepto.

ABSTRACT

The aim of this work was to evaluate the impact of sterility and recurrent gestational losses on women, by using the Tennessee Self-Concept Scale. Two convenience samples of 120 women with no living children, each one taken from the population of the Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, were selected, one conformed by sterile patients, and the other by patients with recurrent gestational losses. Statistically significant differences were found between the two samples selected and lower scores were detected in the factors specified by the test in patients of the second group. As a result of the data obtained for either medical condition, the authors recommend that patients receive psychological support during their treatment; however, it must be pointed out that the therapeutic strategies used should be different, as gestational losses imply more complications regarding bereavement for the loss of the child.

Key words: Infertility; Sterility; Recurrent pregnancy loss; Self-concept.

ANTECEDENTES

El Instituto Nacional de Perinatología es una institución de cuarto nivel dedicada a la atención e investigación de todos los aspectos relacionados con la reproducción humana. Para el desarrollo de sus políticas de atención integral, cuenta con un Departamento de Psicología que de manera interdisciplinaria tiene programas de trabajo estructurados alrededor de las principales eventualidades de la casuística

¹ Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, 11000 México, D.F., México, tel. (55)55-20-99-00, ext. 147, correos electrónicos: fmoralesc@servidor.inper.edu.mx y jocame2003@yahoo.com. Artículo recibido el 9 de mayo de 2007 y aceptado el 23 de junio de 2008.

reproductiva. Dos de esas eventualidades reclaman atención: la esterilidad y la pérdida gestacional recurrente (PGR).

Según Vite, Ortiz, Hernández, Tovar y Ayala (2005), la esterilidad es la imposibilidad de lograr un embarazo después de un año de relaciones sexuales (con una frecuencia de más de tres veces por semana) sin el empleo de un método anticonceptivo. Este periodo se ha definido sobre la base de estudios que indican que la probabilidad acumulada de lograr un embarazo en parejas sanas es de 90% en los primeros doce meses. Ha habido reportes donde se señala que antes de empezar o terminar un tratamiento, la proporción de embarazos espontáneos fue de 10 a 78% (Collins, Wrixon y Janes, 1983; Khaliwal, Khera y Dhali, 1991; Snick, Snick, Evers y cols., 1997).

La PGR ha tenido distintas definiciones a través del tiempo; anteriormente se la llamaba "infertilidad", término que acarrió muchas confusiones porque en la literatura, principalmente anglosajona, englobaba tanto la imposibilidad de lograr un embarazo como la de lograr un embarazo a término (Palacios y Jadresic, 2000). También se le llamó "aborto" o "aborto habitual", pero quedaba oculta en ese término la diferenciación del aborto involuntario del voluntario, así como también la falta de precisión del tiempo de embarazo en que ocurría la interrupción.

En la actualidad, la PGR es una variante de la infertilidad y se considera como tal en aquellas mujeres con más de tres pérdidas gestacionales, e incluye asimismo la muerte del recién nacido hasta los treinta días de vida. Antes de las once semanas de embarazo se le llama *aborto*, y después de ese tiempo, y hasta un mes de nacido el producto, *pérdida perinatal*. Para fines de esta investigación, solo se toman en cuenta las pérdidas del embarazo propiamente dichas, esto es, la interrupción involuntaria del embarazo en cualquier etapa de su desarrollo (Espinosa, Gorbea y Baptista, 2001).

La esterilidad, desde épocas prehispánicas, ha estado ligada a la importancia que la sociedad mexicana siempre ha dado a la reproducción. Era fundamental para la unión de las parejas que se lograra la reproducción. Para la mujer era una fuente de angustia cualquier trastorno en este sentido ya que estaba sometida a la presión social y

familiar; cuando la había, por lo general terminaba con la separación y el rechazo público (Carreño, 2002).

Desde el punto de vista social, la maternidad es sobrevalorada independientemente de las demás funciones sociales que cumpla la mujer, de manera que toda aquella que tiene una vida sexual activa debe embarazarse a toda costa sin tener en cuenta las posibilidades reales que tiene para afrontar sus consecuencias; esto es reforzado por las estrategias propagandísticas y publicitarias que presentan imágenes idealizadas de mujeres y niños frecuentemente descontextualizadas de la realidad cultural mexicana. El descubrimiento de estos mecanismos explica en parte la razón de que las mujeres tengan con frecuencia el anhelo de ser madres (Carreño, 2002).

El éxito de la función reproductiva en hombres y mujeres se convierte en una fuente de satisfacciones y conlleva a menudo que la relación de pareja se fundamente solo en este motivo, pero a la vez genera ansiedad cuando no se alcanza esta meta; el empobrecimiento consecuente de otros recursos que debieran sostener la unión dificulta una adaptación más sana ante el problema (Carreño, 2002).

La esterilidad es uno de problemas más frecuentes de las parejas en la consulta ginecológica; trasciende la esfera de lo fisiológico porque afecta también el funcionamiento psicológico adecuado de quien la padece. Dadas algunas limitantes en los enfoques de investigación, hay ciertas discrepancias para establecer su prevalencia, pero en general se estima que entre 10 y 15% de las parejas en edad reproductiva la sufren; el origen puede estar en el hombre, en la mujer o en ambos. Por género, la esterilidad masculina se estima en 40% y la femenina en 50% (Vite y cols., 2005). El 10% se considera de causa desconocida.

Con el avance de la medicina, se han echado por tierra muchas falsas ideas acerca de este padecimiento, como, por ejemplo, que la mayoría de quienes lo padecen son mujeres, y que una causa muy frecuente son los factores psicológicos. La vivencia del problema está condicionada por factores socioculturales en lo referente al género, con una mayor carga emocional en la mujer; por ello, la esterilidad en la pareja no debe considerarse como un trastorno meramente fisiológico, ya que de

manera importante afecta también las áreas psicológica y social (Castañeda y Bustos, 2001).

En los estudios sobre esta problemática, se ha observado lo siguiente:

a) La esterilidad sigue percibiéndose como una experiencia sumamente desagradable que genera un sufrimiento real en las parejas que la padecen.

b) Dentro de la sociedad mexicana, la finalidad de la familia, la sexualidad y el propio individuo sigue siendo la procreación de los hijos.

c) La esterilidad se enfrenta con impotencia y frustración debido a que se le considera como un obstáculo para cumplir con una función socialmente esperada.

d) La esterilidad produce cambios en la personalidad, o bien acentúa características que desequilibran el estado emocional y físico del ser humano; las reacciones emocionales básicas que se producen son consecuencia del estrés producido por el diagnóstico y los constantes tratamientos a que se someten las personas estériles (Carreño, 2002).

La pérdida recurrente del embarazo comparte con la esterilidad muchos de los aspectos psicosociales mencionados sobre la importancia que siempre se ha dado a la reproducción exitosa desde los tiempos prehispánicos. En la pérdida gestacional la situación se hace más compleja por las consecuencias del duelo ante el hijo no nacido. La pareja enfrenta el duelo inmediato del hijo muerto; es una auténtica pérdida objetal—cualquiera que sea el tiempo transcurrido del embarazo—, pues desde que las mujeres se saben embarazadas la representación es de ser más que dos. Ya en las celebraciones prehispánicas del Día de Muertos había en México un lugar especial para los niños muertos, e incluso los nonatos (UNESCO, 2003).

En la PGR el enfrentamiento con la muerte desempeña un papel esencial; no solo es la búsqueda de un embarazo, sino la expectativa de que éste llegue a término. La pareja sabe que es posible el embarazo, pero no en qué momento puede interrumpirse. La experiencia repetitiva genera una considerable ansiedad y la culpa acumulada de que la búsqueda del embarazo exitoso ha implicado también la pérdida de vidas, en lugar de lo que se anticipaba como un logro.

La PGR produce culpa por varias vías. La primera es la sociedad, pues la pareja siente que no está a la altura de las circunstancias con respecto al grupo que los contiene al no retribuir y participar en su conservación. Hay culpa también por los embarazos malogrados; tal falla se asume como un acto responsable y no como la consecuencia de una posible limitante biológica. Hay culpa respecto de la pareja porque la persona se siente defectuosa al no poder aportar su parte proporcional al éxito reproductivo, y con esto provocar la esterilidad indirecta de la pareja. Hay culpa, en fin, ligada a otras culpas del pasado por situaciones morales no resueltas aún, ligadas frecuentemente a relaciones familiares conflictivas o a prácticas abortivas (González, 2005).

A diferencia de la esterilidad, en la PGR no aparecen tan claras las veces en que es ocasionada por el hombre porque han sido más limitados los avances de la investigación en este sentido, y porque lo poco que se ha logrado aún no está disponible en nuestro medio. Es por esto que la mujer sigue cargando en mayor medida con la responsabilidad en el fracaso reproductivo.

En el panorama mundial, la tasa de muerte fetal en países en vías de desarrollo es casi cuatro veces mayor que en los países industrializados (Romero, Martínez, Ponce y Ábrego, 2004). Dentro de la casuística del Instituto Nacional de Perinatología (2002), en la captación de la consulta ginecológica del año 2002 la esterilidad ocupaba el primer lugar con 1,188 casos, los cuales correspondían a 34.4% de la demanda de consulta en esta área. La PGR tuvo una demanda de consulta en 141 casos, ocupando así el cuarto lugar, con una proporción de 4.1%.

La razón por la cual se decidió comparar estos dos estadios reproductivos a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (Fittz, 1965) es porque la literatura médica mundial tiende a equipararlos, pues su enfoque tiene que ver con no haber logrado un hijo vivo. En cambio, desde el punto de vista psicológico en la experiencia clínica, la situación es diferente: con esterilidad no se logra un embarazo, y en la PGR se logra, pero no llega a término. En este padecimiento la pareja se encuentra enfrentada a un estrés adicional, que es la expectativa ansiosa de cuánto durará el embarazo, más la liga objetal con el producto que la madre

trae en su vientre condicionada a los duelos por las pérdidas anteriores.

Además de lo anterior, la infertilidad y la esterilidad son algunos de los problemas por los que la pareja, al saberse parte de uno de estos eventos, sufre un gran impacto emocional que puede verse reflejado en aspectos tan centrales como el auto-concepto y la satisfacción marital (Priest, 1987).

En una investigación realizada por Carreño, Morales, Sánchez, González y Martínez (2003) se compararon las características del autoconcepto en parejas estériles por factor masculino y femenino, hallándose que la esterilidad afecta tanto al miembro que la padece como a su compañero fértil, produciendo este hecho una continua fuente de conflictos que se resuelven en función de la calidad con que se haya constituido la pareja.

Aún no se entiende plenamente la relación entre las dificultades psicológicas y la infertilidad (esterilidad). Un número de autores ha sugerido que factores psicológicos tales como la depresión, la ansiedad y el miedo pueden influir en lo fisiológico, incluido el funcionamiento endocrinológico, reduciendo así la probabilidad de concebir (Machelle y Melvin, 1982). Se ha sugerido que la infertilidad provoca de suyo síntomas psicológicos de diferentes grados de severidad. El impacto del diagnóstico y el tratamiento subsecuente de la infertilidad, en adición a la presión social de llegar a ser padres que experimentan involuntariamente las parejas sin hijos, pueden tener un marcado efecto en el funcionamiento psicológico. Varios autores han recomendado consejeros profesionales para abordar estas circunstancias (Susan y Donald, 1991).

La relación entre el funcionamiento psicológico y la infertilidad puede ser causal o consecuen- cial; de cualquier modo, hay una interacción compleja entre la infertilidad y los problemas psicológicos (Domínguez, 2002). Tanto así que hay pacientes cuya infertilidad, hechas las pruebas de diagnóstico, no tiene un origen anatómico, fisiológico o patológico (Ramírez, 1990).

Parés (2007) reporta que de 10 a 15% de los casos de esterilidad tiene un origen desconocido, y que un porcentaje alto de tales parejas (60%) se embaraza espontáneamente hasta tres años después del diagnóstico inicial. Esto podría ser útil para evaluar si ha habido cambios en los patrones del funcionamiento psicológico o en la misma relación

marital durante ese período, aunque Parés es escéptico en este sentido dado que, apoyado en varios autores, concede a los factores emocionales solo 5% de participación en el problema; reportes bien fundamentados demuestran que no hay mejoría en la tasa de fertilidad en estos casos.

En estudios como el de Domínguez (2002) se ha hallado poca evidencia de diferencias entre las parejas orgánica y funcionalmente infértiles (estériles) y las medidas de personalidad; sin embargo, deben ser tomados en cuenta los encuadres utilizados.

La Prueba de Autoconcepto de Fitts (1965), en sus factores personales y sociales, ha sido muy útil para determinar el impacto que las diferentes circunstancias reproductivas producen en las pacientes, y en especial la PGR, por lo que es necesario desarrollar estrategias de afrontamiento del problema reproductivo. En el trabajo institucional, la comparación entre grupos poblacionales permite determinar las prioridades de la atención y establecer focalizaciones de intervención hacia las áreas más dañadas.

MÉTODO

Participantes

Se seleccionaron dos muestras por conveniencia de 120 pacientes cada una de la población atendida en el Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México, una de pacientes estériles y la otra con pérdida gestacional recurrente.

La muestra con PGR tuvo las siguientes características: una edad promedio de 29 años; 76% de las pacientes estaban casadas por lo civil; 18% en unión libre y las demás en matrimonio religioso. Las participantes tenían un promedio de tres gestas, pero 3% de ellas había experimentado entre seis y ocho gestas. La mayoría de las mujeres (69%) estaba dedicada al hogar y el resto (26%) al trabajo fuera de éste. Contaba con primaria 13% de la muestra, 32% con secundaria, 45% con preparatoria y 4% con licenciatura. Ninguna de las pacientes tenía hijos vivos.

La muestra de pacientes estériles presentó las siguientes características: una edad promedio de 33 años, 79% estaban casadas y 21% en unión

libre. De ellas, 17.5% se dedicaba al trabajo fuera del hogar y 82.5% en el hogar. En cuanto a la escolaridad, 31% tenía estudios primarios, 14% secundarios, 28% preparatorios y 10% universitarios. Ninguna de las pacientes se había embarazado. El promedio de evolución de la esterilidad fue de cinco años, pero 11% sobrepasaba los diez años.

El muestreo fue por cuota. A medida que llegaban al Departamento de Psicología eran entrevistadas en consulta externa; una vez constatados los requisitos de selección (que pertenecieran a la Clínica de Esterilidad e Infertilidad, con primaria terminada, mexicanas, sin padecimientos psiquiátricos, con pareja estable y sin hijos vivos), se les invitaba a participar en el protocolo y se les proporcionaba la carta para su consentimiento informado, aclarando las dudas que hubieran podido surgir.

Para la significancia estadística se utilizó la prueba *t* de Student.

RESULTADOS

En la prueba de autoconcepto, las mujeres estériles se mostraron ligeramente menos exigentes consigo mismas que las que sufrían PGR. En el autoconcepto en general, estaban considerablemente más devaluadas las pacientes con PGR que las estériles, y en la misma proporción en las demás escalas relacionadas con este constructo. Tanto las pacientes estériles como con PGR mostraron una ligera tendencia a la negación del problema, siendo un poco menor en las segundas, quienes también se mostraron menos indecisas al responder al cuestionario.

El perfil en cuanto a su conformación es bastante similar, lo cual indica que las zonas de impacto son las mismas, a excepción de un detrimento mayor de las pacientes con PGR y puntajes menores en algunos de sus factores.

El puntaje general de *Autoconcepto* en las estériles está cercano a la media que determina la prueba; en cambio, en las pacientes con PGR está más cerca del valor del punto de corte mínimo, lo que puede explicarse por el mayor impacto de los duelos provocados por las gestas interrumpidas, en contraste con la expectativa esperanzadora de la mujer estéril.

Mayor aún fue la diferencia en los puntajes en el rubro de *Identidad*, que son menores en las pacientes con PGR; sobre estas pacientes recae más directamente el fracaso reproductivo, además de la ambivalencia hacia la maternidad, reflejada en las sesiones terapéuticas cuando expresaban la duda de si eran merecedoras del calificativo de “madres”, pues de todas maneras habían pasado por la experiencia gestacional.

En cuanto la *Autosatisfacción*, el puntaje de las estériles estuvo por encima de la media, no así el de las mujeres con PGR, cuyos demás puntajes tampoco sobrepasaron este parámetro estadístico, mostrando un perfil sumergido generalizado.

En lo referente a *Comportamiento*, las mujeres con PGR se percibían más desfavorablemente en su modo de comportarse y autocriticarse que las estériles.

Sobre el *Yo físico*, en las mujeres en ambas condiciones se halló una considerable devaluación: mientras que en las estériles el puntaje estuvo por abajo de la media, en las mujeres con PGR toca el punto de corte mínimo.

En el *Yo ético moral* mejora la autopercepción respecto de los conceptos en ambas situaciones reproductivas, permaneciendo por abajo de la media en la PGR, según se decía antes; en este puntaje y en el de *Yo social* es donde menos se marca la diferencia entre mujeres estériles y con PGR.

En cuanto al rubro *Yo personal*, definitivamente estuvieron mejor valorizadas las estériles que las que padecían PGR, siendo en ambos casos el puntaje más alto, comparativamente hablando, en cada uno de sus perfiles.

Por último, en lo concerniente al *Yo familiar* se hallaron sentimientos de minusvalía en ambos casos, siendo más aguda en las pacientes con PGR.

Haciendo una comparación general de todas las escalas descriptivas del autoconcepto (nueve en total), las mujeres estériles muestran cinco de ellas por encima de la media de la prueba, pero ninguna de las pacientes con PGR.

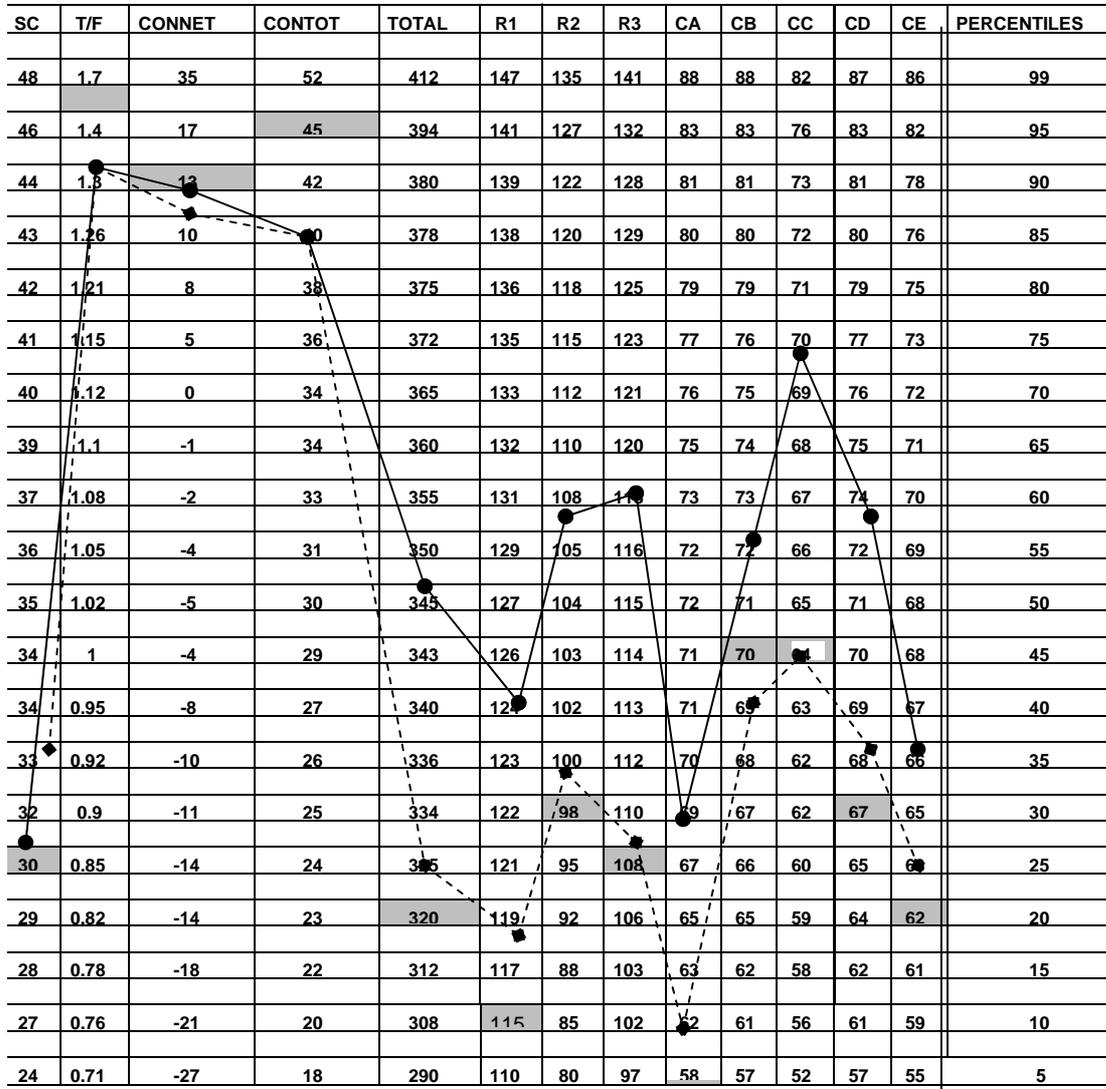
DISCUSIÓN

Puede observarse que indudablemente la mujer con pérdida recurrente de embarazo padece más su circunstancia reproductiva que la mujer estéril,

viéndose más afectada en su identidad como mujer y como madre, así como en su afrontamiento vital. En cuanto a su valor personal e imagen cor-

poral, se encuentra en desventaja con las estériles, lo que la orilla a aislarse más (Gráfica 1).

Gráfica 1. Resultados de la prueba de autoconcepto en ambos grupos.



Dispersigrama
 Mujeres estériles: —————
 Mujeres infértiles (PGR): - - - - -

Dada la similitud de la sinuosidad de sus perfiles, y teniendo en cuenta las diferencias descritas por los mismos, se nota en ambos casos un esfuerzo por compensar el problema vivido a través de una sobrevaloración leve de su propia persona y un desenvolvimiento en el rol asignado. Si pudiera decirse cuál es el punto medular en esta dinámica personal, podría responderse que son sus dudas sobre su identidad como mujeres y madres y, naturalmente, su autopercepción física.

Por la confirmación obtenida de la experiencia psicoterapéutica a través de los datos de la investigación acerca del estado emocional general de las mujeres que atraviesan estas dos circunstancias reproductivas, es posible inferir la necesidad de una ayuda psicológica simultánea a la atención médica, a fin de favorecer un análisis de realidad más objetivo que les haga posible discernir la autenticidad de sus sentimientos maternos y las áreas de su personalidad no desarrolladas hasta el mo-

mento. De esta manera, podrán mejorar su funcionalidad en los roles psicosociales y superar su aislamiento y dependencia.

La importancia de realizar este tipo de investigaciones radica en poder cotejar con datos objetivos psicométricos la experiencia clínica lograda a través de la psicoterapia, pudiendo partir de la hipótesis de que la diferencia de intensidad del impacto en el autoconcepto entre la PGR y la esterilidad puede explicarse sobre la base de que en el primer caso se enfrenta sobre todo el duelo por el hijo muerto, además de las dificultades del evento reproductivo, las que comparte con la esterilidad.

En este tenor, es recomendable valorar la conveniencia de atender por separado ambas situaciones reproductivas mediante la técnica de psicoterapia grupal (Morales, Díaz, Espíndola y cols., en prensa), dado que al menos en las etapas iniciales del tratamiento implican diferentes motivos de abordaje, como el duelo perinatal.

El ideal dentro de la medicina humana es el trabajo interdisciplinario, sobre todo en aquellas áreas del conocimiento que involucran una concepción integral del hombre como ser biopsicosocial. No es posible afirmar a partir del enfoque propuesto que un producto intelectual fruto de la investigación dentro de cada una de estas áreas sea ajeno a otro; por eso conviene que sea compartido el entendimiento de las diferentes metodologías con que las distintas disciplinas obtienen sus resultados.

A partir de los datos arrojados por esta investigación, es indispensable un trato diferencial entre las dos circunstancias reproductivas presentadas, la esterilidad y la PGR, desde el punto de vista psicológico y médico, particularmente en instituciones ginecoobstétricas como la presente.

Como riesgo reproductivo, la PGR adquiere características circunstanciales diferentes a las de los demás riesgos reproductivos. No es lo mismo el riesgo de embarazo que los embarazos con riesgo; en este segundo concepto, la causa de la posible interrupción del embarazo es conocida; el problema es que se sale de control. En la PGR hay un sector muy importante del problema que se aglutina dentro de la “causa desconocida”; según estadísticas mundiales, aparece con un rango de 15 a 79% (Espinosa y Gorvea, 2002) o de 23 a 52% (Conde, s/f). Esto plantea un reto muy importante en la investigación médica, y desde lo psicológico es una fuente importante de impacto emocional que se refleja en un pobre autoconcepto, como lo muestran los resultados de la presente investigación.

Por estas razones es que se recomienda la creación de una clínica de PGR con una cohorte independiente y mediante un trabajo interdisciplinario, principalmente, en donde se haga un seguimiento completo al evento reproductivo. En primera instancia, porque así se podrá contar con un historial casuístico tanto psicológico como médico que permita ampliar los focos de interés. En segundo término, porque se evita escindir el período de diagnóstico y tratamiento del problema de resolución (embarazo o no), siendo esto más congruente con la continencia institucional de la paciente en todo el proceso y la familiaridad casuística por parte del personal de salud, características inherentes de los criterios de calidad de atención. El concepto genérico de “infertilidad” –como se le llama en el campo médico a los dos padecimientos objeto de este trabajo– deja de lado muchas circunstancias importantes y diferentes que van más allá del logro de un hijo vivo.

REFERENCIAS

- Carreño, M.J. (2002). Aspectos emocionales de la infertilidad. En Instituto Nacional de Perinatología (Ed.): *Psicología de la Reproducción Humana. Un enfoque integral*. México: Trillas.
- Carreño, M.J., Morales, C.F., Sánchez, B.C., González, C.G. y Martínez, R.S. (2003). Características del autoconcepto en parejas estériles por factor masculino y femenino. *Perinatología y Reproducción Humana*, 17(2), 80-90.
- Castañeda, J.H y Bustos, L.H. (2001). La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15(2), 124-131.
- Collins, J.A., Wrixon, W., Janes, L.B. (1983). Treatment-independent pregnancy among infertile couples. *New England Journal of Medicine*, 309(20), 1201-1206.

- Conde V., J. (s/f). *La contribución del médico en cuanto al conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, a partir de la correcta certificación de las causas de muerte fetal*. Disponible en red: <http://www.deis.gov.ar/capacitacionfetal/contribucion.htm>.
- Domínguez, V.R. (2002). Psicología e infertilidad. *Revista Médica de la Clínica Las Condes*, 13(1). Disponible en red: http://www.clinicalascondes.cl/area-academica/revista_medica_enero2002/articulo-007.htm.
- Espinosa, R. y Gorbea, V. (2002). *Cohorte de mujeres en evaluación de riesgo pregestacional. Enero/diciembre de 1993*. Manuscrito inédito. México: Instituto Nacional de Perinatología.
- Espinosa, R., Gorbea, V. y Baptista, G.H. (2001). *Consulta pregestacional*. Manuscrito inédito. México: Instituto Nacional de Perinatología.
- Fittz, W.H. (1965). *Tennessee Self Concept Scale. Nashville Counselor Recording and Test Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- González, C.G. (2005). *Pérdida recurrente del embarazo: Un abordaje integral en una institución de reproducción humana*. Trabajo para obtener el Diploma de Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en Instituciones. México: UNAM.
- Instituto Nacional de Perinatología. (2002). *Anuario Estadístico*. México: Autor.
- Khaliwal, L.K., Khera, K.R. y Dhali, G.T. (1991). Evaluation and two-year follow-up of 455 infertile couples – pregnancy rate and outcome. *International Journal of Fertility*, 36(4), 222-226.
- Machelle, M.S. y Melvin, L.T. (1982). Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*, 37(2).
- Morales, F., Díaz, E., Espíndola, G., Henales, C., Meza, P., Mota, C. y Pimentel, D. (en prensa). *Psicopatología y atención psicológica institucional. Temas selectos en orientación psicológica. Vol II: Creando alternativas*.
- Palacios, E. y Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 38(2), 94-103.
- Parés, P.B. (2007). *Esterilidad de origen desconocido*. Barcelona: Unitat de Reproducció Humana. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau/Fundació Puigvert.
- Priest, R.G. (1987). *Trastornos psicológicos en obstetricia y ginecología*. Barcelona: Toray, S.A.
- Ramírez, C.G. (1990). Consideraciones preliminares ante el diagnóstico de esterilidad inexplicable. En E. V. Benitez (Ed.): *Medicina reproductiva en México*. México: JGH Editores, S.A. de C.V.
- Romero, G.G., Martínez, C.C., Ponce, P.A. y Ábrego, O.E. (2004). Factores de riesgo y muerte fetal anteparto. *Ginecología y Obstetricia en México*, 72(3), 109-115.
- Snick, H.K., Snick, T.S., Evers, J.L. et al. (1997). The spontaneous pregnancy prognosis in untreated subfertile couples: the Walcheren primary care study. *Human Reproduction*, 12(7), 1582-1588.
- Susan, C.K. y Donald, M. (1991). Guidelines for the provision of psychological evaluations for infertile patients at the University of Connecticut Health Center. *Fertility and Sterility*, 56(4).
- UNESCO (2003). *La festividad indígena dedicada a los muertos en México* (Trad. Magda Urquidí Bingham). México: CONACULTA.
- Vite, V.J., Ortiz, N.D., Hernández, M.I., Tovar, R.J. y Ayala, A. (2005). Análisis epidemiológico de la infertilidad en una población mexicana. *Ginecología y Obstetricia en México*, 73(7), 360-364.