

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN INFERTILIDAD: ORIENTACIONES PARA UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CLÍNICA

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN INFERTILITY: GUIDELINES FOR A CLINICAL INTERVENTION PROTOCOL

Alejandro Ávila Espada¹ y Carmen Moreno-Rosset²

¹Universidad Complutense de Madrid. ²Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

La literatura apoya la eficacia de la intervención psicológica (psicosocial y psicoterapéutica) con parejas infértiles. Un conjunto amplio de estudios aportan evidencia sobre el notable impacto psicológico negativo de los tratamientos de infertilidad en las parejas, y acerca del efecto positivo de la orientación psicosocial y de las intervenciones psicológicas específicas para gestionar la ansiedad, depresión y estrés durante los procedimientos de la tecnología reproductiva. Se presenta un protocolo de orientación para la intervención clínica que incluye objetivos estratégicos y contenidos de un programa. El programa es utilizable tanto para formar a los profesionales como para ser aplicado en los servicios psicológicos de las clínicas de infertilidad. Finalmente se aportan recomendaciones para los profesionales que trabajan en este ámbito de la salud con el objetivo de promover buenas prácticas de atención tanto para ellos, sus clientes y los servicios de salud.

Palabras clave: Infertilidad, Reproducción Asistida, Intervención Psicológica, Psicoterapia.

The literature supports the efficacy of psychological intervention (psychosocial and psychotherapeutic) for infertile couples. A substantial number of studies show the negative psychological impact of fertility treatments on couples, and the positive effects of psychosocial counselling and other specific psychological interventions for managing anxiety, depression and stress during reproductive technology procedures. Here we present a protocol for guiding clinical intervention, including strategic goals and content. The programme can be used for professional training or for psychological services in infertility units. Finally, some suggestions for professionals working in this field are included, with the aim of promoting good healthcare practices among them, for their clients and for health services.

Key words: Infertility, Assisted Reproduction, Psychological Intervention, Psychotherapy.

LA INFERTILIDAD COMO CONTEXTO

Entre los elementos característicos de la sociedad y la familia contemporánea ha emergido con fuerza en las últimas décadas una singular perspectiva: la infertilidad de las parejas humanas se ha incorporado a lo cotidiano, a la par que otros fenómenos: la independencia demorada de los jóvenes, el retraso en la formación de las familias, y sobre todo la demora en la decisión de tener hijos hasta una edad muy avanzada, incluso la identificación entre los jóvenes con los modelos de fertilidad no natural, considerando las técnicas de reproducción asistida como una opción de partida que excluye "complicaciones" como el encuentro sexual, el embarazo o el parto. Más allá de la revolución reproductiva que implicaron los métodos de FIVⁱ (1978) y la ICSIⁱⁱ (1992), en la actualidad pueden ser descritos hasta 39 métodos de reproducción

que no derivan del encuentro sexual (Burns, 2005). La tendencia social a retrasar la entrada a la adultez de los jóvenes, con modelos familiares hiperproteccionistas, y su corolario, la demora de los individuos en abordar la parentalidad, encuentra su envés en la infertilidad, una crisis multidimensional que afecta a todos los sistemas (individuo, pareja, familia) y niveles (psicofisiológico, del sentido del self, de la relación con los otros), desencadenando elevados niveles de estrés, con una amplia variedad de emociones y sentimientos negativos, y una intensa interferencia en la vida de las personas implicadas. Y como es obvio, no solo son los adultos que han demorado en exceso su acceso a la parentalidad quienes se ven "sorprendidos" por la infertilidad, sino también las personas de más edad que abordan nuevos proyectos familiares y vitales.

Para la mayoría de las personas afectadas, la infertilidad es una situación traumática y una crisis psicológica de envergadura, en la que han de enfrentarse al reconocimiento de incapacidades en un terreno estrechamente unido al sentimiento de valía de uno mismo, marcado por los ideales y las representaciones sociales, en las que el/los "hijos" deseados pero no logrados suelen ser vividos como una pérdida irreparable de sí mismos. Con

Correspondencia: Alejandro Ávila Espada. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223-Madrid. España. E-mail: avilaespada@psi.ucm.es

ⁱ FIV o IFV: Fecundación in Vitro

ⁱⁱ ICSI: Inyección Intracitoplasmática de Esperma; también con extracción testicular de esperma

el afrontamiento de la situación de infertilidad los sujetos confrontan la elaboración de un “duelo” de sus propias capacidades, la percepción de limitaciones antes desconocidas, y la quiebra de su propia estabilidad bio-hormonal y psicológica; de la percepción y comunicación con su pareja, de su vida familiar, de sus recursos económicos y de su percepción del entorno social que les rodea, facetas que pueden verse todas ellas alteradas por el impacto o las exigencias de los tratamientos médicos de la infertilidad. Incluso, aunque los tratamientos médicos culminen con éxito, las personas que los han vivido pueden portar un “legado traumático” que marca un antes y después de dichos tratamientos.

Una consideración del impacto psicológico de dichos tratamientos se hace pues imprescindible. Aunque ya es frecuente que los profesionales de la salud implicados en los servicios de reproducción asistida consideren relevantes las estrategias de orientación e intervención psicológica y psico-social, se ha visto necesario desarrollar protocolos de intervención que precisen la contribución de los psicólogos (y psicoterapeutas) a este complejo y ya urgente ámbito de intervención, y que cuenta ya con un número suficiente de experiencias y planteamientos de actuación dignos de ser considerados (Boivin, 2003; Boivin et al, 2001; Boivin y Kentenich, 2002; Bayo-Borràs, Cànovas y Sentís, 2005; Burns, 2005; Lemmens et al., 2004; Llavona y Mora, 2003; Moreno-Rosset, 2003, 2007; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2005; Peterson, Gold y Feingold, 2007; Stammer, Wischmann y Verres, 2002). A la vez, los profesionales que trabajan en este campo requieren de apoyos específicos para la psicoprofilaxis de los riesgos implicados en su actuación y entorno de trabajo.

¿INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA INFERTILIDAD?

Hay ya un amplio bagaje de estudios y se han efectuado notables revisiones sobre los procesos psicológicos relevantes a la reproducción humana, sus significados subjetivos y las características sociales, psicosociales y psicopatológicas de las parejas infértiles (Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila en este mismo número; Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard y Verres, 2001). Se ha prestado atención al papel de la Emoción y Regulación fisiológica, en especial de los neurotransmisores y la función reguladora del sistema inmunológico. También sobre las cogniciones y psicodinamia implicadas: esquemas, creencias, autoimagen, autoconcepto, defensas y afrontamiento y su expresión y regulación in-

terpersonal, con su traducción en conductas que facilitan o dificultan el proceso reproductivo (Ávila, 1993). Se han estudiado reiteradamente las manifestaciones clínicas más frecuentemente asociadas: Ansiedad y Depresión (Carreño et al, 2007; Moreno Rosset, 2000a; Moreno-Rosset y Martín, 2008); Disfunción sexual y Trastornos de identidad (Peterson et al., 2007) y también la evolución del ajuste emocional, antes, durante y después de los tratamientos (Gerrity, 2001; Moreno-Rosset, 2000b, 2003, 2007; Verhaak et al, 2005); la variabilidad en las dificultades vividas en los tratamientos (Benyamini, Gozlan y Kokia, 2005), o el impacto psicológico de diferentes estrategias FIV (de Klerk et al, 2006). De la revisión de estos estudios y muchos otros se concluye que durante décadas se ha construido un mito, no apoyado científica ni clínicamente, sobre la “infertilidad psicógena”, sin que se haya podido demostrar causalidad directa. Han fracasado los intentos de demostrar una causalidad psicobiográfica delimitada claramente de otros factores bio-psico-sociales, más allá de la comprensión racional que pueden alcanzar muchos clínicos, examinando su casuística, de que el organismo individual pueda expresar en sus procesos de integración y ajuste bio-psico-social un “sabio” rechazo a la reproducción en sujetos con equilibrios psicológicos precarios, observación que no puede elevarse a conclusión.

Si bien no es posible ni razonable plantearnos un “tratamiento psicológico” de la infertilidad, la orientación e intervención psicoterapéutica (orientada desde las estrategias psicodinámicas y cognitivas) nos ofrece sin embargo una oportunidad muy positiva y valiosa para elaborar y manejar adecuadamente las experiencias y complejas situaciones y dilemas que atraviesan las personas que viven una situación de infertilidad. En resumen, podemos abandonar la hipótesis psicógena, y sin embargo potenciar la necesaria orientación y ayuda psicoterapéutica (Apfel y Keylor, 2002).

Los usuarios demandan y usan los servicios de apoyo, mostrando altos niveles de satisfacción con estos servicios (Moreno-Rosset, 2003, 2007; Schmidt, Holstein, Boivin, Blaabjerg, Rasmussen y Andersen, 2003), con independencia de que la repercusión del uso de los mismos no haya sido probada en la mejora de las tasas de éxito reproductivo, lo cual hemos de considerar secundario aunque, si posible, fuera deseable. Los programas de apoyo psicológico en este contexto están al servicio del conjunto de las necesidades del usuario de los servicios de reproducción asistida, y para facilitar la adherencia a

los tratamientos médicos, contribuyendo a construir condiciones psicológicas y psico-sociales idóneas, aunque solo se trate de programas de bajo nivel, como los de asesoramiento telefónico. A nivel clínico aportan utilidades evidentes: facilitan la mejor transmisión de información, crean un entorno de asesoramiento que puede ser usado, y que facilita una mejor contención y manejo de ansiedades en torno a la situación de infertilidad. La opinión de los investigadores y usuarios coincide: estos recursos deben incorporarse a los servicios de reproducción asistida (Bartlam y MLeod, 2000). Kentenich (2002) subraya la importancia de que las clínicas de fertilidad cuenten con servicios de orientación y apoyo psicológico, que trabajen conjuntamente con el personal médico, y señala cuatro características dominantes en las consultas que se reciben en los servicios de orientación en infertilidad: a) el foco central de la consulta es un deseo u objetivo vital que no se ha logrado, con la tensión existencial que implica; b) el deseo de tener un hijo puede implicar conflictos éticos similares a los que se plantean en el contexto de la adopción, entre los "mejores intereses del niño/a" y los deseos de sus padres y las características del contexto familiar donde se incluiría, potenciales conflictos que han de ser valorados; c) los repetidos ciclos de tratamiento médico que son frecuentemente necesarios durante períodos de tiempo prolongados, y los reiterados fracasos, provocan estrés emocional, a veces intenso, que llega a desestructurar el ajuste psicológico de los consultantes; y d) los procedimientos diagnósticos y el tratamiento médico de la infertilidad tienen un impacto importante en la vida íntima de la pareja, afectando a sus dinámicas de relación, la sexualidad y su capacidad para afrontar y resolver las situaciones estresantes de los tratamientos. En este sentido, hemos venido defendiendo en distintos foros la necesidad de prestar una atención integral a las parejas infértiles (Moreno-Rosset, de Castro, Ávila et al., 2005) y lo seguiremos defendiendo (Moreno-Rosset, Ávila, Antequera, Jenaro, Gómez y Hurtado de Mendoza, 2008).

Incluir estrategias psicoterapéuticas (exploratorias y de apoyo) permite detectar precozmente, y manejar adecuadamente, las 5 etapas típicas en la evolución emocional de los usuarios de los servicios de reproducción asistida: Primero *Negación* de las dificultades; después, *Ira* ante la confrontación con las evidencias, seguida de *Negociación* de posibilidades, y de *Depresión* – potenciada en los probables fracasos repetidos- y finalmente, *Aceptación* de posibilidades y límites. Se han hecho ya clásicos los valiosos

trabajos sobre intervención psicológica con mujeres con historia de fracasos en reproducción asistida que implica gestionar problemáticas de resignificación de la existencia, del concepto de sí mismas, y generar nuevas expectativas y proyectos (Goldenberg, 1997), incluso integrados en programas amplios como los de Mente-Cuerpo (Domar y Dreher, 1996). También se ha prestado progresivamente más atención a la problemática específica del varón infértil, asociado a las progresivamente mayores tasas de esterilidad masculina.

Coincidimos con la línea de datos que subraya que las estrategias de intervención combinadas son las más productivas. En especial la combinación de intervención individual y de grupo conducido por profesionales y/o grupos de auto-ayuda reduce el nivel de ansiedad -p.e. en las largas fases de espera o inter-tratamientos- y mejoran la adherencia y cumplimiento de las prescripciones médicas (Galletly, Clark, Tomlinson y Blaney, 1996). Son ya abundantes los informes de investigación que han aportado evidencias en la misma dirección sobre la eficacia diferencial de la intervención grupal, individual y de pareja (Liz y Strauss, 2005), con una convergencia de índices muy favorables para las estrategias de grupo, de auto-ayuda o profesionales (Domar, Clapp et al., 2000; Hoenk Shapiro, 1999; Tarabusi, Volpe y Facchinetti, 2004), incluso con elevación de las tasas de éxito reproductivo. Una combinación estratégica de una variedad de modalidades de tratamiento según los casos (individual, pareja, familia, grupos de auto-ayuda y grupos de sensibilización conducidos por profesionales, tanto con orientaciones dinámicas o cognitivo-conductuales) será el mejor bagaje preventivo/terapéutico del profesional.

La orientación e intervenciones psicosociales tienen buena relación coste-efectividad para la reducción del estrés asociado a los tratamientos y la disminución de los afectos negativos, aunque sin relación clara ni probable con las tasas de éxito reproductivo (Boivin, 2003). En nuestro propio contexto ya se han aportado evidencias de que los programas de apoyo estructurados son un recurso útil (Programa piloto IPTRA; Moreno Rosset, 2003, Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2005) y su posterior adaptación de Guías-pautas y entrenamiento con CD de relajación (Moreno-Rosset, 2005, 2007) y en direcciones complementarias se ha informado de experiencias positivas del uso de programas de apoyo psicológico en soporte CD-ROM para parejas en tratamientos de reproducción asistida (Coisenau et al., 2004), incluso del asesoramiento por internet y partici-

pación en foros médicos y de apoyo (chats) para parejas con infertilidad (Epstein, Rosenberg, Grant y Hemenway, 2002).

APOYO PSICOLÓGICO EN LA INFERTILIDAD: SÍNTESIS DE LAS ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS, TÉCNICAS Y TÁCTICAS DE INTERVENCIÓN

A partir de la experiencia de aplicación del Programa piloto de Intervención Psicológica en Técnicas de Reproducción Asistida (IPTRA: Moreno-Rosset, 2003, Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2005) y su posterior versión (Moreno-Rosset, 2005, 2007), en el contexto de dos proyectos de investigación (Moreno-Rosset, 2003, 2007), respectivamente, así como de su utilización flexible en entornos clínicos, unido a las ricas aportaciones de otros programas que se aplican en otros contextos (Boivin et al, 2001) se ha construido un Programa de intervención, orientado principalmente a estructurar la formación especializada de los profesionales en este campo, aunque aplicable como Programa de referencia y actuación en los servicios públicos y clínicas, que consta de los siguientes módulos: I) Conceptual; II) Evaluación; III) Intervención; y IV) Seguimiento y Psicoprofilaxis, en los que el profesional que haya de intervenir en este ámbito debe adquirir competencias. Los ejes del contenido, materiales y objetivos de cada módulo están descritos en las tablas 1 a 4.

La aplicación de los materiales de los módulos enunciados estructurados como programa de intervención no tienen que ajustarse necesariamente a una secuencia y duración predeterminada, principalmente porque las trayectorias de los tratamientos de infertilidad difieren notablemente en la casuística, y hay que diseñarlas caso por caso. Gerrity (2001) ha descrito cinco etapas características de los tratamientos de infertilidad y nuestra experiencia avala que los usuarios llegan al programa de ayuda en muy diferentes fases y situaciones, siendo cla-

ve elegir en cada etapa la estrategia de intervención más adecuada (véase la tabla 5).

La mayoría de las intervenciones de orientación y apoyo pueden programarse mediante planes de acción promedio entre 12 y 24 sesiones de trabajo, con un ritmo temporal ajustado a los ciclos y fases de los tratamientos médicos. Son útiles las recomendaciones de Bitzer (2002), que pueden servirnos de organizador lógico (véase tabla 6) para estructurar la intervención en secuencias circulares de 10 pasos, que pueden repetirse cuantas veces sea necesario según los tratamientos. Valorar si las características de los sujetos, de sus trata-

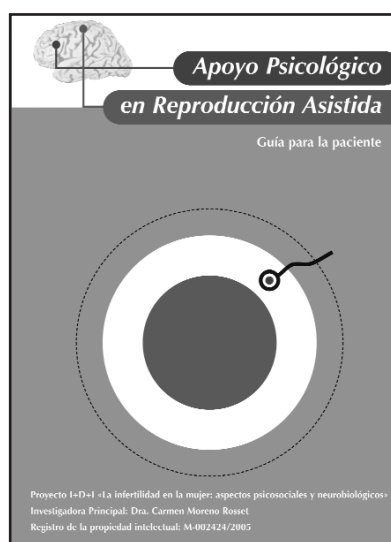


TABLA 2
MÓDULO II – EVALUACIÓN

Objetivo: Aporta los siguientes instrumentos y procedimientos que puede usar el profesional para llevar a cabo la evaluación inicial

Contenidos:

- a. Guía de Entrevista Psicológica Semi-estructurada para Intervención en Reproducción Asistida (EPSIRA; Moreno-Rosset, 2001)
- b. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008)
- c. Registro de Actividades Placenteras (Moreno-Rosset, 2005)
- d. Otros instrumentos complementarios que pueden ser de interés para el profesional, en función de las características de los usuarios.
 - i. Inventario de Problemas Interpersonales (IIP; Horowitz, Alden, Wiggins y Pincus, 2000)
 - ii. La entrevista de Apego en el Adulto (Main, 1991)
 - iii. Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA; Carrasco, 1998)
 - iv. Escala de Satisfacción familiar por adjetivos (ESFA; Barraca y López-Yarto, 2003)
 - v. Escala de Bienestar Psicológico de la Pareja (EBP; Sánchez-Cánovas, 1998)
 - vi. Inventario de problemas psicológicos en infertilidad (IPPI; Llavona y Mora, 2006)
 - vii. Cuestionario de Ajuste psicológico en infertilidad (CAPI; Llavona y Mora, 2002)

TABLA 1
MÓDULO I – CONCEPTUAL

Objetivo: Aporta los conocimientos fundamentales que ha de conocer el psicólogo para una práctica de calidad en el ámbito de los servicios y de la consulta de orientación psicológica en reproducción asistida

Contenidos:

- a. La infertilidad en la sociedad actual
- b. Objetivos del Programa: Intervención, Prevención, recuperación.
- c. Lo que el Psicólogo especializado tiene que conocer sobre la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida (a nivel médico, psicológico, social y legal)

TABLA 3
MÓDULO III-INTERVENCIÓN

Objetivo: Aporta las orientaciones estratégicas, las técnicas –y sus materiales– y las tácticas, tanto para el cliente como para el psicólogo

Contenidos:

a. Guía para los usuarios: “Apoyo Psicológico en Reproducción Asistida” (Moreno-Rosset, 2005), que incluye: (véase Figura 1)

- i. Pauta informativa completa de los dos procesos paralelos
 - ✓ Médico
 - ✓ Psicológico
- ii. CD de relajación e información detallada de todas las etapas de la misma
- iii. Listado de recomendaciones
- iv. Protocolos para que los usuarios puedan efectuar múltiples observaciones y auto-registros

b. Protocolo de actuación para el psicólogo:

- i. **Objetivos generales:** Ayudan a que el profesional identifique las prioridades y elabore los objetivos estratégicos adecuados para cada caso. No todos serán igualmente relevantes según la casuística
 1. Reducir la intensidad de la interferencia emocional que puede inhibir o alterar la facilitación del proceso reproductivo en las personas infértiles
 2. Facilitar una mejor adherencia a los tratamientos médicos necesarios
 3. Detectar/Prevenir las disfunciones psicológicas asociadas o secundarias a la infertilidad y sus tratamientos
 4. Facilitar el bienestar subjetivo de todas las personas implicadas en los servicios de reproducción asistida (usuarios y profesionales)
- ii. **Estrategias generales:** Crean las condiciones adecuadas para alcanzar los objetivos generales y estratégicos, dependen de la capacidad y habilidades del profesional.
 1. Promover una comunicación empática profesional-usuario (caracterizada por interés auténtico y comprensión genuina) y que se expresará como sintonía emocional con los procesos que se experimentan antes, durante y después de los tratamientos de TRA
 2. Promover un vínculo de trabajo entre el profesional y el usuario en el que se pueda desplegar:
 - ✓ Afirmación/Validación de las experiencias subjetivas vividas en el proceso de la infertilidad
 - ✓ Contención de las emociones negativas y de las ansiedades activadas antes, durante y después del proceso
 - ✓ Procesos de mentalización como construcción de actividad auto-reflexiva, mediadora entre la emoción y la acción
 - ✓ Re-activación o potenciación del sentido del humor y las emociones positivas que permiten mantener un adecuado contacto con el self propio
 - ✓ Uso de un nivel de comunicación plena facilitando su generalización por los usuarios en sus relaciones íntimas
- iii. **Niveles y técnicas de intervención:** Multidimensionales y combinadas, con estrategias individuales y de pareja como formas de abordaje principal, y completada con intervención familiar, cuando sea necesario. Además se facilita habitualmente el uso por parte de los consultantes de recursos complementarios efectivos y de bajo coste, tales como:
 - ✓ Servicio de asesoramiento telefónico, que pueden brindar asesoramiento y apoyo emocional inmediato a los usuarios y contribuye a normalizar sus experiencias
 - ✓ DVD/Video y/o CD de apoyo con información y técnicas que pueden ser auto-aplicadas por el usuario (relajación, tareas narrativas, auto-registros, etc.)
 - ✓ Grupos de sensibilización conducidos por profesionales [6 sesiones de grupo-tarea de periodicidad mensual intensivo; tareas: 1) introducción y selección de temas; 2) emociones e infertilidad; 3) El impacto de la infertilidad sobre la relación de pareja; 4) Las reacciones de los otros; 5) El lugar del deseo de niño; 6) Los límites del tratamiento]
 - ✓ Grupos de autoayuda, que enriquecen la autonomía de los usuarios promoviendo de forma natural estrategias proactivas y apoyo recíproco en un contexto donde las experiencias previas pueden ser muy importantes
 - ✓ Chat y foros de Internet para usuarios y profesionales
- iv. **Técnicas específicas:** Las usa o indica el profesional cuando considera que es necesaria una acción estructurada en un determinado nivel o secuencia de la intervención.
 - ✓ Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad y estrés cuando los niveles son muy elevados, dirigidas a facilitar la expresión de emociones, identificar la causa del malestar, proveyendo acciones para reducir el malestar y ser capaces de manejarlo
 - ✓ Examinar en profundidad los factores asociados a los tratamientos médicos más incisivos, con mayor interferencia y riesgo, previendo y afrontando las situaciones más estresantes
 - ✓ Intervención sobre la pareja y a su capacidad de comunicación íntima, social y a su funcionamiento adaptativo:
 - ✓ Estrategias de comunicación en/con la pareja y resolución de posibles conflictos
 - ✓ Estrategias de comunicación social: técnicas de comportamiento asertivo
 - ✓ Aprendizaje de habilidades sociales: role-playing sobre las escenas sociales de la situación de infertilidad
 - ✓ Técnicas específicas para las situaciones especiales y los momentos más difíciles, que el profesional ha de ayudar a gestionar
 - ✓ Cuando la maternidad se ha de enfrentar en solitario.
 - ✓ Embarazo múltiple (e implicaciones de las técnicas de reducción fetal).
 - ✓ Gestión de traumas graves previos y de los riesgos de la re-traumatización
 - ✓ Gestión de los fracasos múltiples y ayuda en la toma de decisión de terminar con los tratamientos
 - ✓ Abortos reiterados y sentimientos de culpa asociados. Pérdidas repetidas de óvulos donados
 - ✓ Usuarios en situación de inmigración
 - ✓ Problemática de las “terceras partes” (donantes de óvulos, donantes de espermia, maternidad subrogada)

TABLA 3
MÓDULO III-INTERVENCIÓN (continuación)

<p>v. Tácticas que se usarán según las fases y ciclos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar valor a las experiencias vividas en los recorridos de RA. Se trata de experiencias difíciles y que implican a veces altos niveles de sufrimiento subjetivo. Reconocer y gestionar los sentimientos de soledad, impotencia, desconcierto, desorientación existencial (falta de fines en la vida) ✓ Desdramatizar la situación y generar entornos alternativos para abordarla ✓ Reconocer y contener ansiedades frente a posibles preocupaciones actuales específicas ✓ Reestructurar posibles pensamientos negativos intensos ✓ Promover confianza en sí mismos: Re-significación y auto-confianza (en sí mismo, en la pareja) ✓ Facilitar una comunicación más fluida y empática entre la pareja (escuchar al otro; pensar desde el otro; transformando el drama en una experiencia sentida y pensada con el otro). ✓ Recuperar lo lúdico y gratificante en la pareja, p.e. el sentido del humor y la sexualidad, a través de técnicas activas ✓ Promover expectativas de logro, de éxito. Que recuperen el sentido de "Agentes" que hacen lo posible, no meros "Pacientes" o "Víctimas" de la situación ✓ Introduciendo alternativas (Se puede vivir bien y disfrutar de la vida de otras formas; otros modelos a seguir y experiencias): ¿Hay alternativas a la parentalidad? (Cómo descubrirlas y gestionarlas) <p>vi. Articulando secuencialmente la intervención mediante ciclos con objetivos estratégicos, técnicas y tácticas que habrán de incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación previa de la situación de los consultantes respecto de los tratamientos de infertilidad y de las necesidades a corto y medio plazo que se podrán formular como objetivos estratégicos 2. Propuesta de tareas participativas para los usuarios que promuevan una actitud proactiva 3. Oferta y realización de sesiones de apoyo (individual y de pareja) en todos los momentos claves de los tratamientos de Reproducción Asistida 4. Indicación de recursos de grupo disponibles (conducidos por profesionales o de auto-ayuda) 5. Disponibilidad para el asesoramiento telefónico 6. Evaluación posterior a cada ciclo de intervención (cualitativa y cuantitativa) 7. Proceso final de acompañamiento y elaboración <ul style="list-style-type: none"> ✓ Del éxito, como despedida y facilitación del embarazo y primeras etapas de la crianza. El embarazo tras un periodo significativo de infertilidad puede implicar problemas de adaptación que es necesario prevenir ✓ Del fracaso, como duelo, con el trabajo específico de la apertura a nuevas opciones y/o alternativas a la parentalidad, incluyendo la adopción y la renuncia a la parentalidad
--

TABLA 4
MÓDULO IV: SEGUIMIENTO Y PSICOPROFILAXIS

Consta de varios elementos esenciales para optimizar la eficiencia de la intervención
<p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación Final ✓ Estrategias y procedimientos de seguimiento, que incluye usar materiales de apoyo opcionales según los casos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Guía de la Buena Vida ✓ Guía de la Adopción ✓ Guía del Embarazo y Crianza post-infertilidad ✓ Actividades para la higiene mental del profesional en el ámbito de las Técnicas de Reproducción Asistida (principalmente a través de trabajos grupales)

mientos de infertilidad y del contexto de la intervención se adecuen a dicha lógica, competirá al profesional, quien elegirá las técnicas y las tácticas de acuerdo a los objetivos estratégicos de cada fase y ciclo, como hemos apuntado en la tabla 5.

Otros autores proponen estructurar la intervención directamente como un tratamiento cognitivo-conductual orientado al estrés acompañante o resultante de las intervenciones médicas (véase el trabajo de Daniel Campaigne en este mismo número), o como una psicoterapia focal de orientación dinámica y de duración limitada

TABLA 6
PROCESO CIRCULAR DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN EN INFERTILIDAD (Bitzer, 2002)

Paso 1	Introducción al proceso e iniciación de la alianza de trabajo
Paso 2	Evaluación del problema de infertilidad y monitorización
Paso 3	Clarificación sobre la denominación del problema y negociación sobre objetivos y prioridades
Paso 4	Intercambio de hipótesis y toma de decisiones relativas a los procedimientos diagnósticos
Paso 5	Procedimientos e investigaciones diagnósticas
Paso 6	Transmisión de información sobre los resultados
Paso 7	Elaboración de las diferentes opciones para resolver el problema de infertilidad
Paso 8	Toma de decisiones sobre opciones específicas
Paso 9	Procedimientos de tratamiento
Paso 10	Evaluación de los resultados

(Arranz-Lara, Blue-Grynberg y Morales-Carmona, 2001), con objetivos globales similares a los expuestos en nuestra propuesta, si bien consideramos que ofrecer tratamiento o psicoterapia en lugar de apoyo y orientación induce factores de resistencia en los consultantes que sí perciben sus necesidades de ayuda, pero que no buscan "tratamiento". La oferta directa de tratamientos,

tras la evaluación que los justifica, es adecuada para los consultantes que están en la etapa “persistente” de los tratamientos médicos, y también para quienes tienen una gran dificultad en tomar la decisión de abandonar los tratamientos médicos, a pesar de las reiteradas evidencias negativas (Mechanick Braverman, 1997), pero probablemente no tanto para quienes están en las restantes etapas.

Una atención especial merecen los profesionales que trabajan en este campo desplegando las estrategias de orientación, apoyo y tratamiento psicológico. Hay abundantes informes que subrayan la importancia decisiva de la aportación subjetiva (integrando la eficiencia técnica con la capacidad de sintonía e implicación emocional) que el profesional hace en su relación de trabajo con los consultantes (Greenfeld, 1997; Applegarth, 1999).

El trabajo continuado en este ámbito requiere una estrategia de psicoprofilaxis tanto para proteger al profesional como para mantener su sensibilidad, disponibilidad y apertura a los estados emocionales y necesidades de los consultantes. Nuestro módulo IV presta atención a algunas de las situaciones típicas: La ansiedad del terapeuta en torno a la motivación de la paternidad y maternidad en sí mismo y en sus consultan-

tes (Josephs, 2005); la problemática del terapeuta infértil (Freeman, 2005); los pre-conceptos negativos del terapeuta ante los tratamientos de infertilidad (Applegarth, 2005); cómo manejar los intensos sentimientos que pueden despertarse en el terapeuta, principalmente los negativos (p.e. ira, cinismo; Kottick, 2005) y más en general la pertinencia del uso activo de la contratransferencia y las autorevelaciones en los tratamientos (Essig, 2005). Pero no será solo el psicólogo quien habrá de preocuparse de su adecuada preparación y psicoprofilaxis, ya que es también muy necesario prestar atención a la problemática del médico especialista, a menudo excesivamente “escondido” tras la tecnología médica, la problemática de la enfermería (Jackson, 2005; Moreno-Rosset, 2008), una función clave en toda la secuencia de la infertilidad. Y una conclusión común a todos los profesionales en este campo: la necesidad de formación específica en las dinámicas y emociones de la infertilidad, y su gestión en beneficio de los usuarios y de sí mismos.

CONCLUSIONES

Una buena práctica en los servicios públicos de reproducción asistida y en las clínicas de infertilidad implica

TABLA 5
ETAPAS DEL TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE APOYO MÁS ADECUADAS

Etapa del tratamiento médico (Gerrity, 2001)	Estrategias de apoyo psicológico
Pre-diagnóstico: Menos de un año tras sospechar la existencia de un problema, permaneciendo en fase de pruebas diagnósticas	Evaluación psicológica previa y primeras sesiones de orientación con la pareja
Comenzando el tratamiento: Se ha completado suficientemente la etapa diagnóstica y se ha establecido un plan de tratamiento (habitualmente con menos de 2 años de problemas de fertilidad, al menos un problema detectado en la fase diagnóstica, y pueden haber consultado, o todavía no, a un especialista en fertilidad)	Evaluación psicológica previa y primeras sesiones de orientación con la pareja Tareas participativas (relajación, autorregistros, narrativas, juegos...) Algunas sesiones de apoyo (individual y de pareja) planificadas Apoyo y asesoramiento telefónico Grupos de sensibilización y de auto-ayuda recomendables
Tratamiento habitual: Ya han intentado más de un tratamiento, han sido vistos por más de dos especialistas, habiendo estado implicados en tratamientos más de 2 años y menos de 5	Re-evaluación (o evaluación, si no ha sido efectuada) Sesiones de apoyo (individual y de pareja) planificadas con mayor frecuencia y número total. Apoyo y asesoramiento telefónico Grupos de sensibilización y de auto-ayuda necesarios
Persistente: 5 o más años de intervenciones médicas, problemas múltiples, infertilidad sin causa identificada, consultas a múltiples especialistas	Re-evaluación (o evaluación, si no ha sido efectuada) Oferta de tratamientos psicológicos (individual y de pareja) en función de los desajustes emocionales, de relación y personalidad Grupos de tratamiento y de auto-ayuda necesarios
Concluyendo el tratamiento: Han completado el componente médico de la infertilidad y no tienen planes para continuar. Las razones pueden incluir: a) han recibido un diagnóstico médico de inviabilidad; b) han conseguido hijos biológicos; c) han adoptado; d) Han decidido permanecer sin hijos	Evaluación post Intervención de apoyo (individual y de pareja) planificada y centrada en la elaboración de las nuevas condiciones Tareas participativas adecuadas a la situación de los consultantes

algo más que buenos tratamientos médicos. Las clínicas han de incorporar a sus estrategias rutinarias de intervención los aspectos psicológicos y psico-sociales que afrontan las parejas que usan sus servicios. Debemos hacernos y estar en condiciones de responder a la pregunta ¿Por qué apoyo psicológico en todos los tratamientos de infertilidad y no sólo en aquellos casos que presentan niveles de estrés elevados? La calidad asistencial debemos valorarla tanto en función de los parámetros de coste en relación a la efectividad, eficiencia y eficacia, y por la provisión de intervenciones y estrategias apoyadas en dichos indicadores, como por las valoraciones cualitativas de los usuarios de los servicios. Las personas que utilizan los servicios han de comprender suficientemente las implicaciones y el alcance de las técnicas que les serán aplicadas y deben recibir todo el apoyo emocional necesario para afrontar de manera saludable los tratamientos y consecuencias de la experiencia de la infertilidad. Respetando la libertad de los consultantes a usar a su criterio las estrategias de ayuda, los servicios deben garantizar la disponibilidad de los recursos para una intervención global que no reduzca o elimine facetas esenciales a la naturaleza biológica, psicológica y social del ser humano.

Los programas de apoyo e intervención psicológica fueron diseñados al inicio para los usuarios, pero tienen tanta o más importancia para los profesionales de la salud que trabajan en estos contextos. Como en todos los entornos donde el ser humano se topa con sus límites, y ha de afrontar frecuentemente la dificultad y el fracaso, los profesionales de ayuda han de limitar sus expectativas de omnipotencia y prestar especial atención a cuidar al cuidador para mantener niveles de eficiencia personal y profesional. La infertilidad es todavía un territorio agreste, donde los profesionales y las personas que sufren a causa de su infertilidad y de sus intentos de solución han de encontrar un espacio de aceptación y superación. Burns (2005) ha subrayado que el único ajuste posible ante la infertilidad es aceptarla como inaceptable, internalizando la naturaleza inaceptable de la infertilidad, y que el objetivo de la intervención psicológica es capacitar a los sujetos para poder vivir bien aceptando lo inaceptable de la experiencia de infertilidad, y dándole un sentido personal a la experiencia vivida, dentro de sus creencias, posiblemente una oportunidad de conocerse mejor a sí mismos y como pareja acerca de cómo enfrentar limitaciones y afrontar una situación traumática, es decir, conocer sus recursos,

su resiliencia y sus límites como personas y como pareja. En la dinámica estructural de la situación vivida, y tanto para los clientes como para los profesionales, probablemente será más importante lo aprendido y descubierto en la experiencia que los resultados medidos en tasas de éxito reproductivo. Por la misma razón que la meta no es tener uno o más hijos, sino la oportunidad de ejercer la parentalidad como una faceta característica de la madurez del ser humano (Ávila, 2005), pero no la única (Domar y Dreher, 1996). Y para desplegar la función parental, el ser humano tiene diferentes posibilidades a su alcance, cuando está en condiciones de vivirla.

REFERENCIAS

- Apfel, R. J. y Keylor R. G. (2002). Psychoanalysis and infertility. Myths and realities. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 85-104.
- Applegarth, L.D. (1999). Individual counseling and Psychotherapy. En L.H. Burns y S.N. Covington, (Ed.). *Infertility Counseling. A Comprehensive Handbook for Clinicians*. Cap. 5 (pp. 85-101). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Applegarth, L.D. (2005). The therapist's negative preconceptions about infertility treatment. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 4 (pp. 69-83). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Arranz-Lara, L., Blue-Grynberg, B. y Morales-Carmona, F. (2001). El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatol Reprod Hum*, 15, 133-138.
- Ávila Espada, A. (1993). Estrés y procesos psicológicos en la infertilidad humana. En J. Buendía (Coord.). *Estrés y Psicopatología*. Cap. 10 (pp.181-200). Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Ávila Espada, A. (2005). La función parental en la adopción. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 19 (1), 191-204.
- Barraca, J. y López-Yarto, L. (2003). *ESFA. Escala de Satisfacción familiar por adjetivos*. Premio TEA Ediciones, 1996. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Bartlam, B. y McLeod, J. (2000). Infertility Counseling: The ISSUE experience of setting up a telephone counselling service. *Patient Education and Counselling*, 41, 313-321.
- Bayo-Borràs, R., Cànovas, G. y Sentís, M. (2005). *Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción*

- asistida. Barcelona: Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.
- Benyamini, Y., Gozlan, M. y Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83 (2): 275-283.
- Bitzer, J. (2002). Counselling in infertility treatment. En J. Boivin y H. Kantenich, (Eds.). *Guidelines for Counselling in Infertility*. (Seccion 3). ESHRE Monographs: Oxford University Press.
- Boivin, J., Appleto, T.C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J. et al. (2001). Guidelines for counselling in fertility : Outline version. *Human Reproduction*, 16 (6), 1301-1304.
- Boivin, J. y Kantenich, H. (Eds.). (2002). *Guidelines for Counselling in Infertility*. ESHRE Monographs: Oxford University Press.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science Medicine*, 57, 2325-2341.
- Burns, L.H. (2005). Psychological Changes in Infertility Patients. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 1 (pp 3-29). Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Burns, L.H. y Covington, S.N. (Ed.) (1999). *Infertility Counseling. A Comprehensive Handbook for Clinicians*. New York: The Parthenon Publishing Group.
- Carrasco, M. J. (1998). ASPA. *Cuestionario de Aserción en la Pareja*. (2ª ed., revisada y ampliada). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Carreño, J., Morales, F. et al. (2007). Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles. *Ginecol. Obstet. Mex.*, 75, 133-141.
- Coisnau, T.M., Lord, S.E., Seibring, A.R. et al. (2004). A multimedia psychosocial support program for couples receiving infertility treatment: a feasibility study. *Fertility and Sterility*, 81 (3), 532-538.
- de Klerk, C., Heijnen, E.M. et al. (2006). The psychological impact of mild ovarian stimulation combined with single embryo transfer compared with conventional IVF. *Human Reproduction*, 21 (3), 721-727.
- Domar, A.D., Clapp, D. et al. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*. 73 (4), 805-811.
- Domar, A.D. y Dreher, H. (1996). Reclaimin your life: Infertility. En *Ibid. Healing Mind, Healthy Woman. Using the Mind-Body Connection to Manage Stress and Take Control of Your Life*. New York: Delta Trade Paperbacks.
- Essig, T. (2005). Riding the Elephant in the Room : How I use Countertransference in Couples Therapy. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 6 (pp. 103-127). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Epstein, Y. M., Rosenberg, H. S., Grant, T. V. y Hemenway, B. A. N. (2002). Use of the internet as the only outlet for talking about infertility. *Fertility and sterility*, 78 (3), 507-514.
- Freeman, N. (2005). When the Therapist is Infertile. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 3 (pp. 50-68). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- 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 gynaecology*, 17(2), 125-128.
- Gerrity, D.A. (2001). Five Medical Treatment Stages of Infertility: Implications for Counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 9 (2), 140-150.
- Goldenberg, H. (1997). Who am I, if I am not a mother? In S. du Plock (Ed.), *Case studies in existential psychotherapy and counselling*. (pp. 96-106). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Greenfeld, D. A. (1997). Does psychological support and counseling reduce the stress experienced by couples involved in assisted reproductive technology? *Journal of assisted reproduction and genetics*, 14(4), 186-188.
- Hoenk Shapiro, C. (1999). Group Counseling. En L.H. Burns y S.N. Covington (Ed.). *Infertility Counseling. A Comprehensive Handbook for Clinicians*. Cap. 7 (pp. 117-127). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Horowitz, L., Alden, L., Wiggins, J. y Pincus, A. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems*. New York: The Psychological Corporation.
- Jackson, M. (2005). The Nurse's Perspective in a Reproductive Program. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 12 (pp. 249-264). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- Josephs, L. (2005). Therapist Anxiety about Motivation for Parenthood. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 2 (pp. 33-49). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Kentenich, H. (2002). Introduction. En J. Boivin y H. Kentenich (Eds.). *Guidelines for Counselling in Infertility*. ESHRE Monographs: Oxford University Press.
- Kottick, J. (2005). Therapist Anger, Despair, Cynism. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 5 (pp. 84-102). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Leiblum, S.R. (Ed.). (1997). *Infertility. Psychological Issues and Counseling Strategies*. New York: Wiley.
- Lemmens, G.M.D., Vervaeke, M., Enzlin, P. et al. (2004). Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, 19 (8), 1917-1923.
- Liz, T.M. y Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20 (5), 1324-1332.
- Llavona, L. y Mora, R. (2002). Cuestionario de Ajuste Psicológico en Infertilidad (CAPI). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2002/2716.
- Llavona, L. y Mora, R. (2003). Atención psicológica a parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En J.M. Ortigosa, M.J. Quioles y F.J. Mendez (Coords.). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. Cap. 13. Madrid: Pirámide.
- Llavona, L. y Mora, R. (2006). Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2006/3632.
- Main, M. (1991). Metacognitive Knowledge, Metacognitive Monitoring and Singular vs. Multiple Models of Attachment. En C. Parkes et al. (Eds.). *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- Mechanick Braverman, A. (1997). When is Enough, Enough? Abandoning Medical Treatment for Infertility. En S. R. Leiblum (Ed.). *Infertility. Psychological Issues and Counseling Strategies*. Cap. 11, (pp. 209-229). New York: Wiley.
- Moreno-Rosset, C. (2000a). Ansiedad y Depresión: Principales trastornos asociados a la Infertilidad. *Información Psicológica, Revista Cuatrimestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià*, 73, 12-19.
- Moreno-Rosset, C. (Dir.). (2000b). Factores psicológicos de la infertilidad. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2001). *Entrevista Psicológica en Infertilidad y Reproducción Asistida (EPSIRA)*. Madrid: UNED. Registro de la Propiedad Intelectual nº 108021.
- 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. (2005). Guía para la paciente. Apoyo Psicológico en Reproducción Asistida. *Proyecto I+D+I La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos*. Expte. 28/03. Madrid: Registro de la propiedad intelectual de la Guía (31 páginas): M-002424/2005. Registro de la propiedad intelectual del guión del CD de relajación (20 minutos): M-002420/2005, 2005.
- 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. (2008). Aspectos psicológicos de la pareja estéril. Guía para los profesionales de enfermería. En SEF *Tratado de Enfermería*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2005). The IPTRA: Program of Psychological Intervention in Techniques of Assisted Reproduction. *Comunicación presentada al 9th European Congress of Psychology. (Simposium: Psychology and Infertility)*. Granada: Actas de Congreso, 144-145.
- 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., Ávila, A., Antequera, R., Jenaro, C., Gómez, Y. y Hurtado de Mendoza, B. (2008). Mujer, infertilidad y reproducción asistida en la sociedad actual. *Mesa redonda nº 1,923 aceptada al 10º Congreso Internacional interdisciplinar sobre las mujeres. (Área 13-B Salud. Investigación y avances científicos)*. Madrid: Universidad Complutense.
- Moreno-Rosset, C., de Castro, J.F., Ávila, A. et al.

- (2005). Integral Attention in Assisted Reproduction: A work done by a team formed by physicians, psychologists, nurses, biologists and jurists. *Mesa redonda presentada al 9th European Congress of Psychology*. Granada: Actas del Congreso, 176.
- Moreno-Rosset, C. y Martín, M.D. (2008). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 14 (en prensa).
- Peterson, B.D., Gold, L. y Feingold, T. (2007). The experience and influence of Infertility: Considerations for Couple Counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15 (3), 251-257.
- Rosen, A. y Rosen, J. (Eds.). (2005). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Sánchez-Canovas J. (1998). *Escala de Bienestar Psicológico (EBP)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Tjorhoj T, Blaabjerg J, Hald F, Rasmussen PE, Andersen A. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18(12), 2638-2646.
- Stammer, H., Wischmann, T. y Verres, R. (2002). Counseling and couple therapy for infertile couples. *Family Process*, 41 (1), 111-122.
- Stanton, A.L. y Dunkel-Schetter, C. (Ed.) (1991). *Infertility. Perspectives from Stress and Coping Research*. New York: Plenum Press.
- Tarabusi, M., Volpe, A. y Facchinetti, F. (2004). Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 25, 273-279.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J. et al, (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20 (8), 2253-2260.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I. y Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples – A study by the “Heidelberg Infertility Consultation Service” Part. I. *Human Reproduction*, 16 (8), 1753-1761.