

Infertilidad y Psicología de la Reproducción

L

a Psicología de la Reproducción es una nueva disciplina de la Psicología de la Salud, y por tanto, un nuevo campo interdisciplinar de actuación para el psicólogo. Esta nomenclatura parte de la denominación utilizada en Medicina o Biología (Medicina o Biología de la Reproducción o Medicina o Biología reproductiva), como lo han hecho otras especialidades de la Psicología que pueden considerarse sanitarias, como por ejemplo la Psicología del trabajo, forense, deportiva, etc. que tienen a su vez sus homólogas en Medicina (Medicina del Trabajo, Medicina Forense, Medicina Deportiva).

La Psicología de la Reproducción debiera prevenir y/o tratar los desajustes psicológicos relacionados con el ciclo reproductivo. Desde la pubertad hasta la vejez, la actuación del psicólogo puede requerirse en cualquiera de las fases reproductivas del ser humano. Desde la adrenarquia¹ a la menopausia² son muchos los momentos en los que pueden aparecer alteraciones emocionales y algunas de ellas han merecido especial atención, como por ejemplo, el síndrome premenstrual, la depresión post-parto o la menopausia (Kervasdoué, 1995; Larroy, 2004).

Sin embargo, el núcleo más reciente de estudio y desarrollo científico en Medicina reproductiva, es el relacionado con los problemas derivados de las dificultades para reproducirse: la infertilidad³ y la esterilidad⁴. En España se estima una tasa de infertilidad del 17% en población en edad fértil, habiendo aumentado en dos puntos desde el año 1999.

Desde el inicio de este nuevo milenio hemos venido defendiendo y demostrando la necesidad de que el psicólogo forme parte de los equipos multidisciplinarios de las Unidades de Reproducción Humana (Moreno-Rosset, 1999, 2000, 2004, Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008). En el año 1999 inicié esta línea de investigación interdisciplinar e interuniversitaria en la que vienen participando profesores de Psicología como Rosario Antequera Jurado (Univ. Sevilla), Alejandro Ávila Espada (UCM), Noelia Flores Robaina (Univ. Salamanca), Enrique García F-Abascal (UNED), Cristina Jenaro Río (Univ. Salamanca), M^a Dolores Martín Díaz (UNED), entre otros. Los ginecólogos Francisco J. de Castro Pita (Hospital Príncipe de Asturias -Alcalá de Henares- Madrid), Bernabé Hurtado de Mendoza y López (Instituto Ginecológico La Cigüeña -Madrid-) y Antonio Tirado Ruíz (Hospital Virgen Macarena -Sevilla-). Los biólogos Mark Grossmann i Camps (TEKNON de Barcelona) y José Santaló i Pedro (UAB) y la jurista Yolanda Gómez Sánchez (UNED, miembro del Comité Nacional y de la UNESCO de Bioética). Nuestra labor se ha centrado en la investigación directa con parejas infértiles (Moreno-Rosset, 2003, 2007), así como en la formación dirigida a psicólogos, médicos, biólogos, andrólogos, juristas o enfermeras que trabajan en Medicina reproductiva (Moreno-Rosset y Gómez, 2006).

Nuestro empeño en ayudar psicológicamente a las personas que desean tener un hijo y no lo consiguen por medios naturales, no es baladí. Está fundamentado científicamente, como se podrá apreciar a través de los distintos artículos que conforman este monográfico y que presento a continuación, acompañado de un relato novelado, con el fin de que el psicólogo interesado en el tema pueda comprender directamente al paciente.

La infertilidad, como explica al inicio de este monográfico Luis Llavona, representa un impacto estresante en la pareja, una crisis vital y la confrontación con una toma de decisión compleja. Aunque se lleve tiempo intentándolo sin conseguirlo, pocos imaginan que pueden tener un problema de fertilidad. Como se describe en "El Diario de una Fecundación in Vi-

Correspondencia: Carmen Moreno Rosset. *Facultad de Psicología. Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). C/. Juan del Rosal nº 10. 28040-Madrid. España.*
E-mail: cmorenor@psi.uned.es - E-mail: psicologiadelareproduccion@psi.uned.es

¹Adrenarquia: Despertar puberal de la fracción androgénica de la corteza suprarrenal. En las mujeres tiene lugar entre los 7 y 8 años de edad. En los hombres se produce a la edad de 8 o 9 años.

²Menopausia: Desaparición de la menstruación debida al final de la actividad del ovario.

³Infertilidad primaria: cuando la pareja consigue una gestación pero no llega a término con un recién nacido sano. Infertilidad secundaria: cuando tras un embarazo y parto normales, no se consigue una nueva gestación a término con recién nacido sano.

⁴Esterilidad primaria: cuando la pareja, tras un año de relaciones sexuales sin anticonceptivos no ha conseguido el embarazo. Esterilidad secundaria: cuando la pareja, tras haber conseguido un primer hijo, no logra una nueva gestación.

PRESENTE



tro” (Salvador, 2007) “... con todos los resultados en la mano hemos ido a la consulta del tocólogo para que me hiciera una ecografía... y después de verme a mí nos ha dicho claramente que tendríamos que recurrir al ICSI (inyección intracitoplasmática⁵). Que si teníamos ya pensado un centro (por mi edad la Seguridad Social se descarta) y, al ver que no decíamos nada, él mismo nos ha indicado una clínica. Nos hemos quedado bastante cortados. Por más decidido que lo tengamos, cuando ves que tienes que tomar decisiones te entra un vértigo increíble.”

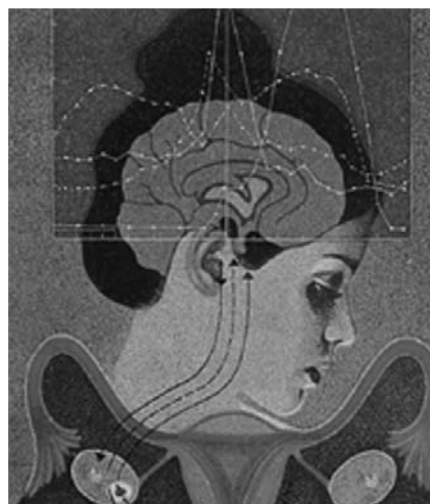
El proceso emocional que conllevan la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida, es tan importante que resulta imprescindible que el psicólogo forme parte del equipo multidisciplinar. En distintos foros hemos comentado la necesidad de nuestra participación profesional desde el momento en que se inician las pruebas para establecer el diagnóstico de infertilidad. La evaluación psicológica de la pareja permite conocer su ajuste emocional, detectar aquellas parejas con riesgo de desarrollar trastornos emocionales y ofrecer la ayuda psicológica adecuada y ajustada en cada caso. El tiempo que se precisa para las pruebas diagnósticas médicas, alrededor de 3 meses, sería tiempo suficiente para solventar cualquier desajuste detectado, o preparar psicológicamente a las parejas con menores recursos para afrontar el proceso de tratamiento médico de la infertilidad. Así lo hemos hecho en nuestra última investigación con resultados muy positivos (Moreno-Rosset, 2007). Además, y viendo la laguna que existía en cuanto a cuestionarios específicos para la evaluación de enfermedades crónicas como la infertilidad, hemos creado el primer instrumento validado y baremado en población española que permite conocer el Desajuste Emocional y los Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno, Antequera y Jenaro, 2008), y que se describe en este monográfico en el artículo de Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores.

Cuando se inicia el tratamiento con técnicas de reproducción asistida, se acentúan las interacciones mente/cuerpo que con todo detalle cuenta Daniel Campagne en su artículo “... el lunes pasado, tras la ecografía, se decidió iniciar el tratamiento hormonal heavy. Sin abandonar el Synarel (supuesto inhibidor, algo que no entiendo por más que me expliquen) y con las recetas en la mano periplo por ¡nueve farmacias! Nos sentimos totalmente gilipollas porque hace justo un mes tenemos las recetas en casa y el tratamiento se tiene que iniciar a las 24 horas.” (op. cit). Efectivamente, el tratamiento de reproducción asistida, se inicia frenando los ovarios para estimularlos de forma controlada, o sea, se desconecta la función ovárica del eje hipotálamo-hipofisario para estimularla a través de fármacos y conseguir un mayor número de ovocitos maduros en un mismo ciclo “... el proceso es sencillo: una inyección diaria en la barriga, intercalando los lados, y sé que la mayoría de las mujeres se las aplican ellas mismas... desde hace unos días me ponen dos inyecciones en lugar de una. El fármaco para estimular el crecimiento y otra

(¡viva la contradicción!) para evitar que ovule. Tengo la barriga fatal, hoy es sábado y me han vuelto a hacer otra ecografía. El lunes voy a hacerme una analítica. Soy un colador.” (op. cit).

Como se puede observar, el tratamiento farmacológico puede provocar alteraciones del estado de ánimo que se añaden a la situación emocional de la mujer y de su pareja, porque “ellos” también están ahí como relata el protagonista del libro de Reyes Salvador “Comenzó el pesado tratamiento para mi pareja. Yo lo encontraba injusto, el problema era mío y las consecuencias debía sufrirlas ella. Aprendió a pincharse y lo hacía en cualquier sitio, lavabos del aeropuerto, de restaurantes, etc. Durante el tratamiento la inyección tenía que ser cada día a la misma hora”. En esta fase de estimulación ovárica pueden aparecer dificultades que muchas veces no han sido explicadas previamente por los médicos y que, por desgracia, suceden a un 9% de los casos. Me refiero a tener que cancelar el tratamiento por mala respuesta ovárica. Cuando se lo dicen a las pacientes, la mayoría siente como si “las malas” fuesen ellas mismas. Piensan: ¿por qué me pasa esto, si lo he hecho todo bien, cada día a la misma hora, todos los días y sin rechistar? Recuerdo una paciente musulmana que venía a la Unidad de Reproducción siempre con su velo puesto y que le cancelaron un ciclo por baja respuesta ovárica. Cuando entró llorando a mi consulta, se sentía desalentada, desanimada, desorientada pues lo atribuía a que estaba haciendo el ramadán. Como puede observarse, la labor del psicólogo es fundamental en todo momento del proceso de tratamiento médico. Esta situación también fue vivida por los protagonistas del relato que estamos exponiendo “El disgusto fue notable y decidimos esperar un tiempo, además debíamos reponer nuestra economía”.

Cuando todo va bien, llega un punto del tratamiento en que la esperanza y el optimismo superan todas las barreras. Me refiero al momento de la extracción de los ovocitos, la fecundación “in vitro” en el laboratorio y la posterior transferencia de embriones al útero. Esta fase del tratamiento tiene una carga emocional tremenda tanto para ella: “mi endometrio está a 10,4 (parece que eso es bueno); y tengo tres folículos de 17, uno de 16, otro de 14... Hoy miércoles a las 20.30h. exactamente, me tienen que administrar por vía intramuscular el HCG (la hormona que paraliza el proceso de crecimiento). El viernes a las 7.30h tenemos que estar en la clínica para la extracción de los folículos. Me sedarán, y una vez extraídos (mientras Paco realiza un autohomenaje para extraer espermatozoides fresquitos –más bien calentitos-) se verá cuantos de ellos se pueden fecundar”, como para él “Paco me ha contado su fantástica experiencia para masturbarse y conseguir el semen... Bueno, pues le dieron mi abrigo y mi bolso (una mano o brazo ocupados) y el pote de marras. ¡Y a buscar un servicio! Por lo visto el primer lavabo que encontró había sido utilizado hacía poco para hacer aguas mayores y el perfume era embriagador, así que búsqueda de un nuevo servicio, planta para arriba, planta para abajo, para dar con uno vacío y más o menos aséptico. Estrecho y



⁵ICSI (inyección intracitoplasmática): Intracytoplasmatic Sperm Injection. Técnica que permite la fecundación de un ovocito mediante la microinyección de un espermatozoide.



sin pestillo, así que no quiero ni pensar en qué condiciones se produjo la eyaculación” (op. cit).

No es de extrañar que pasar por todas estas experiencias, altere hasta a la persona con mayor equilibrio del mundo. El artículo de Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila, deja claro que es frecuente encontrar en parejas infértiles un desajuste emocional, que muchas veces se identifica con ansiedad o depresión sin serlo, aunque si bien, con el paso del tiempo, los fracasos, la repetición de intentos, el aumento de la edad, etc., pueden provocar síndromes ansiosos o depresivos. Algunos autores encuentran en este tipo de población una evolución emocional bimodal. Al principio suelen estar más o menos ajustados emocionalmente, al cabo de un tiempo pueden desarrollar trastornos del estado de ánimo y finalmente, la indefensión aprendida les devuelve al estado inicial.

Pero sigamos con el relato. Suponiendo que todo vaya bien en la extracción de ovocitos de la mujer y en obtener la muestra de semen el hombre, al día siguiente la pareja tiene que llamar o le llaman del Laboratorio de Reproducción para saber si los óvulos han fecundado y cuantos son viables, es decir, cuantos finalmente pueden transferirse al útero “*Nos indicaron que estuviéramos atentos al móvil porque nos llamaría un biólogo para explicarnos la evolución. Amigas que han pasado por lo mismo que yo me habían contado que utilizaban los calificativos de precioso y bonito, y yo la verdad es que no me lo creía. ¡Pues es verdad! ¡El biólogo me habla de óvulos como si fueran bebés! De los cinco uno no ha prosperado y cuatro se han fertilizado*”. (op. cit). Efectivamente, la llamada al laboratorio para saber si han prosperado o no los embriones es un estresor más que se añade al engranaje. He visto, personalmente, llorar a muchas mujeres por no haber conseguido ninguno, después del esfuerzo tanto físico, psíquico como económico, de pareja e incluso laboral... Tanto esfuerzo para nada! Y es verdad. En función de cómo se dividan las células, los biólogos suelen llamar a los embriones guapos o feos. Este es, de todas formas, otro tema, el del lenguaje que utilizan los médicos, enfermeras, biólogos, etc., que puede tener un impacto emocional negativo, aunque la forma gramatical sea correcta.

Cuando se realiza la transferencia embrionaria, muchas mujeres piensan que ya tienen a su bebé dentro de ellas, y no es así, solamente tienen unas células que están empezando a dividirse y todavía falta saber si dentro del útero continuará correctamente la división o no y en caso afirmativo si anidará o no, aspecto que todavía no controla la Medicina de la Reproducción. Sin embargo, el día de la transferencia es una fiesta para la pareja, es una oportunidad de conseguir el hijo tan deseado y cuando se les indica que pasen a la sala se abre todo un mundo de esperanzas “*Me llaman, veo en la misma sala de espera a una de las parejas que estaban el día de la extracción. Me aturdo, nos abrazamos... ¡vamos allá! Es el laboratorio. Por fin fotos de bebés. Neveras, microscopios, mucha gente para tan poco espacio y un pequeño box con una camilla... por fin, el médico se coloca a mi lado... He visto una larguísima y estrechísima pipeta de plástico blanco con final en forma de anzuelo. Entra limpia en la vagina, molestias como una ecografía y nada. Una enfermera extiende más la camilla, me dobla las piernas y me cubre con una manta ligera. Debo estar así por lo menos media hora. Voy repitiendo como un mantra: “Agarraos, agarraos, agarraos”. Prometo no respirar, no pacer pipí, no hacer caca, no moverme, no hablar. Quiero reducirme a vegetal para que hagan raíces en mi vientre, para que no me dejen vacía, para que crezcan y me llenen hasta hacerme explotar. “Agarraos, agarraos”... (op. cit).*

Y después de la transferencia de embriones se manda a la pareja a

casa. Es la fase de “espera de resultados” en la que la labor del psicólogo debe intensificarse porque la del médico desaparece por completo, dejando en muchas mujeres una sensación de abandono y desamparo, pues en la fase de estimulación ovárica han tenido que estar yendo repetidos días de todas las semanas para el control ovárico y hormonal. Son por tanto dos semanas altamente estresantes y obsesivas como nos cuenta la protagonista de la op. cit. “*Ahora quedan las dudas, la incertidumbre, la espera, el miedo. ¡Tantas sensaciones...! Estoy segura de que voy a conseguir un embarazo, pero debo blindarme contra el fracaso. Pensaba que la espera no sería tan larga; que si no se producía la implantación la regla aparecería rápidamente. Miro mis bragas constantemente –ahora las llevo siempre blancas para estar atenta a cualquier señal-, pero no es así... Me aconsejan en la clínica que de no aparecer la regla el fin de semana pida una prueba de sangre el lunes. Estas dos semanas han sido desesperantes. Observo mis pechos, mis secreciones... ¡si pudiera metería la cabeza en mi vagina!... ¿Estaré embarazada? ¿De cuántos? ¿Eso no se sabe con un análisis de sangre! ¿Tendré un embarazo gemelar, de trillizos, ectópico, los perderé antes de llegar al tercer mes? La espera de estas últimas semanas me está matando. Ya no me acuerdo de las molestias ni de todo por lo que he tenido que pasar... ¡eso es peor! Estoy paralizada, no puedo pensar en otra cosa*”.

Este proceso emocional que acabamos de explicar apoyándonos en un relato real, aún puede ser más complejo en los tratamientos de reproducción asistida en que es necesario donantes de gametos. Entonces se trata de una reproducción asistida con intervención de terceros, en los que entran en juego otros valores personales y morales de la pareja. En estos casos es necesario recolocar muchas más variables ¿quién y cómo será él? ¿se parecerá más a él que a mí? (en el caso de necesitar un donante de semen), o al revés ¿quién será ella? ¿a quién se parecerá mi bebé? ¿se lo diré algún día? ¿se lo decimos a tus padres, a los míos? ¿guardamos el secreto?. Y además la ley permite que las parejas que se han sometido a reproducción asistida puedan donar embriones sobrantes para que los utilicen otras parejas que los precisen, en cuyo caso, se podría asimilar a una adopción, con la diferencia fundamental de que la adoptante puede experimentar el embarazo y nacimiento como si fuese su hijo genético. En todos estos casos en los que los avances científicos y legislativos permiten que personas que no podrían tener ninguna posibilidad de engendrar un hijo, lo consigan, también es cierto que estas nuevas situaciones familiares provocan desconcierto, dudas, miedos, ideas irracionales, pensamientos racionales y muchos sentimientos que pueden encauzarse con la ayuda de la Psicología.

Por consiguiente es necesaria la intervención psicológica en este nuevo campo de la Psicología de la Salud. No sólo porque quizá pueda llegar a aumentar el éxito de los tratamientos médicos sino por la propia calidad de vida de estos pacientes que sufren tanto o más que otros pacientes con enfermedades crónicas mortales. De ahí la relevancia profesional del artículo de Ávila y Moreno-Rosset, en el que se ofrece orientaciones para un protocolo de actuación clínica. En su trabajo han tenido en cuenta tanto la información proporcionada por autores de relevancia en este campo, como la propia experiencia derivada del contacto directo con pacientes a través de los proyectos I+D+I (Moreno-Rosset, 2003, 2007).

Finalmente cabe destacar que en todo el proceso, con independencia de que el origen diagnóstico sea femenino, masculino, mixto o idiopático, la pareja sufre y dependiendo del grado de



equilibrio y ajuste, en ocasiones no soporta una presión tan elevada lo que puede llevar a una intensificación de problemas no resueltos y desembocar incluso en una separación. También pueden aparecer dificultades que ellos mismos desconocían. Por supuesto, las relaciones sexuales se ven alteradas en gran medida, primero manteniéndolas con o sin ganas para conseguir el objetivo deseado, luego cuando acuden a las Unidades de Reproducción, llevándolas a cabo sólo los días prescritos. Es como si se dejara en manos de la medicina esa relación sexual, ya que no se necesita para poder conseguir un hijo. Por ello, muchas veces expresan a los médicos su necesidad de volver a retomar una relación íntima “*Le he preguntado con un poco de vergüenza, si podíamos tener relaciones sexuales. Tal vez no sea la persona indicada, pero es la que tengo ahora al otro lado del teléfono, y ya está visto que en estos procesos de fecundación lo que menos se hace es el amor. No es que tenga unas ganas locas de sexo, pero en las últimas semanas hemos ido al dictado: tantos días para el espermatozoides sean maduros para el día de la extracción... Además, si todo va bien, no sé cuándo podremos tener relaciones sexuales. Quiero, queremos que nuestra relación de pareja no se resienta.*”. Incluso los problemas pueden aparecer más a largo plazo, como cuenta, Paco, protagonista de la historia “*Desde que supe lo de mi infertilidad, hasta ese momento habían pasado aproximadamente cuatro años, dejamos pasar un tiempo antes del nuevo intento pues mi mujer tuvo alguna secuela debido a los dos tratamientos anteriores. A mediados del año 2000 comenzamos a tener problemas de pareja. Creo que en parte debido a no poder tener hijos, y dos años más tarde nos separamos*”. Este relato no es ficción, es una probabilidad cierta como también lo es la posibilidad de aprovechar la vivencia de la infertilidad para crecer y aumentar la cohesión de pareja. Pero, cada día más las parejas acuden a las consultas privadas de psicología en busca de ayuda, por lo que es necesario que el psicólogo tenga una buena formación en terapia de pareja, aspecto que tratan en profundidad Flores, Jenaro y Moreno-Rosset en este monográfico.

Para terminar, parece claro que la Infertilidad es un tema central de la Psicología de la Reproducción, motivo por el que hemos seleccionado los distintos temas a tratar en la presente publicación, intentando ofrecer una visión amplia y profesional para los psicólogos interesados en el tema. También hemos escogido la novela de Reyes Salvador por ser de reciente aparición, y por reflejar con toda claridad y realidad el proceso emocional tan profundo que acompaña a la infertilidad y su tratamiento. El psicólogo que quiera profundizar más en este proceso puede consultar textos como los de Bayo-Borràs, Cànovas y Sentís, 2005; Guerra, 1998; Kittel, 2007; Moreno-Rosset, 2000; Tubert, 1991, 1996; o libros con relatos como los de Pérez-Aranda, 2000, Smolowe, 1998 o Yago, Segura e Irazábal, 1997.

Como todo nuevo campo profesional, los inicios no son fáciles y aún menos en temas de salud, cuya enfermedad primaria (la infertilidad) debe ser tratada por los médicos. Aunque la multidisciplinariedad parece ser aceptada y recomendada por los organismos sanitarios, todavía queda mucho recorrido hasta que se ofrezca a los pacientes una atención a su salud cuerpo/mente, como la propugnada por la OMS. Sin embargo, pensamos que “el camino se hace al andar” por lo que los autores de este monográfico que hemos empezado esta andadura, esperamos estar aportando información y formación relevantes a los profesionales de la Psicología sobre uno de los temas centrales de la Psicología de la Reproducción, como es la infertilidad.

REFERENCIAS

- Bayo-Borràs, R., Cànovas, G. y Sentís, M. (2005). *Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida*. Barcelona: Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.
- Guerra, D. (1998). *Cómo afrontar la Infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta, S.A.
- Kervasdoué, A. (1995). *Cuestiones de Mujeres*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kittel, M. (2007). *Cuida tu fertilidad*. Barcelona: Debolsillo.
- Larroy, C. (2004). *Trastornos específicos de la mujer*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Moreno-Rosset, C. (1999). La Psicología al servicio de la Reproducción Asistida. *Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)*, 8 (2), 2-6.
- Moreno-Rosset, C. (2000). (Dir) *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2003). Memoria Final del Proyecto I+D+I *Consecuencias psicológicas y psicosociales de los tratamientos de infertilidad en las mujeres: evaluación e intervención*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 11/00.
- Moreno-Rosset, C. (2004). La Psicología de la Reproducción: Una Subdisciplina de la Psicología de la Salud. *ASEBIR. Asociación para el estudio de la biología de la reproducción*, 9 (2), 6-8.
- Moreno-Rosset, C. (2007). Memoria Final del Proyecto I+D+I *La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 28/03.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Premio TEA Ediciones, 2007. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C. y Gómez, Y. (2008). La Psicología de la Reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud* (en prensa).
- Moreno-Rosset, C. y Gómez, Y. (2006). (Dir) *Curso de Especialista Universitario en “La Reproducción Asistida: aspectos psicológicos, médicos y legales (un nuevo futuro profesional)”* (6ª edición). Madrid: Programa de formación del área de Ciencias de la Salud. UNED. www.uned.es/pfac-s-reproduccion-asistida.
- Pérez-Aranda, B. (2000). *La estación de las siembras. Los caminos para vencer la infertilidad*. Madrid: Espasa Calpe, S.A. (recensión del libro por Moreno-Rosset, C. (2000). En *Informació Psicológica. Revista Cuatrimestral del Col·legi Oficial Psicòlegs del País Valencià*, 73, 83).
- Smolowe, J. (1998). *El deseo de tener un hijo*. Buenos Aires, Argentina: Vergara.
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. Madrid: Ediciones Cátedra, S.A.
- Yago, Teresa, Segura, Javier e Irazábal, Emilio (1997). *Infertilidad y reproducción asistida. Relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.

Carmen Moreno Rosset
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

