



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA  
EN PROBLEMAS DE  
INFERTILIDAD**

Autor: Valeria Sánchez-Nebreda Arias  
Director: Laura Bermejo Toro

Madrid  
Abril, 2018

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
IMPACTO Y CONSECUENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFERTILIDAD .....	5
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA INFERTILIDAD.....	9
INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y EN PAREJA .....	13
INTERVENCIÓN GRUPAL .....	20
CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS .....	26

## **INTRODUCCIÓN**

En muchas ocasiones se utiliza indistintamente el término infertilidad y esterilidad para referirse a la incapacidad de tener hijos, pero, aunque ambos términos tienen que ver con ese hecho, poseen aspectos diferentes. La infertilidad tiene que ver con la incapacidad de poder concebir tras un año de relaciones sexuales no protegidas, mientras que la esterilidad se relaciona con la incapacidad absoluta de concebir (Flores, Jenaro y Moreno-Rosset, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado esto como una enfermedad, ya que supone una gran cantidad de efectos físicos, emocionales, psicológicos y sociales. En los manuales se describen dos tipos de infertilidad: la infertilidad primaria y la secundaria. La primera hace referencia a aquellas mujeres que nunca se han podido quedar embarazadas. El segundo tipo se refiere a aquellas parejas que en algún momento se han quedado embarazadas, pero que ahora no lo logran (Enciclopedia Medline, 2018).

La OMS (2013) afirma que alrededor del 10% de la población a nivel mundial tiene problemas de infertilidad. En España, la situación es parecida, padeciendo problemas de infertilidad alrededor del 17% de la población en edad fértil (Moreno- Rosset, Antequera, Jenaro, y Gómez, 2009). De ese porcentaje, el 60% de las parejas recurren a procedimientos de reproducción asistida para lograr concebir un hijo (Flores et al. 2008).

La infertilidad puede deberse a gran cantidad de factores; físicos y emocionales. Además de las enfermedades médicas que pueden padecer tanto el hombre (disfunción eyaculatoria o ETS) como la mujer (síndrome de ovario poliquístico, enfermedad inflamatoria pélvica o enfermedades tiroideas), existen una serie de factores de riesgo que pueden provocar que las parejas sufran problemas de fertilidad, entre los que cabe destacar, el tabaquismo y consumo de sustancias, el alcoholismo, los trastornos alimentarios (desnutrición y obesidad), enfermedades de transmisión sexual, el ejercicio excesivo y el retraso en la edad para procrear (Flores et al., 2008; Enciclopedia Medline., 2018 y Regueiro y Valero, 2011).

No sólo son determinantes los factores de riesgo biológicos, sino que hay una serie de factores de riesgo psicológicos como el estrés, del que hablaremos en el presente trabajo, que, aunque siempre se ha considerado una consecuencia de la infertilidad, puede suponer

un agravante de la misma. Si ante el diagnóstico de infertilidad, el estrés, se mantiene durante periodos largos de tiempo y se cronifica, se pueden producir alteraciones de los sistemas fisiológicos teniendo consecuencias negativas en el campo de la fertilidad ya que el estrés y la reproducción son controlados por neurotransmisores similares por lo que hay altas posibilidades de interferencias recíprocas (Campagne, 2008). Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila (2008) exponen el caso de que muchas parejas tras haber sido sometidas a programas de reproducción asistida sin éxito, han entrado en procesos de adopción y en el momento en el que el estrés disminuyó, la mujer logró quedarse embarazada. A pesar de la existencia de tales estudios, la relación entre los estresores psicosociales y la función reproductiva no está clara (Fassino, Piero, Boggio, Piccioni y Garzaro, 2002).

Debido al aumento de problemas de infertilidad en la población y la cantidad de alteraciones (físicas, emocionales, sociales...) que esta enfermedad acarrea en aquellas personas que la sufren, es importante que los procesos médicos estén siempre acompañados de una adecuada intervención psicológica para que el proceso sea lo menos dañino posible y su calidad de vida se vea mejorada.

El objetivo general de este estudio es llevar a cabo, en base a una revisión bibliográfica, una descripción de las distintas estrategias de intervención psicológica que se han empleado en problemas de infertilidad. Primeramente, se va a hacer un recorrido sobre los estudios que hacen referencia al impacto y las consecuencias que tiene sobre las personas el diagnóstico de infertilidad. A continuación, se expondrán las diferentes vías para realizar la evaluación que hay que llevar a cabo con el objetivo de dar comienzo a una intervención apropiada. Por último, se comentarán las diferencias de formato de terapia en las que se puede trabajar esta enfermedad; individual/pareja o grupal.

La relevancia de este trabajo se centra en dar a conocer la importancia que tiene el modelo biopsicosocial en la psicología de la salud para la intervención en enfermedades como la infertilidad. Hoy en día, este ámbito de la psicología pone énfasis en las tres dimensiones; la social, la psicológica y la biológica asumiendo que los factores de riesgo asociados a la enfermedad pueden venir desde las tres dimensiones y como consiguiente puede tener consecuencias en todas ellas. Por lo tanto, es necesario hacer un análisis global de la infertilidad e intervenir desde una perspectiva multidisciplinar.

## **IMPACTO Y CONSECUENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFERTILIDAD**

En ocasiones, el motivo por el que no se tiene descendencia es consecuencia de los problemas de infertilidad. Estos, pueden entenderse como un duelo múltiple, ya que no solo se enfrentan a la pérdida del deseado hijo biológico, sino que también se enfrentan a la pérdida de control de la propia vida por la pérdida de la capacidad reproductiva. Esta pérdida puede provocar en la pareja una serie de sentimientos negativos que van a tener consecuencias en distintos ámbitos de su vida como son el social, el personal y el laboral (Palacios, 2000).

Los sentimientos negativos no solo van a estar presentes en el momento en el que se diagnostica la infertilidad, sino que van a ser recurrentes durante todo el tratamiento de infertilidad y después de este (algunos estudios indican que una vez que la mujer queda embarazada siguen perdurando algunas emociones negativas). Por ello, es importante que el seguimiento sea extenso, continuo y multidisciplinar (Ávila y Moreno-Rosset, 2008).

Las emociones no van a ser estables durante el proceso. Se irán presentando diferentes sentimientos a medida que el tratamiento vaya avanzando.

Palacios y Jadresic (2000) manifiestan que la mayoría de la población infértil estudiada comienza con sentimientos de incredulidad, ya que todos los planes que se tenían sobre tener un hijo se desmoronan de repente.

Otra de las emociones muy presentes en estas parejas es la negación. En vez de afrontar la noticia, niegan el problema lo cual puede ser perjudicial si esta negación se prolonga en el tiempo ya que no permite ver la realidad tal y como es (Guerra, 1998; Thorn, 2009).

La culpa, es otra emoción común en estos casos ya que se tiende a pensar en posibles comportamientos pasados que han llevado a la pareja a esa situación. Es importante destacar que en problemas de infertilidad la pareja va a quedar catalogada como pareja infértil, independientemente de si la infertilidad viene por parte de la mujer, del hombre o por parte de ambos (Llavona, 2008). En el caso de que la infertilidad venga por parte de solo uno de los miembros de la pareja, el sentimiento de culpa de este es mayor.

Además, también puede darse la culpabilización por parte del miembro de la pareja que no es infértil, poniendo toda la responsabilidad en el que sí lo es. La culpabilización puede no solo darse entre los miembros de la pareja, sino que se puede extender a aquellos profesionales que han diagnosticado el problema (Guerra, 1998).

Ante una situación novedosa que escapa del propio control, las personas pueden presentar síntomas relacionados con la ansiedad. Moreno-Rosset (2000) indica que tanto las personas que reciben el diagnóstico de infertilidad como aquellas que se van a someter a programas de reproducción asistida presentan niveles superiores de ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y ansiedad generalizada.

La infertilidad es un problema inesperado y del que no se tiene mucha información. El desconocimiento del problema por parte de la sociedad, así como la posible vergüenza que pueden sentir los miembros de la pareja por la enfermedad, provoca que estos se vayan aislando poco a poco y como consiguiente no reciben suficiente apoyo de sus redes sociales. Esa ausencia de apoyo, es traducido por la pareja como incomprensión que hace que haya un aislamiento mayor y una falta de comunicación provocando rabia y estrés a los mismos (Guerra, 1998).

El descubrimiento de la infertilidad supone una crisis vital de las personas implicadas que conlleva mucho estrés. Freeman y sus colaboradores (1982) encontraron que la mitad de las parejas estériles de su muestra habían reconocido el diagnóstico de esterilidad como el factor más estresante de sus vidas. El grado de estrés puede aumentar o disminuir en función de las características personales. Antequera (2008) expone que rasgos como pueden ser el ser mujer, tener mayor edad, la ausencia de hijos, la vivencia de abortos o la participación en el proceso de tratamiento durante un tiempo considerable, van a influir en el grado de impacto provocado, generando más estrés en los pacientes.

El hecho de que vayan apareciendo los diferentes sentimientos mencionados anteriormente, es algo adaptativo y no es perjudicial si no se dilatan en el tiempo. Por este motivo, no toda la población que tiene problemas de infertilidad y desarrolla emociones negativas quiere decir que tiene asociada alguna patología psicológica (Llavona, 2008). Las ausencias de patologías asociadas se deben a la correcta adaptación ante la situación de infertilidad. Esta adaptación se lleva a cabo poniendo en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que les permite asumir la nueva situación lo cual tiene mucha relación con la personalidad de los individuos (Domínguez, 2002).

Aunque la gran mayoría de los estudios tienden a la despatologización en los problemas de infertilidad, hay algunos que indican que las alteraciones emocionales también pueden derivar en cuadros psicopatológicos que requieren una atención más especializada. El cuadro depresivo y ansioso son las dos patologías más frecuentes en la población infértil, comparables con los cuadros patológicos de otras enfermedades crónicas como son el cáncer o la diabetes, tal y como indica el estudio de Castro, Borrás, Pérez-Pareja y Palmer (2001).

Chen, Chang, Tsai y Juang (2004) respaldan esa presencia de patologías indicando que un 40,2% de las parejas que acudieron a una Unidad de Reproducción Asistida presentaban trastornos psicopatológicos.

Oddens, den Tankelaar y Nieuwenhuyse (1999) investigaron sobre la presencia de patologías en mujeres infértiles en Bélgica, Holanda y Francia. La muestra estaba compuesta por 281 mujeres infértiles y contaban con un grupo control de 289 mujeres con características similares (pero sin problemas de infertilidad). Encontraron que el 24,9% de las mujeres presentaba trastornos depresivos frente al 6,8% del grupo control.

Diversos estudios evidencian que los síntomas depresivos son más comunes en el grupo de mujeres infértiles respecto al hombre, así como en aquellas parejas cuya infertilidad es primaria respecto a la infertilidad secundaria (Epstein y Rosenberg, 2005).

Las mujeres viven la infertilidad como una crisis vital de mayor magnitud que los hombres y hay estudios que evidencian que éstas tienen una mayor prevalencia en la existencia de alteraciones emocionales como la ansiedad (Seibel, Lobo, Motta, Kotecki, Fuentes, Serafini, et al., 2003; Thorn, 2009).

En relación a los sentimientos que tiene el hombre en tal proceso, la literatura es contradictoria ya que, así como Antequera (2008) expone que para el hombre los problemas de infertilidad suponen una gran amenaza de la propia masculinidad lo que supone una disminución de la autoestima; Guerra (1998) publica que para el hombre la infertilidad es menos crucial para su autoestima e identidad, en relación con la mujer.

En la literatura científica encontramos muchos estudios que investigan cómo los problemas de infertilidad afectan en la relación de pareja. La falta de comunicación que se mencionaba anteriormente no solo se da con personas del entorno, sino que, en muchos casos, la pareja reprime los sentimientos, normalmente, con el fin de proteger al otro

miembro de la pareja y el resultado es un aumento de la tensión entre ambos y un aumento de la angustia y/o estrés (Flores et al. 2008).

Otra de los problemas muy estudiados en relación a la pareja versan sobre las dificultades sexuales. El sexo ya no se ve de la misma manera y ante problemas de infertilidad, el sexo cambia de finalidad. Un gran número de parejas en esta situación, afirma haber perdido la espontaneidad en las relaciones sexuales ya que debido a someterse a TRA, el acto se convierte en un trabajo obligatorio pautado en días concretos con el objetivo de aumentar la probabilidad de embarazo (González y Miyar, 2001; Jaffe, Diamond y Diamond, 2005).



## **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA INFERTILIDAD**

Lo descrito con anterioridad lleva a pensar en la importancia que tiene un psicólogo en el ámbito de la Psicología de la Reproducción cuyo objetivo es el de ayudar a aquellas parejas que no pueden afrontar esta difícil situación por sí misma.

La importancia de una atención psicológica, junto con la intervención médica, se ha acentuado en España durante los últimos años debido al aumento de la prevalencia de problemas de infertilidad (Moreno-Rosset, Ávila-Espada, De Castro-Pita y Rodríguez-Muñoz, 2015).

El proceso de intervención psicológica comienza con una primera entrevista en la que se va a realizar una evaluación. La evaluación es un paso importante para llevar a cabo la intervención ya que evaluando las posibles alteraciones asociadas a la infertilidad se pondrá en marcha un tipo de intervención u otro (Ávila y Moreno-Rosset, 2008).

Muchos profesionales no utilizan el material específico desarrollado para casos de infertilidad debido al escaso número de pruebas validadas para esta población por lo que tienen que recurrir a pruebas cuya finalidad es observar el grado de estrés, la capacidad de ajuste o las preocupaciones sociales, sexuales o de pareja.

Moreno-Rosset (2000) publica que el instrumento más utilizado para evaluar la ansiedad, según los estudios revisados fue el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger seguido del Self-Rating Anxiety Scale (SAS) de Zung (como se citó en Moreno-Rosset, 2000).

Para la valoración de la depresión expone la prueba Beck Depression Inventory (BDI) o Hamilton Depressive Scale (SAS) (como se citó en Moreno-Rosset, 2000).

Los profesionales también consideran importante evaluar la personalidad de aquellas personas infértiles y para ello sirve de gran utilidad Eysenk Personality Questionnaire (EPQ) (como se citó en Moreno-Rosset, 2000).

Respecto a aquellos instrumentos existentes relacionados directamente con la infertilidad encontramos una serie de pruebas, las cuales evalúan diferentes contenidos que pueden ser de interés para la intervención (véase en Tabla 1).

Tabla 1: Instrumentos específicos para evaluar aspectos relacionados con la infertilidad

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>AUTORES Y AÑO</b>	<b>¿QUÉ EVALUA?</b>	<b>Nº DE ITEMS</b>	<b>MUESTRA</b>
<b>The Fertility Problem Inventory” (FPI)</b>	Newton, Sherrard y Glavac, 1999	Estrés asociado a la infertilidad	84 ítems	Pacientes con infertilidad primaria de origen caucásico.
<b>Infertility Distress Scale</b>	Pook, Rhorle y Krause, 1999	Estrés asociado a la infertilidad	21 ítems	55 mujeres infértiles dentro del rango de edad de 22 a 41 años (edad promedio 29.1 años) y 145 mujeres fértiles con una edad promedio de 30.2 años.
<b>Infertility Reaction Scale” (IRS)</b>	Collins, Freeman , Boxer y Tureck, 1992	Estrés asociado a la infertilidad		
<b>Inventario de problemas psicológicos en infertilidad (IPPI)</b>	Llavona y Mora, 2006	Consecuencias emocionales		
<b>Psychological Evaluation Test of Assisted Reproduction Techniques (PET-ART)</b>	Franco, Razera, Mauri, Petersen, Felipe y Garbellini, 2002	Consecuencias emocionales		
<b>The Effects of Infertility</b>	Anderheim, Holter, Bergh y Möllery, 2005	Consecuencias emocionales		
<b>The Fertility Adjustment Scale” (FAS)</b>	Glover, Hunter, Richards, Katz y Abel, 1999	La adaptación	12 ítems	Hombres y mujeres de una clínica de Londres.
<b>Questionnaire on the Desire for a Child (FKW)</b>	Hölzle y Wirtz, 2001	La adaptación	20 ítems	115 mujeres con síndrome de ovario poliquístico que no están tratadas medicamente.
<b>Cuestionario de ajuste psicológico en infertilidad (CAPI)</b>	Llavona y Mora, 2002	Evaluación multidimensional		
<b>El Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA)</b>	Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008	Evaluación multidimensional	58 ítems	490 pacientes teniendo en cuenta características socioculturales como el género, el nivel cultural y la profesión
<b>Cuestionario de Calidad de Vida en la Fertilidad (FertiQol)</b>	Boivin, Takefman y Braverman, 2011	Evaluación multidimensional	36 ítems	Se tomaron muestras de hombres y mujeres con dificultades de fertilidad con y sin experiencia médica en una clínica de fertilidad en Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido y dos clínicas de EE. UU (1114 personas)

El Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008) es una de las pruebas específicas españolas más utilizadas. El DERA está compuesto por 48 elementos con respuestas en escala de Likert. Su aplicación puede ser tanto individual como en grupo y es breve, fácil y determina el área prioritaria de intervención. Por esta razón, dicho instrumento puede incluirse en la valoración médica inicial para tener en cuenta la salud del paciente y en cuyo caso tratar aquellos aspectos más vulnerables antes de iniciar el proceso. No obstante, el DERA también es útil para el seguimiento del proceso de infertilidad ya que permite detectar posibles cambios a lo largo del tiempo.

Su objetivo radica en dos aspectos; el primero es tener en cuenta las posibles alteraciones emocionales que la persona con problemas de infertilidad puede tener en un hecho estresante como es el diagnóstico de infertilidad (no admite las características necesarias para considerar una patología), el segundo, tiene que ver con el conjunto de disposiciones tanto personales como interpersonales que permiten al sujeto adaptarse de una forma más adecuada al diagnóstico de infertilidad.

La valoración de la consistencia interna del DERA, se hizo a través del índice Alfa de Cronbach y se obtuvo la puntuación de 0,85 lo que significa que la fiabilidad de la escala es buena (Moreno- Rosset, Antequera, Jenaro, 2009).

Para evaluar la validez de la escala, se realizó un análisis factorial exploratorio de primer orden con el procedimiento de componentes principales y una rotación de tipo Promax, donde se obtuvieron 12 factores. La varianza total explicada de los doce factores fijados explicaba el 59,58% de varianza. Los autovalores iniciales a estos doce factores estaban entre 8,56 y 1,13. (Moreno- Rosset, Antequera, Jenaro, 2009).

Esta prueba ha conseguido cubrir ciertas deficiencias metodológicas que pruebas anteriores no lograban cubrir. Aunque prevalecen las investigaciones en el género femenino, esta prueba se puede aplicar a ambos miembros de la pareja.

La prueba, logra tener en cuenta otra deficiencia y es que no solo se centra en las alteraciones, sino que además de medir el desajuste, también mide la buena adaptación, es decir, se centra en una psicología positiva, aspecto que se echaba en falta en pruebas anteriores.

Otra de las pruebas específicas para la evaluación de la infertilidad es el Cuestionario de Calidad de Vida en la Fertilidad (FertiQol; Boivin, Takefman y Braverman, 2011) el cual

evalúa la población infértil y está validado en gran cantidad de países como en España (Guerra, 2012). Este cuestionario está organizado en dos partes que evalúan la calidad de vida desde distintos ámbitos. Core-FertiQoL consta de 24 ítems que valoran la calidad de vida de los pacientes desde el aspecto emocional, mental y corporal, relación y social y Treatment-FertiQoL está formada por 10 ítems y evalúan la calidad de vida relacionada con el tratamiento, como por ejemplo la tolerabilidad al tratamiento.

La valoración de la consistencia interna del cuestionario FertiQoL, se hizo a través del índice Alfa de Cronbach. Se obtuvo buena puntuación en ambas escalas principales: 0,87 (Core- FertiQoL) y 0,79 (Treatment-FertiQoL), lo que nos indica la buena fiabilidad de la escala. (Boivin, Takefman y Braverman, 2011).

El primer factor que explica la varianza de los ítems del FertiQoL fue la subescala emocional que explica el 31.8% de varianza. Otros factores de esa misma parte de la escala (mental, social...) explicaron un 10% o menos de la varianza del elemento, pero todos los autovalores estaban por encima de uno. Para el módulo de tratamiento (Treatment-FertiQoL), el primer factor fue el entorno de tratamiento, que explica el 34.0% de varianza (Boivin, Takefman y Braverman, 2011).

## **INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y EN PAREJA**

Tras la aplicación de los instrumentos de evaluación, llega el momento en el que se decidirá el formato de terapia con el que la persona obtendrá mejores resultados (individual, pareja o grupal). Aunque en la intervención individual y la de pareja se utilizan abordajes y técnicas similares, muchos estudios señalan que la implicación de la pareja en todo el proceso puede provocar una mejora en la relación y la consiguiente repercusión en otros ámbitos.

Sin embargo, debido al estigma que conlleva el hecho de ser infértil y la dificultad que supone para los varones acudir a terapia ante este tipo de problemas, una minoría de estudios se centran en ambos miembros de la pareja. Esta ausencia del varón en pareja no quiere decir que el varón no sufra y tenga sentimientos negativos.

Cabe resaltar que, de igual modo que tanto mujeres como hombres tienen reacciones emocionales diferentes en el diagnóstico y en el proceso de infertilidad, es importante tener en cuenta que puede que los objetivos en terapia también sean diferentes. Newton (2006), afirma que los hombres suelen demandar un enfoque más pragmático, no centrado tanto en la emoción, mientras que las mujeres demandan enfoques en los que puedan expresar sus emociones (Koydemir-Özden, 2010; Newton, 2006 como se citó en Thorn 2009).

Esto nos lleva a pensar que incluso en una terapia de pareja tendríamos que prestar atención a las demandas de cada miembro de la pareja y adaptar la terapia a lo que la pareja solicita.

Como se ha mencionado, la expresión emocional para aquellas personas infértiles, se ve deteriorada por lo que el terapeuta debe poner en marcha las habilidades terapéuticas como son la empatía y la escucha activa para crear una buena relación y un espacio en el que se permita la libre expresión, lo cual supondrá una disminución de los niveles de angustia (Palacios y Jadresic, 2000).

Así mismo, la comunicación entre los miembros de la pareja se ve deteriorada, y debido a la heterogeneidad de respuestas emocionales ante un problema de infertilidad, es importante que el terapeuta sea capaz de dar estrategias de comunicación para que a través de un proceso terapéutico acaben aceptando las propias experiencias que cada uno de ellos está viviendo (Atwood y Dobkin, 1992; Guerra, 1998).

Para fomentar el diálogo entre la pareja y una comunicación activa, a menudo, se utilizan técnicas como el modelado (imitación de la conducta de un modelo para la adquisición

de ésta) o el role playing (simulación de una situación de la vida diaria en el que cada paciente juega un papel diferente) (Flores et al. 2008).

La comunicación de los propios sentimientos y entre los miembros de la pareja no es lo único importante para conseguir un funcionamiento normal en la vida de estas personas, ambos miembros deben entrenar una comunicación asertiva con el resto de personas de su entorno (personal clínico, familia, amigos...etc) (Guerra, 1998).

Otro aspecto que se ve deteriorado es el tema de la sexualidad. No solo es conveniente trabajar el tema de la sexualidad para redescubrir el placer, sino que también supone un rasgo importante el ámbito más afectivo que tiene que ver con las caricias, para una mejora de la relación (Palacios, Jadresic, Palacios, Miranda y Rodríguez, 2002).

El apoyo social también es un campo muy importante que hay que trabajar para lograr una disminución del estrés, ya que se ha visto que en ocasiones estas personas pueden sufrir un aislamiento. Por ello, es tarea del terapeuta, ayudar a incrementar la red social y que estas redes sociales sean eficaces en cada situación (Gerrity, 2001).

El terapeuta no solo se debe centrar en aspectos relacionados con la disminución del estrés o aspectos psicológicos. Tras el diagnóstico, la pareja se empieza a hacer preguntas sobre su futuro, por ello, el terapeuta debería aportar información sobre las ventajas o inconvenientes de tomar una decisión u otra. Es recomendable que esta decisión se haga en un momento en el que ambos miembros de la pareja estén presentes para que la decisión sea algo común y compartido. (Peterson, Boivin, Norre, Smith, Thorn y Wishmann, 2012).

Por último, otro aspecto del que es responsable el profesional es hacer hincapié en hábitos o estilos de vida poco saludables (Guerra, 1998). Puede ocurrir, que la persona utilice el ejercicio físico o los hobbies como forma indirecta para descargar emociones acumuladas. Esto es lo que se conoce como ayudas paliativas y aunque son positivas, no son la solución de la respuesta del estrés por lo que vendría bien la reestructuración de ese ejercicio físico o de esos hobbies para que no se utilice como tal.

Como hemos mencionado con anterioridad, el estrés es una de las consecuencias más relevantes en esta enfermedad y por ello en muchos casos la intervención se centra en la resolución y eliminación de la respuesta de estrés. Esta respuesta de estrés provoca en los pacientes una serie de ideas y pensamientos rumiativos e irracionales. Por ello, es importante realizar una evaluación cognitiva para la eliminación de estos pensamientos desadaptativos. A continuación, se exponen una serie de técnicas cognitivo-conductuales que habitualmente se llevan a cabo en la intervención (Ávila y Moreno-Rosset, 2008; Moreno Rosset, 2000).

- La reestructuración cognitiva: esta técnica es una de las más importantes en el proceso de infertilidad para el diálogo disfuncional de uno mismo y la pareja. Es decir, el objetivo radica en eliminar las creencias irracionales, los pensamientos negativos y las posibles distorsiones cognitivas que la persona tiene. Algunos de los pensamientos irracionales más presentes en personas infértiles son: “yo nunca voy a ser feliz”, “mi vida no tiene sentido” o “es injusto, yo que siempre me he cuidado...”

Con esta técnica, se pretende enseñar a la persona a pensar de una forma más neutral y positiva, que las respuestas a las afirmaciones irracionales que hacen, sean racionales y que el pensamiento de las personas infértiles, tras el programa sea del tipo: “voy a hacer todo lo que pueda”, “puede que no me quede embarazo, pero puedo ser madre si eso es lo que busco”, etc.

- Detención del pensamiento: Esta técnica también tiene relación con el control de ideas indeseadas. Esta técnica consiste en la concentración de esas ideas irracionales durante un periodo corto de tiempo y a través de una directriz, hacer que ese pensamiento desaparezca, dejar la mente en blanco y más tarde sustituirlo por ideas positivas.
- Entrenamiento en autoinstrucciones: El objetivo de esta tarea es la eliminación de autoverbalizaciones dañinas ante un problema o una dificultad y como consecuencia el cambio de la conducta manifiesta.
- Prevención de respuestas: tiene que ver con la eliminación de los pensamientos obsesivos y rumiativos que pueden tener las personas infértiles.

Por otro lado, la respuesta de estrés también produce una serie de reacciones fisiológicas que pueden bloquear a la persona en momentos en los que tiene que tomar una decisión. Para eliminar estas reacciones, se le enseña al paciente una serie de técnicas que le permiten sobrellevar el proceso del mejor modo posible: (Moreno-Rosset, 2000; Regueiro y Valero, 2011).

- Técnicas de relajación: es una de las técnicas más utilizadas para la ansiedad o el estrés; aspectos presentes en esta enfermedad.

El enteramiento en inoculación del estrés (EIDE) es otro tipo de intervención que se centra directamente en el estrés provocado por la situación. Es un enfoque global para todas aquellas experiencias que suponen estrés e implica una evaluación completa de cómo las personas interaccionan entre sí y qué estrategia va a ser la más adecuada para su mejora (Mata, Saénz, Ramírez, 2007).

La aplicación del EIDE se debe realizar basándose en los estresores de la pareja antes durante y después de los procesos diagnósticos y del tratamiento médico.

Según Meichenbaum (1987), el objetivo de este entrenamiento es desarrollar habilidades de afrontamiento y reforzar la resistencia mediante la exposición estímulos. Este objetivo se va a componer de tres fases en las que se enseñarán técnicas que tienen que ver con la reestructuración cognitiva, ensayos conductuales (en vivo e imaginados) o entrenamiento en autoinstrucciones y autorreforzamientos.

La primera fase es la fase de reconceptualización: es la fase en la que se forma el vínculo terapéutico y en la que se evalúan los problemas en términos de déficits de habilidad, cognitivos o conductuales y posibles estresores para que la intervención se oriente en la modificación del comportamiento.

La siguiente fase es la fase de adquisición y ensayo de habilidades en las que terapeuta y paciente conjuntamente van a desarrollar las habilidades más útiles para cada situación (reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación o habilidades conductuales). Esta fase se va a ver mejorada si hay colaboración con la pareja.

Por última, está la fase de aplicación y consolidación en la que se van a poner en marcha las habilidades, primero en situaciones imaginadas y una vez que se compruebe un cambio conductual, se transfieren al mundo externo. En esta fase es muy importante la retroalimentación ya que servirá de base para la adquisición de habilidades posteriores que podrán generalizarse a otras situaciones estresantes.



La terapia breve centrada en soluciones (TCS) es un tipo de intervención que se centra en atajar un problema central de manera rápida y de la forma menos dolorosa posible. Este tipo de terapia se centra en el aquí y el ahora y considera que el problema no tiene un pensamiento causa-efecto, sino que se centra en un pensamiento más sistémico teniendo en cuenta la teoría de sistemas (Rodríguez y Beyebach, 1994). En el caso de infertilidad, el objetivo sería tratar colaborativamente (paciente y terapeuta) y de forma directa, la pena y la pérdida que supone esta enfermedad siempre teniendo en cuenta las fortalezas y los recursos de los propios pacientes (Rosenthal, 1992).

Desde el modelo psicoanalítico, se planteaba que la causa de infertilidad era psicógena. Tiempo después de no encontrar ningún factor orgánico, se entendía que la causa de no poder concebir se debía a conflictos inconscientes no resueltos (Leon, 2010) o rasgos neuróticos de personalidad (Palacios, Jadresic, 2000).

En base a esta perspectiva, el problema de infertilidad tiene una reacción común en todas las personas que la sufren y es la capacidad de desorganización de la identidad y alteraciones narcisistas, por lo que el objetivo de una terapia psicodinámica está en reestablecer el equilibrio narcisista que se vio amenazado ante el diagnóstico de la enfermedad y una reconstrucción de la identidad y la autoestima (Leon, 2010).

Desde este enfoque se da una gran importancia a la comprensión del sufrimiento individual para enseñar las diferentes vías que facilitan un alivio emocional. El terapeuta tiene que tener en cuenta las resistencias y las vulnerabilidades de la persona (Leon, 2010).

La herramienta principal para el cambio es la empatía por parte del terapeuta. Se trata de un proceso de intensa colaboración donde hay que participar activamente para que el paciente consiga mejorar su identidad (Leon, 2010).

A pesar de la existencia de algunas revisiones sobre este tipo de intervención psicodinámica, tanto Leon (2010) como Downy (1991) afirman que el modelo clásico psicodinámico no es el adecuado para aplicar en problemas de infertilidad ya que debido a la vulnerabilidad a la que está expuesta esta persona por la exploración tan exhaustiva que se habrá realizado, el objetivo de la terapia va a estar en la búsqueda del equilibrio debido a esa exploración tan profunda y no en las alteraciones emocionales provocadas por la enfermedad.

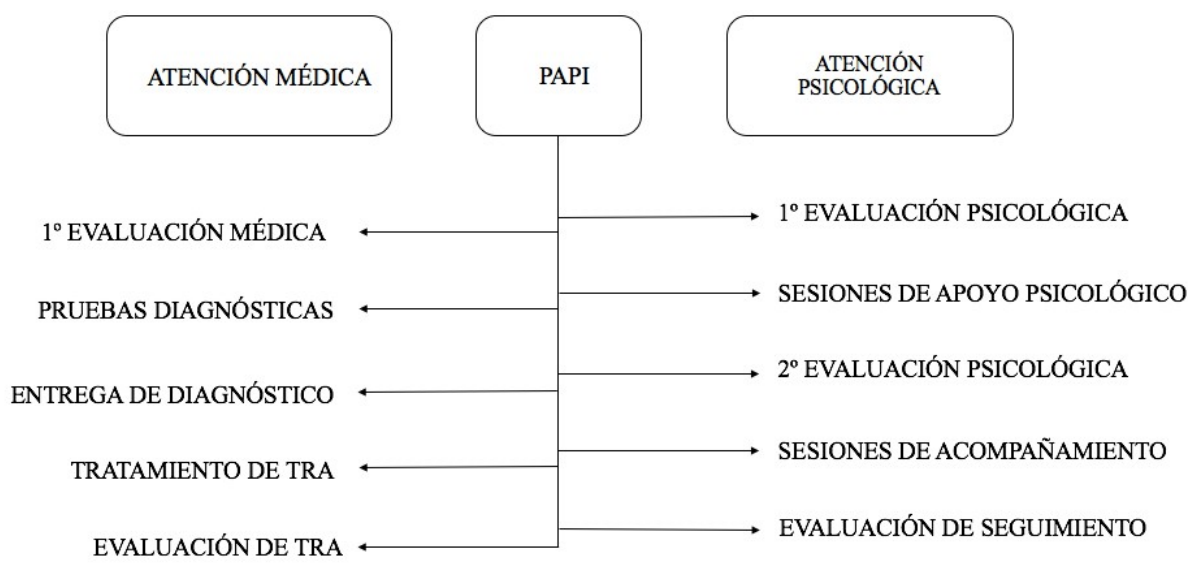
Existe una variedad de estudios dedicados a probar la eficacia y las repercusiones que tienen los programas de apoyo psicológico en infertilidad, Sin embargo, estos programas se han llevado a cabo en base a grandes muestras y no hay estudios basados en un único caso clínico lo cual es importante para que los profesionales ejerzan un buen desarrollo en la psicoterapia según Feixas, Hermosillas, Compañ y Dada (2009).

El Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno- Rosset, 2010) se centra precisamente en un caso único a través de un modelo biopsicosocial en el que se coordinan la atención médica y la atención psicología para así, ofrecer al sujeto la ayuda psicológica necesaria en cada etapa del tratamiento. Este programa consta de 13 sesiones que se van a realizar de manera simultánea con el protocolo médico, con el objetivo de que ambas perspectivas (médica y psicológica) queden integradas (véase Figura 1).

Evaluando en qué fase del proceso se encuentra la persona con problemas de infertilidad, se le va a aplicar el bloque de intervención que mejor se adapte a sus demandas: relajación, solución de problemas, control de las cogniciones, habilidades sociales y de funcionamiento adaptativo o asesoramiento del apoyo emocional.

En base a este estudio, se ha comprobado la eficacia de este programa provocando una mejor adhesión a los tratamientos de reproducción asistida (TRA) y una disminución de las alteraciones emocionales en dicho proceso (Moreno-Rosset, 2015).

Figura 1: Integración de PAPI en las fases de TRA (recuperado de Moreno-Rosset, 2014, p.6)



Otro programa de apoyo psicológico fue el de Dolz y García (2002) que iba destinado a parejas infértiles. El programa estaba constituido por 8 sesiones y se centraron en entrenar técnicas de relajación, el autocontrol o habilidades personales. Los resultados demostraron que, tras el proceso terapéutico, hubo un aumento en tasas de embarazo (54% frente al 28% del grupo control).

La gran parte de los programas desarrollado para los problemas de infertilidad son los de corte cognitivo-conductual. Se realizó un análisis de caso específico para comprobar que la aplicación desde este enfoque en problemas de infertilidad, no solo arrojaba resultados positivos en grandes muestras, sino que también era beneficioso en un caso específico. El estudio se centró en una mujer de 30 años que, a raíz del diagnóstico de infertilidad, comenzó a tener un estado de ánimo depresivo y problemas de ansiedad. A través de un análisis funcional se vio que la intervención debía centrarse en eliminar la estrategia de afrontamiento de evitación en situaciones aversivas y aquellas conductas que contaban con reforzamiento negativo, así como enseñar a la persona la forma de obtener reforzamientos positivos que normalizasen su vida. Se utilizaba la relajación y técnicas cuyo objetivo era la disminución de respuestas fisiológicas para así lograr que la situación por la que pasaba la pareja fuera menos aversiva. Los resultados que obtuvo la mujer a lo largo de las sesiones fueron evidentes ya que se redujeron los niveles de ansiedad, hubo una mejora en la comunicación y en la expresión emocional y paulatinamente iba adquiriendo mayor control de la situación lo que le permitía no tener tantas emociones negativas y que su pensamiento fuera más neutral (Regueiro y Valero, 2011).

## **INTERVENCIÓN GRUPAL**

Este tipo de terapia es algo cada vez más común en la psicología ya que permite el compartir experiencias dolorosas con otras personas en la misma situación y saber que la persona no es la única que está pasando por esa crisis vital.

Si bien es recomendable la terapia grupal en enfermedades como la infertilidad, es aconsejable tener varias sesiones individuales con cada uno de los pacientes antes de integrarles en un grupo ya que es aconsejable tratar la angustia antes de entrar a formar parte de un grupo (Moreno-Rosset, 2000).

Tanto en el programa que vamos a describir como probablemente en muchos otros grupos de apoyo, las mujeres que presentan síntomas o trastornos depresivos no podrán acceder a grupos de ayuda y tendrán que llevar a cabo un tratamiento individualizado. (Moreno-Rosset, 2000).

El programa Mente-Cuerpo es un programa grupal destinado exclusivamente a mujeres que estén diagnosticadas de infertilidad (primaria o secundaria). Este programa tiene la característica especial de que cada grupo, formado por 16 personas, tiene a dos consejeras las cuales han pasado por este programa con anterioridad y dominan el tratamiento a aplicar cognitivo-conductual. Es importante dárselo a conocer a las enfermas ya que así, las consejeras y líderes del programa, serán modelos a seguir para las pacientes (Moreno-Rosset, 2000).

En los grupos no solo se llevan a cabo técnicas relacionadas con aspectos psicológicos, sino que las personas que llevan el grupo tienen también la responsabilidad de dar directrices más relacionados con lo físico como son consejos nutricionales o información sobre cómo y qué ejercicio físico realizar (Moreno-Rosset, 2000).

En cuanto al aspecto psicológico se daba mucha importancia a la elicitación de la respuesta relajación, lo cual supone el opuesto a la respuesta fisiológica de lucha y huida. Esta respuesta de relajación (RR), se conseguía a través de ejercicios semanales que incluyen, la meditación, yoga o ejercicios de relajación muscular progresiva (Domar, Seibel, Benson, 1990; Moreno Rosset, 2000).

El entrenamiento en relajación no debía darse solo en las sesiones grupales, sino que habría que practicar la relajación en casa semanalmente (20 minutos mínimo) para empezar a notar un cambio en la adaptación y una mejora en el afrontamiento de los estresores que aparecerán durante el proceso de infertilidad (consulta con el doctor, fase

de espera o fase de resultados) y también sirve como ayuda para los estresores que surgen a lo largo del día (Psaros et al. 2015).

Además de utilizar técnicas como la reestructuración cognitiva y entrenar para lograr expresión emocionalmente de una forma adecuada, también se llevaron a cabo ejercicios de entrenamiento en imaginación para aumentar la conciencia y exploración corporal (Moreno-Rosset, 2000; Psaros et al. 2015).

Un dato importante es que este programa, permite que los maridos pueden asistir a tres de estas sesiones las cuales suelen ser las últimas cuando la mujer ya tiene más estabilidad emocional (Moreno-Rosset, 2000).

Los directores de este tipo de programas recomiendan que se mantenga los ejercicios de relajación una vez terminado el programa para que la mejoría y los beneficios obtenidos se mantengan durante el mayor tiempo posible (Psaros et al, 2015).

Este programa mostró que las mujeres que en un principio estaban más afectadas por la enfermedad, son las que obtuvieron un mejor estado psicológico 6 meses después de la finalización del programa (Psaros, Kagan, Auba, Alert, Park, 2012).

Domar, Zuttermeister, Seibel y Bensor (1992) tras la aplicación de este programa, demuestran que el 98% de las mujeres que se han sometido a este programa se han sentido mejor y la intensidad de los síntomas como el insomnio o el dolor de cabeza, es decir, todos los síntomas físicos de ansiedad y depresión van disminuyendo.

Otro estudio que se realizó fue en el Centro de Fertilidad del Hospital General de Massachussetts en el cual se aplicó el programa mente-cuerpo. Estaba formado por cuatro grupos de mujeres de entre 10 y 18 participantes mayores de 18 años (Psaros et al, 2015). Se centraba especialmente en la elicitación de la respuesta de relajación (con trabajo diario RR) y la promoción de un comportamiento adaptativo, a través de habilidades cognitivas para lograr la aceptación y el optimismo. También hacen referencia a recomendaciones individuales en las que cada terapeuta podría dar a conocer los aspectos físicos y nutricionales que mejor le viniese a esa persona en especial.

Los resultados mostraron un aumento significativo del número de apoyo social del paciente y una disminución de la sintomatología depresiva y del estrés.

Gracias a la importancia que se le da durante el programa al trabajo diario de RR, se demostró que, tras la realización de un seguimiento, un año después de la aplicación del programa, el 68,6% de los participantes seguían realizando la tarea.

Recientemente, se han diseñado programas de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) para pacientes con dolor crónico y dolores heterogéneos. El dolor siempre ha sido un aspecto importante en el estudio de este tipo de intervención y diversos estudios basados en distintas enfermedades crónicas en las que no estaban incluida el problema de infertilidad, reportan resultados positivos en la aplicación de MBSR. Encuentran que la utilización de esta técnica para tratar el dolor lumbar, provoca una disminución en la depresión, la ansiedad y el estrés que esa enfermedad podía causar y una mejora en el funcionamiento físico y la calidad de vida (Anheyer, Haller, Barth, Lauche, Dobos, y Cramer, 2017).

La fundamentación del mindfulness es la práctica de la atención plena lo cual hace referencia a que la persona que realiza la práctica se concentre en el presente y observe la experiencia sin hacer valoraciones ni juicios (Leon, 2008).

MBSR incluye diferentes técnicas (Janssen, Heerkens, Kuijer, Heijden y Engels, 2017):

- La exploración del cuerpo
- La meditación sentada: tiene relación con ejercicios que tienen que ver con prestar atención a la respiración, a los sonidos, a los pensamientos, a las sensaciones corporales...etc
- Ejercicios físicos de movimientos simples (caminar, yoga, meditación de pie...) siempre hay que prestar atención a lo que el cuerpo está sintiendo y aceptarlo.
- Ejercicios de meditación informales: consiste en ejercicios que se pueden llevar en actividades de la vida cotidiana, como, por ejemplo, centrar toda la atención a la hora de lavarse los dientes, o a la hora de comer.

Aunque son menos los estudios centrados en la infertilidad también existen una serie de estudios que reportan resultados favorables con la aplicación de MBSR.

Shahrestani et al. (2012) refiere una disminución del estrés, una disminución de los pensamientos irracionales e ilógicos de las mujeres infértiles que participaron en la aplicación del MBSR.

Ghana utilizó una muestra de mujeres de la Asociación de Fertilidad de Portugal. Además de encontrar una disminución de síntomas negativos provocados por la ansiedad, refiere un aumento significativo de la auto-eficacia para hacer frente a la esterilidad. Además, estas mujeres lograron ser más conscientes de su experiencia de modo que los

pensamientos dolorosos relacionados con el pasado o con el futuro, son aceptados sin necesidad de reprimirlos (Galhardo, 2013).

A pesar de que esta intervención parece realizarse mayoritariamente de forma grupal, no solo hay mejoras para la propia persona que acude al programa. Abedi et al. (2015) estudiaron las repercusiones de la aplicación de esta intervención en mujeres infértiles de Irán y encontraron que además de la disminución del estrés tras el programa, había una mayor satisfacción marital por lo que no hay exclusivamente una mejora en la propia mujer, sino que su mejora se traslada a la relación de pareja consiguiendo que este aspecto también se vea mejorado.

Tanto la aplicación de los programas de mente-cuerpo como en los programas en los que se aplica el MBSR, se hace referencia a que es una intervención de tipo psicosocial la cual se basa en la educación y en la capacitación. Este tipo de intervención parece ser más efectivo que las intervenciones que se basan en la expresión emocional (Psaros et al. 2015).

Desde una perspectiva psicodinámica ya hemos señalado la importancia del trabajo individual, sin embargo, también consideran que, aunque no es lo más importante, el trabajo conjunto supone algo valioso sobre todo para todo lo que tiene que ver sobre las repercusiones maritales y tomar las decisiones pertinentes que trae la infertilidad de manera conjunta (¿adopción?, ¿técnicas de reproducción asistida?, ¿aceptación?... etc) (Leon, 2010).

Por último, es importante destacar que del mismo modo que hay que tener en cuenta las distintas demandas de cada miembro de la pareja, en los grupos también pueden surgir discrepancias. Guerrity (2001) expone el significado que se le da a la infertilidad en distintas razas (hispanoamericano, asiático...etc) o grupos (gay, lesbianas...etc) para alarmar de la importancia que hay que darle a cómo y con qué personas van a ir en el grupo de apoyo ya que, para una intervención exitosa, es muy importante entender los antecedentes culturales del paciente.

## **CONCLUSIONES**

Tras la revisión bibliográfica que se ha realizado sobre las distintas intervenciones en problemas de infertilidad, se puede concluir que el modelo cognitivo-conductual es el que más efectos positivos reporta tanto a corto, como a largo plazo. Los estudios reflejan que, tras recibir ayuda psicológica durante el proceso de infertilidad sea cual sea el programa aplicado, hay una mejora en varios ámbitos de la vida de la persona que se somete a esos programas. Además de producirse una disminución de la ansiedad y el estrés producido, se promueve una mejor adherencia a los programas de TRA.

La presencia del psicólogo ante un problema de infertilidad no implica que el tratamiento de la infertilidad llegue a término ya que pueden entrar en juego factores fisiológicos, sin embargo, la presencia de esta figura sí que va a influir positivamente en el proceso.

Es recomendable que la figura del psicólogo este dentro de las unidades de reproducción asistida donde la persona esté llevando a cabo el TRA u otro proceso para quedarse embarazada. Esto es importante ya que, debido a la necesidad de una mirada multidisciplinar en estas situaciones, la cercanía de los profesionales va a facilitar la comunicación entre los mismos.

En cuanto al formato más recomendable, la literatura refleja que no hay uno más favorable, sino que depende de cada persona y como ésta esté gestionando el proceso. Es recomendable valorar el estado emocional de cada persona y a partir de ahí, plantear la incorporación, o no, de la persona en un grupo, para que las personas que padecen esta enfermedad puedan compartir las experiencias con personas en la misma situación.

Ambos formatos, terapia individual/pareja y grupal, parecen lograr resultados muy similares respecto a la ansiedad, consiguiendo que los índices disminuyan a lo largo de la intervención (Lizz y Strauss, 2005).

Existen diferentes programa o técnicas de intervención de problemas de infertilidad, así como del impacto que provoca en las personas. Los estudios son escasos y están obsoletos, por lo que no se ajustan a las condiciones actuales, dado que la disciplina de la psicología en los últimos años está evolucionando rápidamente. Esto dificulta llevar a cabo una intervención que se adapte a las características que se desarrollan en la actualidad, por lo que es importante que se retomen los estudios y que se hagan investigaciones sobre esta enfermedad, ya que tal y como se ha concluido una atención psicológica en estas personas no solo mejora las alteraciones emocionales, sino que puede



producirse una mejora en otros ámbitos de la vida de la persona infértil, como es el ámbito médico, provocando una mejora adherencia del TRA.

Como se ha visto, la gran mayoría de los estudios de infertilidad se centran en las mujeres, restando importancia a los casos en los que la infertilidad viene por parte del hombre por lo que en futuros estudios uno de los objetivos que habría que tener en cuenta es el aumento de la muestra de ambos sexos para que así la validez sea mayor.

Del mismo modo, sería conveniente que las pruebas fueran aplicadas a contextos diferentes, como puede ser el estudio del impacto de la infertilidad en clínicas privadas, donde las características socio-económicas o educativas podrían causar diferencias en la vivencia de la infertilidad o en las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores, 2008).

Otro aspecto pendiente de mejorar es que se crean más instrumentos validados en la población fértil para así, no tener que recurrir a pruebas no específicas. Así mismo, sería interesante que los futuros cuestionarios tengan en cuenta los aspectos positivos de la persona y que se centren en una psicología positiva como es la prueba del DERA. De este modo, se podrá dar feedback a las personas sobre las fortalezas con las que cuenta y así facilitarle el proceso y darle cierto poder en la intervención.

A pesar de haber expuesto algunas de las deficiencias metodológicas que hay que cubrir en las próximas investigaciones sobre los problemas de infertilidad, habría que realizar estudios y tener en cuenta, siempre, las posibles variables psicológicas que pueden verse afectadas por la presencia de cualquier enfermedad como pueden ser las alteraciones emocionales, el estrés provocado, el locus de control o la interpretación que se le da a la enfermedad. Controlando lo psicológico puede ocurrir que la persona afronte esa enfermedad de una forma diferente.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Anheyer, D., Haller, H., Barth, J., Lauche, R., Dobos, G. y Cramer, H. (2017) Mindfulness-Based Stress Reduction for Treating Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 166(11), 799-807.
- Antequera, J., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. y Ávila, A. (2008) Principales trastornos psicopatológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2) 167-175.
- Atwood, J.D. y Dobking, S. (1992) Stormclouds are coming; ways to help couples reconstruct the crisis of infertility. *Contemporary Family Therapy*, 14(5), 385-403.
- Avila-Espada, A. y Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: Orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 186-196
- Boivin, J., Takefman, J. y Braverman, A. (2011) The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Fertility and Sterility*, 96(2), 409 - 415.
- Brennan Peterson, B., Boivin, J., Norre, E., Smith, C., Thorn, P. y Wishmann, T. (2012) An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 29(3), 243–248.
- Campagne, D. (2008). El estrés ¿En qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse? *Papeles del psicólogo*, 29(2), 197-204
- Domar, A., Seibel, M. y Bensor, H. (1990) The Mind/Body Program for Infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 53(2), 246-249.
- Feixas, G., Hermosilla, S., Compañ, V. y Dada, G. (2009) Camino hacia el coraje: Terapia de constructos personales en un caso de depresión mayor, fibromialgia y otras comorbilidades. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 241-251.
- Flores, N., Jenaro, C. y Moreno-Rosset, C. (2008) Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 205-212.
- Galhardo, A., Cunha, M. y Pinto-Gouveia, J. (2013) Mindfulness-Based Program for study. *Mental health, sexual and ethics*, 100(4), 1059- 1067.
- Gerrity, D.A. (2001). A Biopsychosocial Theory of Infertility. *The Family Journal*, 9(2), 151-158.
- Glover, L., Hunter, M., Richards, J.M., Katz, M. y Abel, P.D. (1999) Development of the Fertility Adjustment Scale. *Fertility and Sterility*, 72(4), 623-628.

- Guerra, D. (1998) Como afrontar la infertilidad. Barcelona, España: Planeta.
- Jaffe, J., Diamond, M. y Diamond, D. (2005) *Unsung Lullabies: Understanding and Coping with Infertility*. Nueva York, Estados Unidos: St. Martin's Griffin.
- Janssen M, Heerkens Y, Kuijer W, van der Heijden B, Engels J (2018) Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review, *PLOS ONE* 13(1), 1-37.
- Jenaro, C., Moreno- Rosset, C., Antequera, R. y Flores, N. (2008) La evaluación psicológica en infertilidad: El "DERA" una prueba creada en España. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 176-185.
- Koydemir-Özden, S. (2010) Self-Aspects, Perceived Social Support, Gender, and Willingness to Seek Psychological Help. *International Journal of Mental Health*, 39(3), 44-60.
- Leon, B. (2008). Atención plena y rendimiento académico en estudiantes de enseñanza secundaria. *European Journal of Education and Psychology*, 1(3), 17-26.
- Leon, I.G. (2010) Understanding and Treating Infertility: Psychoanalytic Considerations. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(1), 47-76.
- 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.M. (2008) El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo* 29(2), 158-166.
- Mata, M., Saénz, G. y Ramírez, R. (2007) Infertilidad y control del estrés: una visión desde la medicina conductual. *Rev Reflexiones*, 86(1), 77-87.
- MedlinePlus en español [versión electrónica]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 2 oct 2017]. Disponible en: <http://medlineplus.gov/spanish/>
- Moreno-Rosset, C. (2000) Factores psicológicos de la infertilidad. Madrid, España: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset (2000) Ansiedad y depresión: principales trastornos asociados a la infertilidad. *Informació psicològica*, 73(1), 12-19.

- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2009) Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA). *Psicothema* 21(1), 118-123.
- Moreno- Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C. y Gómez, Y. (2009). La psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y salud*, 20(1), 79-90.
- Moreno-Rosset, C., Ávila-Espada, A., de Castro-Pita, F. y Rodríguez-Muñoz, M. (2015). Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI). Primeros datos sobre efectividad clínica a través del estudio de un caso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1), 5-12.
- Newton, C.R., Sherrad, W. y Glavac, I. (1999) The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62.
- Palacios. E. y Jadresic, E. (2000) Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista chilena de Neuro-Psiquiatría*, 38(2), 94 -103.
- Palacios, E., Jadresic, E., Palacios, F., Miranda, C. y Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(1), 19-24.
- Psaros, C., Kagan, I., Auba, E., Alert, M. y Park, E.R (2012) A brief report of depressive symptoms and health promoting behaviors among women with infertility attending a clinical mind-body program. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 33(1), 32- 36.
- Psaros, C., Kagan, I., Shifren, J.L., Willet, J., Jacquar, J., Alert, M.D.,..... Park, E.R. (2015) Mind-body group treatment for women coping with infertility: a pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(2), 75-83.
- Regueiro, A.M. y Valero Aguayo, L. (2011). Intervención psicológica en un caso de infertilidad femenina. *Escritos de Psicología*, 4(3), 27-35.
- Rodríguez, A. y Beyebach, M. (1994) Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 241-290.
- Rosenthal, M.B. (1992) Infertility: psychotherapeutic issues. *New Directions For Mental Health Services*, 55(1), 61-71.
- Shargh, N. A., Bakhshani, N. M., Mohebbi, M. D., Mahmudian, K., Ahovan, M., Mokhtari, M., y Gangali, A. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based

Cognitive Group Therapy on Marital Satisfaction and General Health in Woman With Infertility. *Global Journal of Health Science*, 8(3), 230–235.

Tan, S., Hahn, S., Benson, S., Janssen, O.E., Dietz, T., Kimmig, R., Hesse-Hussain, J., Mann, K., Schedlowski, M., Arck, P.C. y Elsenbruch, S. (2008) Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 23(9), 1-4.

Thorn, P. (2009) Understanding infertility: psychological and social considerations from a counselling perspective. *International Journal Of Fertility And Sterility*, 3(2), 48-51.

Viñas, S.A., Pérez, M.A., Rodríguez-Bies, E., Dorado. M., Sánchez, P. y Sánchez, F. (2017) Influencia del apoyo psicológico grupal en la calidad de vida, continuidad y tasas de embarazo, en tratamientos de fecundación in Vitro. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción humana*, 34(1), 44-55.