

Los psicólogos y la infertilidad

Psychologists and infertility

Ysis Roa Meggo¹

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue definir el papel del psicólogo ante la infertilidad, una condición con prevalencia e incidencia crecientes. La investigación sobre el tema se ha centrado en la función asistencial del psicólogo para la pareja con problemas de infertilidad, pero no se ha puesto atención a otros campos de aplicación importantes. Aunque hay abundante investigación, esta se ha enfocado más en las consecuencias que produce el diagnóstico y los tratamientos y no en la investigación de variables psicológicas que puedan constituir una teoría psicogenética explicativa de la infertilidad. Por ello, en este artículo se delimitan los papeles que puede desempeñar el psicólogo en pro de una mejor atención para el paciente con problemas de infertilidad.

Palabras clave: Tratamientos psicológicos; Infertilidad; Función asistencial.

ABSTRACT

The aim of this article was to define the role of the psychologist in cases of infertility, a disorder of increasing prevalence and incidence. Research on the subject has been centered on the welfare function of the psychologist toward couples with infertility problems, but other important fields of application have been neglected. Although abundant research exists, this one is centered on the consequences produced by diagnoses and treatments, and not on the investigation of psychological variables that can constitute an explanatory psychogenetic theory of infertility. For that reason, in this article each one of the roles that can be carried out by the psychologists in favour of better attention for the patient with infertility problems are outlined.

Key words: Psychological treatments; Infertility; Welfare functions.

A menudo, los términos *esterilidad* e *infertilidad* son objeto de discusión en cuanto a su sentido. Así, se habla de *esterilidad primaria* cuando la pareja, tras un año y medio de relaciones sin control anticonceptivo, no ha conseguido un embarazo. Es *esterilidad secundaria* cuando la pareja, tras el nacimiento del primer hijo, no logra una nueva gestación en los dos o tres años siguientes de coitos sin protección. Y se llama *infertilidad primaria* cuando la pareja logra una gestación, pero no llega a término con un recién nacido normal, e *infertilidad secundaria* cuando tras un embarazo y parto normales, no se consigue una nueva gestación a término con un recién nacido normal. De modo que ambos términos vienen a expresar lo mismo: una pareja que es estéril o infértil desea un hijo, y habiendo transcurrido más de dos años de relaciones sexuales sin protección, le es imposible tenerlo.

Por consiguiente, la infertilidad es la imposibilidad de lograr un embarazo después de un año de vida sexual activa sin uso de anticonceptivos, o también la imposibilidad de lograr un embarazo a término dando

¹ Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad de San Martín de Porres, Av. Salaverry 1136-1144 Jesús María, Lima 11, Perú, tel. 471-9682, Anexo 143, correos electrónicos: ysis_roa@yahoo.com y psic_mujer@yahoo.es. Artículo recibido el 15 de octubre y aceptado el 27 de noviembre de 2007.

a luz a un niño vivo. Dentro de este concepto se incluyen tanto la imposibilidad de concebir, la de albergar el feto y la de dar a luz a un niño vivo (Harkness, 1987; Rowe, 1998; World Health Organization [WHO], 1992).

En el mundo hay mayor interés por la infertilidad dadas sus tasas de prevalencia e incidencia crecientes (Henning, 2003; Livi-Bacci, 2003; Mayumi, 2003; Pérez, 2000; Stark y Kohler, 2002, entre otros). En el Perú, la situación es similar y también preocupante debido a que existen aproximadamente un millón de mujeres infértiles (Ascenzo, 2006; Dueñas, 2004), a lo que hay que sumar su coste emocional y el de sus parejas y familiares.

La infertilidad está causada por trastornos anatómico-fisiológicos, tales como obstrucción de las trompas de Falopio, defectos congénitos, infecciones crónicas del tracto genital o problemas inmunológicos, entre otros; pero también hay un tipo de infertilidad causada por factores socioeconómicos. En las últimas décadas las mujeres han ganado protagonismo y mayor terreno en el mundo laboral y el profesional, pero se ha visto disminuido su bienestar en el ámbito familiar, cuya insatisfacción deriva de las pocas oportunidades que hay para conciliar las exigencias familiares con la actividad laboral.

En estos tiempos, las empresas priorizan en sus contrataciones a individuos sin carga familiar. Así, el sujeto del mercado es el individuo soltero, no "entorpecido" por relaciones amorosas, matrimoniales o familiares. La sociedad del mercado, vista de esta forma, es por consiguiente también una sociedad sin niños, a no ser que los hijos crezcan con madres y padres solteros (Beck y Beck-Gernsheim, 2001), por lo que las mujeres, en aras de conseguir o mantener sus empleos y lograr su desarrollo profesional, posponen la maternidad hasta una edad en la que las posibilidades de concebir o de concebir un niño sano se ven disminuidas, teniendo que recurrir por ello a tratamientos de infertilidad y a las modernas técnicas de reproducción asistida.

En ambos casos, las parejas con problemas de fertilidad precisan del apoyo psicológico, ya que las emociones negativas han demostrado ser importantes para el inicio, mantenimiento o pronóstico de muchas enfermedades (Alexander, 1950; Bustos y Bracamonte, 1981; Friedman y Rosen-

man, 1959; Perini, Fornasa, Cipriano y cols., 1984; Strauss, Rakfeldt, Harding y Lieberman, 1989; Villaseca, Casellas y Guarner, 1995, entre otros).

El papel del psicólogo frente a la infertilidad de pareja

Asistencia

La investigación psicológica se orienta hacia dos campos de acción precisos: asistir a la pareja con problemas de infertilidad (función asistencial) e investigar el fenómeno de la infertilidad. En cuanto a lo primero, hay psicólogos que laboran directamente con las parejas que tienen problemas de infertilidad y que están sometidas a tratamientos de reproducción asistida; esta labor la avala una serie de investigaciones que revelan que, desde el momento del diagnóstico hasta que se llevan a cabo todos los tratamientos para la infertilidad, aparecen determinados síntomas y manifestaciones que constituyen procesos complicados que inciden en la pareja y la familia, y muchas veces en sus relaciones sociales y laborales (Applegarth, 1999; Burt y Hendrik, 1997; Fernández y Urdapilleta, 1999; Henrick y Kold, 1999; Kemeter y Fiegl, 1998; Kerr, Brown y Balen, 1999; Newton y Sherrard, 1999; Oddens y den Tonkelaar, 1999; Palacios y Jadresic, 2000; Syme, 1997, entre otros).

Las parejas infértiles muestran sentimientos de inadecuación, desesperación, pena, envidia y celos hacia la mujer embarazada, así como miedo, pérdida de la libido, disfunción eréctil, inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa, depresión e ideación suicida. Luego del fracaso terapéutico –desenlace habitual en 70% de los casos–, la mitad de las parejas manifiesta alguna alteración psicológica importante. Además, los estudios indican que las parejas mayores de 30 años son las que exhiben niveles de ansiedad y depresión más elevados (Moreno-Rosset, Vásquez y Fernández, 2004).

En estos casos, la función asistencial se sustenta en la necesidad de apoyo emocional y soporte que permita transitar a la pareja con menores dificultades por esta situación debido a que no solo cada miembro de la pareja tiene problemas por la presión social a la que está expuesto, sino que también surgen dificultades dentro de la

pareja originadas por el tiempo y el estrés producido por los tratamientos (Cook, Parsons, Mason y Golombok, 1989) y por las ideas y sentimientos con respecto a los niños a engendrar. Así, por ejemplo, a muchas parejas que no lograron dar solución a su infertilidad les es muy difícil aceptar niños que son producto de material genético donado (Burns, 1990; Brodzinsky, 1987; Humphrey y Humphrey, 1988), lo que es preocupante cuando se pone en peligro el bienestar psicológico y físico del niño (Cox, Owen, Lewis y Henderson, 1989; Howes y Markman, 1989).

Investigación

En cuanto al psicólogo como investigador de la infertilidad, este profesional tiene aquí dos campos de acción: investigar las consecuencias que en la vida anímica produce el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, y asimismo –considerando insuficiente el modelo biomédico que refiere que sólo los trastornos anatómico-fisiológicos son los causantes de la infertilidad– investigar si la infertilidad podría estar asociada con factores psíquicos específicos.

a) *El psicólogo como investigador de las consecuencias de la infertilidad.* En este campo, los psicólogos se ocupan de investigar a la pareja cuyo diagnóstico de infertilidad empieza a originar una serie de trastornos y malestares psíquicos en dos sentidos: aquellos trastornos psíquicos producidos por el diagnóstico y los producidos por el tratamiento en sí.

Entre los trastornos producidos por el diagnóstico, hay investigaciones que revelan que es común que la mujer infértil sienta que ha violado una expectativa social al ser incapaz de demostrar los cambios físicos y simbólicos del embarazo, que no se sienta realizada como mujer y, asimismo, que ha perdido el respeto y reconocimiento especial que otras personas les otorgan a las mujeres embarazadas (González, 2000). También puede sentir una amenaza a su identidad personal y experimentar una valoración negativa sobre sí misma (Gibson y Myers, 2000), por lo que su autoconcepto e imagen corporal también se ven amenazados (López de León, 2003), exhibiendo además determinados síntomas y manifestaciones que constituyen procesos complicados, tales como es-

trés, angustia, depresión, resignación o pérdida de la autoestima, entre otras (Applegarth, 1999; Burt y Hendrik, 1997; Fernández y Urdapilleta, 1999; Henrick y Kold, 1999; Kemeter y Fiegl, 1998; Kerr y cols., 1999; Newton y Sherrard, 1999; Odden y den Tonkelaar, 1999; Palacios y Jadresic, 2000; Syme, 1997, entre otros). En el caso del varón, sufre la presión de la familia y de su entorno social para tener descendencia, al tiempo que soporta igualmente la presión de tener que “cumplir” sexualmente en los periodos fértiles, todo lo cual puede crear conflictos con su pareja (Melheus, 1992). Aunque generalmente es la mujer la que se ve expuesta, las investigaciones han demostrado que, a medida que se someten a un mayor número de tratamientos, los varones sufren al ver lo que pasa su pareja, lo que aumenta su culpa, desesperanza y falta de control.

Entre los trastornos producidos por el tratamiento, es importante mencionar que las investigaciones señalan que los fármacos utilizados en algunos tratamientos de infertilidad producen alteraciones del estado de ánimo. Por ejemplo, el citrato de clomifeno, utilizado en la inducción de ovulación, produce irritabilidad, labilidad emocional y aumento de los síntomas del síndrome premenstrual (Robinson, 1999); a su vez, el acetato de luproliida, que se emplea en la fertilización *in vitro* para la regulación hipotalámico-hipofisaria, puede producir, como uno de sus efectos secundarios, depresión, problemas cognitivos (de atención, concentración y memoria) y alteraciones de la motricidad fina (Burns y Covington, 1999). Las punciones en el epidídimo o las biopsias de testículo para obtener espermatozoides son procedimientos cuya influencia sobre la sexualidad puede prolongarse mucho más allá del final de la intervención (Fernández y Urdapilleta, 1999; Covington, 1999). También se deben tener presentes las alteraciones físicas y psicológicas provocadas por los tratamientos hormonales y procedimientos tales como las laparoscopías, ecografías transvaginales y aspiraciones ovocitarias (Fernández y Urdapilleta, 1999).

b) *El psicólogo como investigador de la psicogénesis de la infertilidad.* A pesar del constante perfeccionamiento de las técnicas ginecológicas, la infertilidad aumenta de forma progresiva. Los profesionales que trabajan en este problema consideran

que la infertilidad es una condición médica que tiene como único origen una anatomía o fisiología incompatibles con una adecuada concepción; sin embargo, la bibliografía revela que se hace poco énfasis en explorar, evaluar o explicar la génesis de la infertilidad desde el ámbito psicológico. En efecto, la ausencia de investigaciones nacionales en este campo refieren que aún no se ha indagado el aspecto psíquico lo suficientemente como para afirmar que el origen de algunos de los “tipos” de infertilidad no pueda deberse a factores psíquicos específicos, hallazgos estos que podrían explicar el origen de aquellos casos de infertilidad (casi 20%) que son diagnosticados como de “causa desconocida”.

Las investigaciones han demostrado que las emociones angustiantes o estresantes pueden modificar ciertos procesos somáticos (Alexander, 1950; Dunbar, 1943; Hinkle, 1974; Vaillant, 1977). Desde hace ya muchas décadas, diversos investigadores han demostrado la influencia de las emociones perniciosas en el sistema reproductor femenino. Así, por ejemplo, Stieve (1942) logró demostrar con métodos objetivos, anatómicos e histológicos la influencia de los procesos psicológicos sobre el aparato genital, y las observaciones de Rakoff (1992) sobre la amenorrea después de un choque severo ponen de manifiesto la complejidad del tema y la importancia de los factores psicológicos. Este autor apunta la relativa ineficacia del tratamiento físico, hormonal, en esos tejidos que no pueden responder a grandes dosis de hormonas, pero sí a dosis más pequeñas después de la psicoterapia o de un cambio de condiciones.

Los estudios que abordan las relaciones entre psicología e infertilidad se han preguntado cómo influyen los problemas psicológicos en la génesis de la infertilidad, y han sustentado una relación significativa entre conflictos psicológicos tempranos y la ocurrencia de infertilidad en la edad adulta (Domínguez, 2002). Desde hace algunos años, el psicoanálisis y la corriente de la medicina psicosomática han indagado sobre los aspectos psicológicos que podrían ocasionar anomalías en la concepción de las mujeres (Anselmino, 1947; Benedek, 1959; Benedek, Ham, Robbins y Rubenstein, 1953; Deutsch, 1960; Langer, 1987; McLeod, 1964; Sandler, 1968; Stieve, 1942).

Sus hallazgos destacan que las mujeres infértiles provienen de una infancia infeliz y muy conflictiva en la relación con los padres, sobre todo con la madre. En efecto, la bibliografía documenta que muchos de los trastornos ocurridos en la sexualidad de las jóvenes (entre ellos la infertilidad) pueden ser producto de una relación hostil o fría con la madre durante la infancia (Barrucand, 1968; Benedek, 1959; Coppen, 1958; Després, 1937; Deutsch, 1960; Drellich y Bieber, 1958; Heilbrun, 1968; Langer, 1987; Mann, 1959; Meierhofer, 1975; Rheingold, 1964; Sears, 1965; Weiss y English, 1957; Wright y Taska, 1966). Los estudios realizados por psicoanalistas tales como Deutsch, Langer, McDougall o Meierhofer, entre otros, indican que la relación de la niña con su madre establece núcleos psicológicos inconscientes que la predisponen a reaccionar no solo favorable o desfavorablemente ante su sexualidad, sino que influyen en sus relaciones con sus parejas y en la forma cómo crían a sus hijos (Anselmino, 1947).

Así, dentro de este campo, la investigación de las consecuencias psíquicas de la infertilidad, además de ser la más popular, es la que más ha acaparado la mayor parte de la literatura sobre el tema, mientras que la investigación de la psicogénesis de la infertilidad, aunque estudiada algunas décadas atrás, es hoy la menos abordada y a la que se le da el menor crédito, a pesar de que no hay investigaciones que hayan demostrado fehacientemente su intrascendencia. La explicación psicogenética de la infertilidad está orientada a encontrar el origen de la infertilidad en la vida pretérita de las pacientes, enfoque este que permitiría que el trabajo del psicólogo no estuviera sólo limitado al acompañamiento y apoyo de la pareja infértil, sino que podría otorgarle la capacidad de diseñar programas preventivos, y en los casos de mujeres con diagnóstico de infertilidad los psicólogos expertos en el tema tendrían que participar junto con los médicos especialistas en la evaluación inicial de la paciente para precisar y discriminar dos situaciones importantes: ¿se trata de una infertilidad que concierne solamente a los médicos para su tratamiento y a los psicólogos como un apoyo, o de una infertilidad que concierne inicialmente al psicólogo?

DISCUSIÓN

El campo de intervención del psicólogo en la infertilidad es amplio. Ejercer la función asistencial es importante no sólo para el sostenimiento emocional de la pareja y la familia, sino también como ayuda para el equipo médico, que debido a su competencia solo debe tratar los aspectos anatómico-fisiológicos de la persona.

Sin embargo, otro campo importante y que genera una posición trascendente y vital del psicólogo dentro de los equipos multidisciplinarios de salud, es la investigación. Investigar las consecuencias psíquicas que producen el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad hace que se torne indispensable el psicólogo como apoyo para la pareja, pero el argumento base de tal labor es harto conocido. Así, referir que una dolencia física produce cambios en el estado de ánimo y en otros aspectos de la personalidad es un argumento que se acepta y reconoce suficientemente, además de ser común también a otras dolencias. No obstante, la labor del psicólogo no sólo es brindar apoyo emocional al paciente sino explicar el porqué del síntoma, lo que permitirá generar estrategias terapéuticas eficientes. Además, descubrir los factores psicológicos que participan en la génesis de la infertilidad le hará posible alcanzar una mejor posición en un equipo multidisciplinario de infertilidad.

Un diagnóstico integral y preciso permitiría un trabajo más eficaz, dado que representaría un ahorro de dinero y de coste emocional para aquella mujer que, habiendo acudido a un especialista, necesita el diagnóstico apropiado para su dolencia. En ese sentido, los psicólogos interesados en la investigación tienen en sus manos una importante área de investigación que contribuiría a la disminución del coste emocional, social y económico que implica someterse a largos y costosos tratamientos que tal vez no surtan efecto si la mujer infértil sufre trastornos psíquicos que obstaculizan el tratamiento médico. Además, participaría mejor en las tareas de un equipo multidisciplinario de atención y a que no se presenten situaciones tales como la ocurrida en Italia, donde la congressista Giovanna Melandri (progresista de Alianza Democrática) hizo una propuesta en su afán de legislar la intervención de las TRA; entre uno de los acápites, señaló que la persona con problemas de infertilidad “estará asistida por un psicólogo y un psicoterapeuta, salvo que lo rechace el destinatario”, con lo cual deja apreciar claramente que la intervención del psicólogo es considerada como una intervención prescindible, aseveración que contraría la evidencia científica, cuyos resultados han revelado que los trastornos psíquicos tienen una influencia fundamental en el inicio, mantenimiento y pronóstico de las enfermedades.

REFERENCIAS

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Norton.
- Anselmino, K. (1947). Schwangerschaften nach langjähriger, unehandelter Kinderlosigkeit. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 7(1), 132-139.
- Applegarth, L. (1999). Individual counseling and psychotherapy. En L.H. Burns y S.N. Covington (Eds.): *Infertility counseling: A handbook for clinicians*. New York: Parthenon Press.
- Ascenzo, A. (2006). *Visiones sobre la infertilidad*. Ponencia presentada en el XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Lima, Perú, 5-8 de octubre.
- Barrucand, (1968). La psicogénesis del vómito incontrolado en la mujer embarazada. *Annales Medico-Psychologiques*, 2, 618-626.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2001). *El normal caos del amor. Las nuevas formas de la relación amorosa*. Barcelona: Paidós.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- Benedek, T., Ham, G., Robbins, F., y Rubenstein, B. (1953). Some emotional factors in infertility. *Psychosomatic Medicine*, 15, 485-498.
- Brodzinsky, D. (1987). Adjustment to adoption: A psychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 7, 25-47.
- Burns, L. (1990). An exploratory study of perceptions of parenting after infertility. *Family Systems Medicine*, 8(2), 177-189.
- Burns, L. y Covington, S. (1999). *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing.

- Burt, K. y Hendrik, V. (1997). *Infertility: psychological implications of diagnosis and treatment. Women's mental health*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bustos, G.J. y Bracamonte, F. (1981). Behavior and family relations of the child with asthma. *Allergology & Immunopathology*, Suppl. 9, 112-116.
- Cook, R., Parsons, J., Mason, B. y Golombok, S. (1989). Emotional, marital and sexual problems in patients embarking upon IVF and AID treatment for infertility. *Journal of Infant and Reproductive Psychology*, 7, 87-93.
- Coppen, A. (1958). Vomiting of early pregnancy-psychological factors and body build. *Lancet*, 1, 172-173.
- Covington, (1999). *Historical overview of infertility counseling and models of service*. Toronto: Special Topics.
- Cox, M.J., Owen, M.T., Lewis, J.M. y Henderson, V.K. (1989). Marriage, adult adjustment and early parenting. *Child Development*, 60, 1015-1024.
- Després, M. (1937). Favorable and unfavorable attitudes toward pregnancy in primiparae. *Journal of Genetic Psychology*, 51, 241-259.
- Deutsch, H. (1960). *Psicología de la mujer* (partes I y II). Buenos Aires: Losada, S.A.
- Domínguez, R. (2002). Psicología e infertilidad. *Rev. Med. Clin. Condes.*, 13(1), 35-39.
- Drellich, M. y Bieber, I. (1958). The psychologic importance of the uterus and its functions. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 126, 322-336.
- Dueñas, J. (2004). "Cigüeña en huelga". Diario *La República* (Lima, Perú), 11 de diciembre.
- Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. New York: Paul Haeber.
- Fernández, D. y Urdapilleta, L. (1999). Elementos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas sexuales derivados de la infertilidad y de su tratamiento médico. *Revista Médica de la Reproducción*, 2, 7-12.
- Friedman, M. y Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.
- Gibson, D. y Myers, J. (2000). Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *Journal of Mental Health Counseling*, 24, 68-80.
- González, L. (2000). Infertility as transformational process: A framework for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 619-633.
- Harkness, C. (1987). *The infertility book: A comprehensive medical and emotional guide*. San Francisco: Volcano Press.
- Heilbrun, A. (1968). Sex-role identity in adolescent females a theoretical paradox. *Adolescence*, 3, 79-88.
- Henning, S. (2003). *La transición de la fecundidad en el mundo*. Seminario "La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?". Santiago de Chile: CEPAL.
- Henrick, N. y Kold, T. (1999). Distress and reduced fertility: A follow-up study of first-pregnancy planners. *Fertility and Sterility*, 72, 47-53.
- Hinkle, L. (1974). The concept of "stress" in the biological and social sciences. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 5, 335-357.
- Howes, P. y Markman, H. (1989). Marital quality and child functioning: A longitudinal investigation. *Child Development*, 60, 1011-1051.
- Humphrey, M. y Humphrey, H. (1988). *Families with a difference: Varieties of surrogate parenthood*. London: Routledge.
- Kemeter, P. y Fiegl, J. (1998). Adjusting to life when assisted conception fails. *Human Reproduction*, 13, 1099-1105.
- Kerr, J., Brown, C. y Balen, A. (1999). The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: Results of a survey performed in 1997. *Human Reproduction*, 14, 934-938.
- Langer, M. (1987). *Maternidad y sexo*. México: Paidós.
- Livi-Bacci, M. (2003). La Europa de la revolución geodemográfica. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(175-176), 25-36.
- López de León, A. (2003). *Aspectos sociales y emocionales en mujeres infértiles en una clínica privada de Guatemala*. Tesis para optar el título de licenciada. Guatemala: Universidad Francisco Marroquín.
- Mann, E. (1959). Habitual abortion: a report in two parts on 160 patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 77, 706-718.
- Mayumi, L. (2003). Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. *Revista da Estudos Avançados*, 17(49).
- McLeod, A. (1964). Some psychogenic aspects of infertility. *Fertility and Sterility*, 15, 124-134.
- Meierhofer, M. (1975). *Los primeros estadios de la personalidad*. Barcelona: Herder.
- Melheus, M. (1992). Comments (on a "virgin births and sterile debates"). *Current Anthropology*, 33(3), 306-307.

- Moreno-Rosset, C., Vázquez, A. y Fernández, N. (2004). *El largo peregrinaje por los senderos de los tratamientos de reproducción asistida: emociones y estrés que experimentan las pacientes*. Disponible en línea: http://www.uned.es/psicología/IVSemana/simposios/moreno_martin.htm (Última consulta, 27 de noviembre de 2005).
- Newton C. y Sherrard, W. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility – related stress. *Fertility and Sterility*, 72, 54-62.
- Oddens, B. y den Tonkelaar, I. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Human Reproduction*, 14, 255-261.
- Palacios, E. y Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 38(2): 94-103.
- Pérez, P. (2000). La fecundidad como factor del crecimiento demográfico: el caso de la población valenciana. Alicante (España): *Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes*. Disponible en línea: http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/04700620800236628632268/catalogo1/3619_02.pdf (Última consulta: 21 de agosto de 2007).
- Perini, G.I., Fornasa, C.V., Cipriano, R., Bettin, A., Zecchino, F. y Peserito, A. (1984). Life events and alopecia areata. *Psychotherapy Psychosomatics*, 41, 48-52.
- Rakoff, V.M. (1992). Friendship and adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 18, 104-117.
- Rheingold, J. (1964). *The fear of being a woman: A theory of maternal destructiveness*. New York: Grune & Stratton.
- Robinson, G. (1999). *The use of psychotropic medication during infertility treatment*. Toronto: Special Topics.
- Rowe, P.J. (1998). *Manual da OMS sobre padronização de Exame e diagnóstico da infertilidade em casais* (1ª ed.). São Paulo: Santos.
- Sandler, B. (1968). Emotional stress and infertility. *Journal of Psychosomatic Research*, 12, 51-59.
- Sears, R. (1965). *Identification and child rearing*. Stanford CA: Stanford University Press.
- Sherman, J. (1978). *Psicología de la mujer*. Madrid: Marova.
- Stark, L. y Kohler, H. (2002). The public perception and discussion of falling birth rates: The recent debate over low fertility in the popular press. *Population Research and Policy Review*, 21(6), 535-574.
- Stieve, H. (1942). Die Zentralnervöse Steuerung. *Der Geschlechtsorganen Medizinische Klinik*, 1-2, 138.
- Strauss, J., Rakfeldt, J., Harding, C. y Lieberman, P. (1989). Psychological and social aspects of negative symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 155(7), 128-132.
- Syme, G. (1997). Facing the unacceptable: the emotional response to infertility. *Human Reproduction*, 2, 183-187.
- Vaillant, G. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little & Brown.
- Villaseca, J., Casellas, F. y Guarner, F. (1995). Enfermedad inflamatoria intestinal. En Farreras y Rozman (Eds.): *Medicina interna*. Madrid: Mosby/Doyma Libros, S.A.
- Weiss, E. y English, S. (1957). *Psychosomatic medicine* (3ª ed.). Philadelphia, PA: Saunders.
- World Health Organization (1992) Recent advances in medically assisted conception. *WHO Technical Report Series 820*. Geneva: World Health Organization Publications.
- Wright, B. y Taska, S. (1966). The nature and origin of feeling feminine. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 140-149.