



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

EL PAPEL DEL MANEJO EMOCIONAL EN MUJERES CON PROBLEMAS DE INFERTILIDAD

Autor: Mariana Cortines García

Director: María Dolores Jiménez Díaz-Benjumea

Madrid
Mayo 2015

Mariana
Cortines
García

**EL PAPEL DEL MANEJO EMOCIONAL
EN MUJERES CON PROBLEMAS DE INFERTILIDAD**



El Papel del Manejo Emocional en Mujeres con Problemas de Infertilidad

Mariana Cortines García

Universidad Pontificia de Comillas

La tasa de infertilidad en España se sitúa entre un 15 y un 17% de la población y aumenta progresivamente con el tiempo. El proceso que abarca afrontar un diagnóstico de infertilidad y el sometimiento a los tratamientos de reproducción asistida constituye un periodo largo y estresante que puede provocar alteraciones emocionales y psicopatologías de gran consideración. Se ha visto que personas con una buena inteligencia emocional tienen una mejor adaptación psicológica y un menor desajuste emocional, tanto en la vida cotidiana como en situaciones vitales adversas, pero apenas hay estudios sobre programas específicos de inteligencia emocional en este campo de trabajo, pudiéndose mejorar con ellos el desajuste emocional y la eficacia de los tratamientos médicos, así como la calidad de vida de estas personas. Por ello, el objetivo principal de esta investigación fue ver si una parte de la inteligencia emocional, concretamente el manejo de las emociones, estaba relacionada con el desajuste emocional que presentaban estas mujeres. En el estudio participaron 46 pacientes infértiles pertenecientes al departamento de reproducción asistida de la clínica SERMAN de Jerez de la Frontera (Cádiz), con edades comprendidas entre los 19 y 46 años. En él se vio que aquellas mujeres que presentaban niveles altos en el manejo de las emociones presentaban niveles menores de desajuste emocional, por lo que los resultados apoyan la importancia e idoneidad de que la regulación emocional sea un objetivo directo de los programas de intervención con estas personas con dificultades de procreación.

Palabras claves: *Infertilidad, Reproducción Asistida, Alteración Emocional, Intervención Psicológica, Regulación Emocional.*

Emotional Management in Women with Infertility Problems

The infertility rate in Spain lays between 15 and 17% of the population and increases progressively with time. The process of facing an infertility diagnosis and undergoing assisted reproduction treatments is a long and stressful period that can cause emotional distress and severe psychopathologies. It has been observed that people with good emotional intelligence have better psychological adjustment and less emotional disorder, both in everyday life and in adverse life situations. However there are hardly any studies on specific emotional intelligence programs in this field of work, although it would reduce emotional imbalance and improve the effect of medical treatments and people's quality of life. Therefore, the main object of this research is to observe if a part of emotional intelligence, namely the management of emotions, was related to the emotional disorder that these women present. Forty six infertile women from the Assisted Reproduction Department of SERMAN clinic in Jerez de la Frontera (Cádiz) SPAIN, aged between 19 and 46 years, participated in the study. It was observed that women with high rates of emotional management had lower levels of emotional disorder, consequently the results reinforce the importance and suitability of emotional adjustment as a main goal of program procedures for people with reproductive difficulties.

Key words: *Infertility, Assisted Reproduction, Emotional disorder, Psychological Intervention, Emotional Regulation.*

La infertilidad.

La infertilidad en la actualidad.

Dentro de la psicología de la salud ha surgido una nueva disciplina: *la psicología de la reproducción* y con ella una nueva área de trabajo para la figura del psicólogo. Éste tiene un papel importante en cualquiera de las fases reproductivas del ser humano, sin embargo, el campo más reciente de estudio y desarrollo científico en medicina reproductiva, es el de los problemas relacionados con la dificultad para reproducirse: la esterilidad e infertilidad (Moreno-Rosset, 2008).

Algo que ha emergido con fuerza en estos últimos años en la sociedad y en la familia contemporánea es que la infertilidad de las parejas se ha sumado a lo cotidiano, al igual que otros fenómenos como la independencia tardía de los jóvenes, el retraso a la hora de formar una familia, la postergación de la decisión de tener hijos hasta edades muy avanzadas e incluso la identificación entre los jóvenes con los modelo de fertilidad no natural, quienes barajan las técnicas de reproducción asistida como una opción de partida que les exime de “complicaciones” como el encuentro sexual, el embarazo o el parto (Ávila y Moreno-Rosset, 2008).

No debe extrañarnos que cada vez se contemple con mayor frecuencia un futuro en el que el proceso de reproducción humana necesite cada vez más de la ayuda de procedimientos de reproducción asistida. Esto se debe fundamentalmente al retraso en la edad de procrear de la mujer y a la calidad desmejorada que se viene apreciando en el semen de los hombres, caracterizada por una poca concentración de espermatozoides, un menor porcentaje de movilidad de los y un mayor número de morfología anómala (Llavona, 2008).

La infertilidad en España.

Los organizadores del V Congreso Internacional sobre medicina reproductiva, planeado por el grupo IVI, han asegurado que la tasa de infertilidad de nuestro país se sitúa entre el 15 y el 17% de la población, con unas 800.000 parejas con problemas de infertilidad, y que la tendencia es creciente (EFE, 2013). Profesionales en este campo informan de que en España, la tasa de infertilidad ha aumentando en dos puntos desde el año 1999, por lo que se puede afirmar que su aumento es progresivo a medida que pasa el tiempo (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2009). Antonio Requena, el director médico del grupo IVI, ha destacado que el problema de la infertilidad no es anecdótico, remarcando que un 3% de los bebés de nuestro país nacen mediante técnicas de reproducción asistida (EFE, 2013). Siguiendo de la mano de los porcentajes, se sabe que de ese 10-20% de parejas con problemas de infertilidad al menos un 60% acabarán recurriendo a procedimientos

de reproducción asistida para poder concebir un hijo (Flores, Jenaro y Moreno-Rosset, 2008). Según los datos que cita el grupo IVI de la Sociedad Española de Infertilidad, cada año se hacen en España 50.000 tratamientos de fecundación in vitro y casi 30.000 de inseminación artificial (EFE, 2013).

Definición sobre infertilidad.

Se considera fundamental el uso de una buena terminología para que la investigación en este campo pueda tener un correcto avance, de ahí que nos detengamos por un momento a precisar el significado y la definición de infertilidad. En la literatura científica, existen numerosas definiciones de ésta, cada una con sus marcadas diferencias, pero se ha visto que la mayor parte de los profesionales de esta área coinciden a la hora de definirla como “la incapacidad de una pareja de lograr un nacimiento vivo tras un año de relaciones sexuales sin el uso de algún tipo de método anticonceptivo” (Flores et al., 2008; Parada, 2006; Watkins y Baldo, 2004).

La infertilidad como enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la infertilidad como una enfermedad, ya que reconoce el alcance global de este diagnóstico, haciendo énfasis en su repercusión en el área psicológica y social del paciente, yendo más allá de lo físico. Además, la OMS la incluye dentro del grupo de las enfermedades crónicas puesto que su diagnóstico y tratamiento provoca alteraciones emocionales muy parecidas a las de otras afecciones médicas, siendo evidente que posee unos matices que la diferencian del resto de padecimientos físicos: no se ve afectada la funcionalidad de ningún órgano, por lo que no presenta limitaciones físicas a quienes la padecen, no existe sintomatología ni dolor asociado, no supone una amenaza real a la propia vida del paciente y las parejas tienen la libertad de elegir si someterse o no a tratamiento, ya que la evolución de ésta no supone peligro alguno para la supervivencia (Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila, 2008). Sin embargo, cuando hacemos referencia a lo psíquico las implicaciones son otras, ya que las dificultades y los problemas en la reproducción son posibles desencadenantes de alteraciones emocionales y patologías psicológicas y psiquiátricas de gran consideración (Moreno-Rosset, 2000).

El aspecto psicológico en la infertilidad.

Relación entre lo psicológico y lo físico: el manejo de las emociones.

La salud de las personas es un proceso complejo que anda sustentando por un equilibrio bio- psico-social. Tanto la salud como la enfermedad son estados que se encuentran en equilibrio dinámico, se

dice que están co-determinadas por variables biológicas, psicológicas y sociales, todas ellas en constante mutación (Rodríguez, Del Pino y Alvaredo, 2011).

Las emociones son procesos psicológicos que tienen un papel adaptativo, frente a una amenaza a nuestro equilibrio físico o psicológico actúan para reestablecerlo. Sin embargo, en algunos casos, las emociones pueden tener grandes influencias en la contracción de enfermedades. Esta función adaptativa de la que hablamos va a depender de la evaluación que cada persona haga del estímulo que pone en peligro su equilibrio y de la respuesta que genere para afrontarlo.

En la literatura moderna, en varias de las revisiones, se hace referencia a cómo la salud física interviene en estados emocionales positivos pero poco se habla de la relación en sentido inverso. Según la OMS, más del 90% de las enfermedades tienen un origen psicosomático; afirmando que el manejo que tenemos de las emociones, las características de personalidad y la manera de lidiar con el estrés, conflictos, fracasos y frustraciones pueden potenciar o hacer que se desarrollen diversas enfermedades (Rodríguez et al., 2011).

Factores psicológicos e infertilidad.

Las complejas relaciones que existen entre los factores psicológicos y la fertilidad cada vez comienzan a ser más evidentes. En la literatura científica, el estrés está empezando a ser reconocido como un factor que en ocasiones tiene una influencia negativa en la capacidad reproductiva de los seres humanos, hasta el punto de que probablemente por lo que sabemos puede convertirse en determinante como elemento mediador en el caso de al menos un 5% de los problemas de esterilidad de origen desconocido (Moreno y Guerra, 2007).

Se ha demostrado que la disposición psicológica de los padres aspirantes tiene grandes influencias sobre su fertilidad. Factores psicológicos, como el estrés, pueden ser un factor causal de infertilidad (Lord y Robertson, 2005). Se ha visto que la fertilidad, tanto femenina como masculina, mejora con niveles de estrés más bajos (Campagne, 2008).

Centrándonos ahora en aspectos más biológicos, resaltar que si la secreción de los mediadores del estrés se mantiene a largo plazo, puede que produzcan sobrecarga alostática creando un cambio en la estabilidad de los sistemas fisiológicos importantes, provocando consecuencias negativas que afectan a la fertilidad (McEwen, 2005).

La repercusión del diagnóstico de infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida en el desajuste emocional.

Repercusiones psicológicas del diagnóstico de infertilidad.

Parece haber gran consenso entre los que estudian el impacto psicológico de la infertilidad, en que el descubrimiento de esta enfermedad supone una crisis importante en la vida de las personas implicadas. En muchos casos, el diagnóstico de infertilidad es vivido como una crisis vital (Maltsted, 1994 en Flores et al., 2008; Palacios y Jadresic, 2000) o una crisis de desarrollo, ya que es una noticia inesperada que pone en jaque los proyectos de vida de cada paciente y de la pareja. Muchos consideran la infertilidad una crisis multidimensional ya que afecta a todos los sistemas (individuo, pareja, familia, trabajo, relaciones sociales) y niveles (psicofisiológico, del sentido del self, de la relación con los otros), desencadenando a su vez una serie de emociones y sentimientos negativos que interfieren de manera considerable en la vida de las personas implicadas (Ávila y Moreno-Rosset, 2008).

En relación a la infertilidad, el dolor y la angustia son dos respuestas emocionales esperadas y comprensibles, ya que ésta puede considerarse como una pérdida por la pareja (Burns, 2007). Según Ávila y Moreno-Rosset (2008), la infertilidad puede ser 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. Detrás del deseo de tener un hijo las motivaciones que se encuentran en muchos casos tienen sus orígenes en aspectos profundos de los sujetos, como la propia identidad, que para verse completa debe incluir el aspecto de maternidad, siendo éste un aspecto muy valorado por la familia y la sociedad (Cruz, 2009). Además, la incapacidad de tener un hijo no sólo provoca frustración por el no cumplimiento del deseo y las expectativas de paternidad, sino que además supone un desafío a ese proyecto de vida que se tenía trazado (Llavona, 2008).

No debemos olvidar, que se tiende a pensar que la reproducción es un acto voluntario y no se suele contemplar las dificultades que pueden surgir en ella, viviendo convencidos de que el hecho de tener un hijo o no, depende sólo de la voluntad y del propio deseo de cada uno (Lalos, Lalos, Jacobsson y Von Schoultz, 1986). Como dice Llavona (2008): “la capacidad de procrear se presupone” (p.160). Cuando la potencia para procrear se convierte en un referente de virilidad o feminidad, el hecho de no poder tener hijos va a cuestionar la identidad personal, sembrando dudas sobre el grado de hombre o mujer que es cada uno. Este cuestionamiento puede modificar el concepto que se tenía de uno mismo y puede convertirse en el responsable de desencadenar pensamientos de desvalorización personal en las personas con problemas de infertilidad (Llavona, 2008).

Repercusiones psicológicas debido a los tratamientos de reproducción asistida.

Hoy día, nadie pone en duda la eficacia de los tratamientos de reproducción asistida. Sus éxitos quedan reflejados con profusión en los medios de comunicación y en los centros que la realizan. Sin embargo, es mucho menor la relevancia que tiene la seguridad de los tratamientos y sus posibles consecuencias sobre las mujeres y los nacidos, a corto y largo plazo. Claramente, en la actualidad, la eficacia de este tipo de intervención aparece con una mayor importancia que la seguridad (Marqueta et al., 2012). Lo que no se suele proclamar mucho es que las técnicas de reproducción asistida, si bien suponen una esperanza para la pareja que desea concebir, pueden convertirse también para muchas en un factor estresante (Muñoz, Kirchner, Forns, Peñarrubia y Balasch, 2009).

Ya en 1995, Bewley argumentaba que los riesgos físicos y mentales de estos tratamientos podían ser mayores que los beneficios. Hoy día, existe un gran número de estudios que evidencian el notable impacto psicológico de los tratamientos de infertilidad en la pareja y los altos niveles de ansiedad, depresión y estrés que aparecen durante los procedimientos de la tecnología reproductiva (Llavona, 2008). Se ha demostrado que el proceso que abarca afrontar un diagnóstico de infertilidad, someterse a los tratamientos de reproducción asistida y los intentos repetidos por conseguir un embarazo, constituye un periodo largo y estresante que sitúa a las parejas en riesgo de desarrollar problemas emocionales y de desajuste (Anderson, Sharpe, Rattray y Irvine, 2003; Fassino, Pierò, Boggie, Piccioni y Garzaro, 2002; Iribarne et al., 2003; Meller, Burns, Crow y Grambsch, 2002; Moreno-Rosset, 2000; Moreno-Rosset y Martín, 2008; Moreno-Rosset, Martín, Martín, Diéguez y Marchal, 2002; Moreno-Rosset, Martín, Martín, Marchal y Diéguez, 2002; Seibel et al., 2003; Smeenk et al., 2001; entre otros).

Se ha visto que el impacto o las exigencias de los tratamientos médicos de la infertilidad pueden alterar muchas de las facetas de la pareja. Incluso aunque culmine con éxito el tratamiento médico de fertilidad, las personas que lo han vivido pueden portar un *legado traumático* que marca un antes y un después de la intervención (Ávila y Moreno-Rosset, 2008). La alteración de la vida sexual de la pareja, el tratamiento farmacológico en ella, la extracción de espermatozoides en él, la llamada al laboratorio para saber si han prosperado o no los embriones y su posterior transferencia, la fase de espera de los resultados en la que el médico desaparece por completo dejando una sensación de abandono y desamparo después de las innumerables visitas, etc. son entre muchas otras, experiencias que afectan a toda persona que pasa por este proceso y que provocan alteraciones en su estado de ánimo (Moreno-Rosset, 2008).

También se debe dejar claro que, el hecho en sí mismo de la concepción por técnicas de reproducción, no es sinónimo de patología (Abraham de Cúneo, 2004). De las parejas infértiles

estudiadas, en lo que se refiere al ajuste o equilibrio emocional, la información que se obtuvo en la primera entrevista muestra que no se trata de una población clínica, la prevalencia de alteraciones psicológicas se ajusta a la de la población general. Sin embargo, es de destacar que alrededor de un 60% de mujeres que han comenzado los tratamientos de reproducción asistida presentan modificaciones en su estado anímico, solicitando ayuda profesional sólo un 3,2% de los casos (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2009). Estos mismos autores afirman que si bien la infertilidad no es una psicopatología, el diagnóstico y tratamiento con técnicas de reproducción asistida significa un proceso largo y estresante que provoca alteraciones emocionales como ansiedad y depresión, en un porcentaje elevado de parejas. Actualmente, cuando hablamos de la psicopatología que caracteriza a las parejas en reproducción asistida, la depresión y la ansiedad se han convertido en un tópico (Antequera et al., 2008). Pero se debe aclarar que esta sintomatología depresiva y ansiosa que aparece frente al diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida se encuadra mejor en el concepto de *Desajuste Emocional* que en el de alteración psicopatológica, entendiéndolo primero como “aquellas alteraciones que pueden presentarse a nivel emocional, fruto de la necesidad de hacer frente a un hecho estresante, que no reúnen las características ni los criterios necesarios para poder ser considerados trastornos psicopatológicos” (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores, 2008). Suele haber un incremento de estos problemas con los fracasos y repeticiones del tratamiento y suelen persistir a lo largo de toda la gestación (Verhaak, Lintsen, Evers y Braat, 2010). Por lo tanto, al demostrarse que la infertilidad y la participación en los tratamientos de infertilidad causan a menudo estrés y emociones negativas, debemos estar alertas al hecho de que los resultados de los tratamientos afecten de manera considerable a la salud mental de las mujeres estériles (Yli-Kuh et al., 2010).

Idiosincrasia, heterogeneidad y variables personales.

Los sujetos con problemas de infertilidad no constituyen un grupo homogéneo. Como se ha ido argumentando anteriormente, la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida generan un “carrusel de emociones” tanto positivas como negativas: al optimismo, la ilusión y a la esperanza que presentan las parejas cuando inician el tratamiento, le suceden la preocupación, la obsesión y casi la hipocondría mientras esperan los resultados, teniéndole que sumar muchas veces a esto la tristeza, la desilusión y la frustración cuando el tratamiento no ha culminado con éxito. Esta alternancia de emociones se repite con cada ciclo de tratamiento, y genera un desgaste emocional y un sufrimiento peculiar e idiosincrático de las parejas con problemas de infertilidad (Antequera et al., 2008).

Se ha visto ya numerosas veces que la forma en la que vive la pareja esta situación y el duelo por el que atraviesan son muy personales y dependen claramente de diferentes aspectos, como son la personalidad del paciente, el apoyo social que estos perciban, el ajuste marital, sus estrategias de afrontamiento, etc. (Jenaro et al., 2008). Las variables individuales, tales como la predisposición a la

ansiedad o la presencia de síntomas depresivos antes del tratamiento, son las que determinan tanto la aparición de estas alteraciones como la intensidad de las mismas (Ardenti, Campari, Agazzi y Battista, 1999). Además de las variables personales (como la edad, el género, la presencia de otros hijos, etc.) existen también variables médicas que median en el impacto y las consecuencias de la infertilidad, entre las que podemos encontrar: las características de la enfermedad y el tratamiento (diagnóstico específico, el tiempo que la pareja lleva intentándolo y el número de tratamientos recibidos) y la presencia de múltiples abortos (Antequera et al., 2008).

De entre todas las variables moduladoras comentadas, nos gustaría detenernos un poco más en especial en los *recursos adaptativos* de la persona, puesto que son los que más protagonismo van a tener en el estudio que estamos realizando. Cuando nos referimos a este término en este trabajo, se pretende hacer alusión al conjunto de *recursos personales* o rasgos de personalidad y a los *recursos interpersonales* o apoyo social. Estos recursos son los que ayudan a los sujetos a afrontar las situaciones e intentar mantener o recuperar el nivel de funcionamiento que presentaban en las distintas áreas vitales, antes de la aparición del suceso estresante. De entre los recursos personales, se deben destacar tres de ellos: la “personalidad resistente”, el optimismo y la percepción de control sobre los acontecimientos. Comenzando por la primera, la personalidad resistente se considera un patrón que provee de la necesaria motivación para afrontar situaciones de mucho estrés y transformarlas en una oportunidad de crecimiento. Este patrón de personalidad se conceptualiza principalmente por tres rasgos básicos: el compromiso (creencia de que es importante adoptar ante los acontecimientos una actitud activa y de vinculación con las personas de tu alrededor, independientemente de lo problemáticos o estresantes que puedan percibirse), el control (creencia de que se tienen los recursos necesarios para cambiar las circunstancias del exterior, sin que la pasividad o la desesperanza te invadan) y el cambio (entender los problemas y los acontecimientos estresantes como algo que forma parte de la vida y verlos como una oportunidad para el aprendizaje y el crecimiento personal). Siguiendo con las definiciones de estos recursos personales, el optimismo podría considerarse como la tendencia a esperar que aparezcan resultados o soluciones positivas en el futuro, y la sensación de control como la creencia de que el sujeto es capaz de tener cierto manejo o dominio sobre el entorno y las contingencias que surgen y no sucumbir a la sensación de vulnerabilidad ante lo incontrolable (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008).

La necesidad de la figura del psicólogo.

Algo que se sigue defendiendo a día de hoy es que las técnicas de reproducción asistida son de naturaleza médico-biológica. Aún prima el laboratorio y la tecnología en la lucha por resolver la infertilidad. Se debe reconocer que desde la medicina reproductiva cada vez se le está abriendo más paso a la psicología pero siempre dejando claro su papel secundario (Campagne, 2008). El relegar la

psicología a un segundo plano hace que se entre en conflicto con dos grandes argumentos. El primero de ellos es que se ha demostrado que las causas biológicas identificadas hasta la fecha explican sólo una parte de los tratamientos no exitosos. Se ha reconocido que factores psicológicos, como el estrés, tienen grandes influencias negativas sobre el resultado de los tratamientos de reproducción asistida (Lord y Robertson, 2005). Y el segundo es que si se ha demostrado que los tratamientos psicológicos se encuentran muy asociados a un aumento significativo de las concepciones post-tratamientos de fertilización asistida (Campagne, 2008; Guerra, 2007; Gutiérrez, 2007), entonces ¿porqué no aplicar la psicología como primera opción antes de que se tomen pasos más invasivos, como se han visto que son las técnicas de reproducción asistida?

Pero no sólo debemos defender la intervención psicológica porque se aumente el éxito de los tratamientos médicos sino también por la propia calidad de vida de estos pacientes, que sufren tanto o más que otros pacientes con enfermedades crónicas mortales. Reducir la infertilidad sólo a aspectos médicos o biológicos, y no cuidar sus implicaciones emocionales, llevaría a una situación de desatención de tal peligro que algunos autores incluso han llegado a hablar de negligencia (Kentenich, 2001).

Todos estos descubrimientos que se han ido viendo acerca de la intrínseca relación entre las emociones y la salud, podríamos aplicarlo al tratamiento, defendiendo una propuesta holística y no reducida a un enfoque biologicista, como vemos que se sigue haciendo en la actualidad (Rodríguez et al., 2011). El hecho de saber que la parte psicológica repercute en la biológica nos debería llevar a contemplar la salud reproductiva desde una perspectiva más integral, teniendo siempre presente que los aspectos mentales, emocionales y físicos de la infertilidad están entrelazados. Hoy día sería un error dudar de la existencia de una variedad de matices que entrecruza factores psicológicos con los fisiológicos. Gracias a investigaciones y trabajos anteriores sabemos que las emociones y el estrés tienen un gran impacto en muchos de los sistemas del cuerpo y que el sistema reproductivo no es ajeno a ello. Encarar sólo el aspecto somático en el tratamiento de la infertilidad es en el mejor de los casos, ineficiente, y en el peor ineficaz.

El desajuste psicológico, las estrategias de afrontamiento y la inteligencia emocional en personas infértiles.

La inteligencia emocional es algo que está muy en boga y que ha suscitado recientemente considerable atención en los medios de comunicación, libros y revistas. La literatura científica ha prestado especial interés en los últimos años al estudio de las diferencias individuales en la habilidad para procesar y utilizar la información emocional (Salguero, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, Castillo y Palomera, 2011). Mientras en el ámbito de la educación y de las organizaciones empiezan a abundar las

publicaciones sobre programas para mejorar la Inteligencia Emocional (o aspectos de ella), apenas existe información publicada respecto a la clínica y psicoterapia (Oberst y Lizeretti, 2004).

Aunque hoy día existen distintas aproximaciones teóricas a la inteligencia emocional (para una revisión ver Mayer, Salovey y Caruso, 2000), su definición más extendida procede del modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997). El modelo, cuyo foco se centra en las habilidades mentales que permiten utilizar la información de las emociones para mejorar el procesamiento cognitivo, define la *Inteligencia Emocional* como:

La habilidad para percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud; la habilidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para entender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual. (Mayer y Salovey, 1997, p.10).

Por tanto, la inteligencia emocional estaría compuesta por cuatro conjuntos de habilidades diferentes: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional, las cuales se establecen de forma jerárquica. Es decir, la primera de las habilidades (percepción emocional) se considera el nivel más básico de la jerarquía, el de menor complejidad aunque necesario para la consecución de habilidades superiores, mientras que la habilidad de mayor nivel (regulación emocional) será la más compleja, necesitando de cierto dominio de las habilidades anteriores para llegar a ésta. Por ello, en este trabajo queremos dirigir más la atención a ésta última. Cuando se habla de *Regulación Emocional*, nos referimos a la capacidad de abrirse a los sentimientos y de modularlos en uno mismo y en los demás, así como de promover la comprensión personal y el crecimiento (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009). Habilidad que consideramos clave para mantener cierta estabilidad psicológica en momentos tan críticos como son los que atraviesan estas mujeres infértiles en proceso de reproducción asistida.

Relacionando la inteligencia emocional con las estrategias de afrontamiento, en una revisión hecha por Martínez, Piqueras e Inglés (2011), las evidencias acumuladas hasta el momento indican que la inteligencia emocional juega un papel muy importante en el autocontrol emocional y en la capacidad adaptativa del individuo para afrontar situaciones estresantes. Se ha demostrado que la inteligencia emocional está implicada en la adecuada gestión de las emociones y es un factor determinante para la salud, siendo un buen predictor de la salud mental y física (Martínez, Piqueras y Ramos, 2010; Martins, Ramalho y Morin, 2010), facilitando el afrontamiento al estrés.

Respecto a las estrategias de afrontamiento que las mujeres infértiles ponen en marcha para afrontar los tratamientos de reproducción asistida, varias investigaciones evidencian que tienden a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas o evitativas y que experimentan un mayor desajuste emocional, con grandes sentimientos de culpa sobre la infertilidad (Anderson et al., 2003). De ahí que

estas mujeres se consideren un grupo en riesgo de experimentar sentimientos negativos hacia sí mismas y aislamiento (Pottinger et al., 2006). Carmen Moreno y su equipo concluyen que estas personas utilizan la inhibición emocional como defensa ante el intenso malestar que muchas veces experimentan (UNED, 2008).

En cuanto a la inteligencia emocional y el desajuste psicológico, hay estudios que argumentan que personas con una buena inteligencia emocional: capaces de percibir y comprender las emociones, asignar un significado a la experiencia emocional y regular sus sentimientos, tendrán una mejor adaptación psicológica, un menor desajuste emocional (Martorell, González, Rasal y Estellés, 2009; Ramos, Fernández-Berrocal y Extremera, 2007).

Objetivos, justificación e hipótesis.

Objetivos.

Una vez argumentadas las relaciones existentes entre estos aspectos, nos gustaría plantear como objetivo principal de esta investigación si existe relación entre un aspecto específico de la inteligencia emocional, concretamente el manejo de las emociones, y el desajuste emocional que se genera en las personas que se encuentran con un diagnóstico de infertilidad y están en tratamiento de reproducción asistida.

En un segundo plano, también sería interesante analizar si existe relación entre ese manejo emocional y los recursos personales e interpersonales de estas mujeres. Ya que se ha visto que son áreas que se encuentran gravemente afectadas por este diagnóstico y tratamiento de infertilidad y que, como defenderemos ahora en este siguiente apartado, guardan mucha relación con el desajuste e inteligencia emocional, encontrándose dentro de esta última el manejo o la regulación de las emociones.

Justificación.

La razón por la que queremos confirmar la estrecha relación existente entre el manejo de las emociones y el desajuste emocional y sus recursos adaptativos (recursos personales e interpersonales) en esta población concreta es para que la regulación de las emociones, y en general la inteligencia emocional, se tome como objetivo directo fundamental en la intervención terapéutica con este tipo de pacientes, sujetos a situaciones tan estresantes. Las razones concretas que se exponen y se argumentan a continuación, dan sentido y justifican el objetivo de esta investigación:

- Se ha visto que el trabajo en el manejo de las emociones, y en la inteligencia emocional en general, hace a las personas menos vulnerables al afecto negativo, protegiéndoles de un

desajuste psicológico (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006; Fernández-Berrocal y Extremera, 2006; Rude y McCarthy, 2003; véase Fernández-Berrocal y Extremera, 2007, para una revisión). Por lo que trabajando esto con los pacientes de esta población se podría hacer disminuir las *alteraciones emocionales* provocadas por la situación, viéndose beneficiada y mejorada la eficacia de los *tratamientos médicos* de fertilidad, como se comentaba un poco más arriba.

- También se sabe que la inteligencia emocional guarda mucha relación con áreas que se encuentran gravemente afectadas por la infertilidad. En cuanto a nivel *personal*, se ha demostrado que existe relación entre la inteligencia emocional y la autoestima (Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006) y que personas estables emocionalmente toleran mejor la frustración ya que son capaces de controlar los estados tensionales asociados a la experiencia emocional y su propio comportamiento en situaciones adversas (Bermúdez, Teva y Sánchez, 2003). Respecto a lo *interpersonal*, que como se ha visto con anterioridad se encuentra muy afectado en estos casos, diferentes investigaciones han constatado relaciones positivas entre la capacidad para manejar emociones, evaluadas con el Test de inteligencia emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT), y la calidad de las interacciones sociales (Lopes et al., 2004; Rossen y Kranzler, 2009). Personas con alta inteligencia emocional, concretamente manejo de las emociones, muestran unas competencias sociales muy buenas (Yip y Martin, 2006). Otro aspecto que merece ser atendido es el de las *relaciones de pareja*, teniendo la inteligencia emocional un papel bastante relevante (Brackett, Warner y Bosco, 2005), al igual que con el *rendimiento laboral* (Côte y Miners, 2006).

- Se ha demostrado que *la calidad de vida* de parejas infértiles es inferior a la de las parejas fértiles (Ávila, 1993; El Messidi, Al Fozan, Lin Tan, Farag y Tulandi, 2004; Robinson y Stewart, 1996) y que trabajando la inteligencia emocional se puede incidir en las *emociones positivas* y en el *bienestar psicológico*. Para apoyar esta idea, se han encontrado dos investigaciones en las que existen correlaciones positivas entre el MSCEIT y las subescalas de crecimiento personal y dominio del entorno de la escala de bienestar psicológico del Ryff (Brackett & Mayer, 2003; Brackett et al., 2006). Se ha visto también que el desarrollo de la inteligencia emocional, por un lado, puede incrementar el bienestar y la *felicidad* de las personas y, por otro, les ayuda a afrontar de forma más adaptativa situaciones difíciles incrementando la probabilidad de éxito y minimizando la de fracaso (Fernández-Berrocal, Berrios-Martos, Extremera y Augusto, 2012).

- Se afirma que las características de las personas *resilientes* pueden ser entrenadas, tales como la regulación de las propias emociones, lo cual podría dotarlas de recursos eficaces,

facilitando su adaptación a las situaciones estresantes, disminuyendo el impacto emocional de esos eventos y mejorando, en definitiva, su *satisfacción global con sus vidas* (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero y Ardilla-Herrero, 2012).

- Por último, se conoce que el impacto de un suceso estresante depende de la *interpretación o valoración* que se haga del evento como amenaza. La reacción emocional de ansiedad tenderá a ser más intensa y perjudicial para el individuo en la medida en que éste perciba que sus recursos para afrontar este peligro no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999). Por lo que si trabajamos con ellas ese manejo de las emociones y les hacemos ver la capacidad y los recursos que tienen para manejar la situación que les ha tocado vivir, podemos prevenir grandes desajustes psicológicos que de este otro modo se producirían con seguridad.

Hipótesis.

La hipótesis principal que se baraja en este estudio es que aquellas mujeres infértiles que se encuentran en tratamiento de reproducción asistida y tienen un pobre manejo en el área de las emociones presentarán un mayor desajuste emocional y a su vez obtendrán puntuaciones bajas en el área de los recursos personales e interpersonales.

Método

Participantes.

En este estudio participaron un total de 46 mujeres con diagnóstico de infertilidad pertenecientes al departamento de reproducción asistida de la clínica SERMAN de Jerez de la Frontera (Cádiz). La media de edad fue de 36,67 años (desviación típica = 5,52) con un rango de 19 a 46 años (Ver Tabla 1).

Instrumentos.

Manejo Emocional. Para medir el manejo emocional de las pacientes se utilizó la subescala de manejo emocional de la adaptación española del “**Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test**” (MSCEIT v.2.0, Mayer, Salovey y Caruso, 2001; adaptación española, Extremera y Fernández-Berrocal, 2002). El MSCEIT es un test diseñado para evaluar la inteligencia emocional entendida como una capacidad. Esto significa que no se trata de una medida de autoinforme sino que las respuestas representan aptitudes reales para resolver problemas emocionales, es decir, se trata de una prueba de habilidad. Aunque el MSCEIT evalúa cuatro factores correspondientes al modelo teórico de

Mayer y Salovey (1997): percepción emocional, asimilación emocional, comprensión emocional y regulación de las emociones propias y de los demás, en este estudio únicamente se empleó la subescala de manejo emocional utilizada para medir la regulación de las emociones. La habilidad para manejar emociones es evaluada en este test mediante una serie de escenarios en los que las personas deben elegir la manera más adaptativa de regular sus propios sentimientos (Automanejo emocional, sección D) y los sentimientos que surgen en situaciones sociales y con otras personas (Manejo social, sección H). Las propiedades psicométricas del MSCEIT v.2.0 y cada una de sus subescalas son adecuadas y su validez convergente y discriminante han sido demostradas de manera satisfactoria (Mayer et al., 2001). La versión castellana de este instrumento ha mostrado también propiedades psicométricas muy buenas (Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey, 2006). La versión española del MSCEIT tiene una fiabilidad de 0,95 en la puntuación total y los valores de fiabilidad en las ramas oscilan entre 0,76 (facilitación emocional) y 0,93 (percepción emocional), siendo de 0,85 la de manejo emocional, por lo que el MSCEIT se puede presentar como un instrumento altamente fiable tanto a nivel de puntuación total, como a nivel de ramas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009). La fiabilidad de la subescala para esta muestra concreta no pudo ser evaluada puesto que se trataba de una corrección automatizada. Respecto a las correlaciones obtenidas entre las tareas y ramas, en todos los casos han sido positivas y estadísticamente significativas, pudiéndose interpretar estos datos como evidencias a favor de la validez del test (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009).

Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos. Para medir tanto el desajuste emocional como los recursos de las participantes se utilizó el “**Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad**” (DERA, Moreno-Rosset et al., 2008). Este instrumento está compuesto por 48 ítems, 26 de los cuales corresponden a la escala de desajuste emocional y los otros 22 a los recursos adaptativos, con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que permite conocer el grado en que el sujeto considera falso o verdadero cada uno de los enunciados que se le presentan. Es el primer instrumento creado en España que aporta una medida fiable de la presencia o ausencia de desajuste emocional de los sujetos infértiles, ofreciendo al mismo tiempo información sobre sus recursos adaptativos, tanto personales como interpersonales. Este cuestionario, también se vio que poseía apropiadas cualidades psicométricas: el índice de consistencia interna de la escala mediante el procedimiento alfa de Cronbach, es de 0,85, lo que avala la fiabilidad de la escala considerada globalmente. Los cuatro factores que la integran explican el 56% de la varianza con valores propios comprendidos entre 2,74 y 1,01 y pesos de los ítems en cada factor entre 0,54 y 0,87 e índices de consistencia interna para las subescalas entre 0,23 y 0,90 (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2009). Examinando la fiabilidad para esta muestra concreta se ha obtenido, mediante el procedimiento alfa de Cronbach también, un índice de consistencia interna de 0,82 para el total del cuestionario y unos índices de consistencia interna para las subescalas entre 0,57 y 0,88. Entre los indicadores de su validez convergente, hay que destacar las elevadas correlaciones positivas entre la escala de recursos

adaptativos y las estrategias de afrontamiento activas, así como las correlaciones negativas con las estrategias de tipo evitativo (valoradas a través del Cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes, de Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor, 1992), y las correlaciones presentadas entre la escala de desajuste emocional y todos y cada uno de los factores y los indicadores de sufrimiento psíquico y psicosomático global y de intensidad somática del SCL-90-R (Moreno-Rosset, Ávila, Jenaro, Flores y Antequera, 2008).

Procedimiento.

La muestra estuvo compuesta por mujeres con diagnóstico de infertilidad que se encontraran en proceso de tratamiento de reproducción asistida, independientemente del tipo de técnica que se les estuviera aplicando (inseminación artificial, fecundación in vitro, ICSI, donación de semen y ovocitos, etc.) y del momento del tratamiento en el que se encontraran.

En este estudio se garantizó en todo momento la voluntariedad y el anonimato de las participantes, explicitando que los datos serían utilizados únicamente a nivel estadístico. Se contó con la aprobación tanto del centro médico como de las mujeres que participaron en el estudio.

Las pruebas fueron completadas durante la espera a sus consultas de ginecología y en presencia del investigador, teniendo su aplicación una duración aproximada de 20 minutos, aunque no existiera tiempo límite para completarlas. Además de la respuesta a los cuestionarios, se les pidió a las pacientes que informaran acerca de su edad, el tiempo que llevaban intentando quedarse embarazadas, el número de tratamientos recibidos y el mes del tratamiento en el que se encontraban, la presencia de otros hijos y la existencia de abortos anteriores, ya que se sabía que eran variables moduladoras del impacto de la infertilidad y de los tratamientos, y quizás podían aportar algún resultado interesante a las hipótesis ya planteadas, sobre todo en relación al manejo de las emociones.

Análisis de datos.

En esta investigación, el análisis de datos se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19, trabajando con un nivel de confianza del 95%, considerándose significativos aquellos valores de probabilidad inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

De las variables influyentes recogidas que acabamos de comentar, las relacionadas con el tratamiento médico (tiempo que llevan intentando quedarse embarazadas, número de tratamientos recibidos y mes del tratamiento en el que se encuentran) tuvieron que ser excluidas del análisis debido a la gran cantidad de valores perdidos que se encontraron.

En primer lugar, el análisis se inició con una fase descriptiva de los datos sintetizando la información en dos tablas. Una de ellas (Tabla 1), presenta las medidas estadísticas de las variables principales: Manejo emocional, Desajuste emocional, Recursos personales y Recursos interpersonales. En la otra tabla (Tabla 2) aparecen la frecuencia y los porcentajes de aquellas mujeres que cuentan con la presencia de otros hijos y de las que no, y de las que han sufrido abortos anteriores y de las que no. Seguido de esto, se efectuaron los análisis de la correlación de Pearson, primeramente para comprobar la relación que existía entre el Manejo de las emociones y el Desajuste emocional, y también para comprobar si había relación entre ese Manejo y los Recursos personales e interpersonales de estas mujeres. A su vez, se incluyó en este análisis la relación de la Edad, variable recogida como influyente, con todas las variables principales comentadas (Tabla 3), interesándonos sobre todo con el manejo emocional, ya que la relación con el resto de ellas es conocida por la literatura de estudios anteriores. Por último y siguiendo con las variables moduladoras, se llevaron a cabo pruebas *t* de Student para comparar las medias de las mujeres con o sin hijos en las variables examinadas (Tabla 4) y también para comparar las medias en estas variables de las mujeres que han sufrido aborto de aquellas que no (Tabla 5), volviendo a poner énfasis en la primera de las variables, manejo emocional, y asumiéndose en todas igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene.

Resultados

Análisis descriptivos.

Como se puede ver en la tabla 1, la media de las variables de manejo y desajuste emocional y los recursos personales e interpersonales de estas mujeres se encontraban todas en un nivel medio. Una puntuación media de 103,65 (D.T= 14,27) en manejo emocional en estas participantes significa que poseen habilidad suficiente para poder abrirse a los sentimientos y para modularlos en sí mismas y en los demás, así como para promover su comprensión personal y su crecimiento, desenvolviéndose en todo esto con cierto grado de éxito. Una puntuación media de 41,19 (D.T= 27,37) en desajuste emocional, situaba al total de mujeres en un nivel medio de desajuste, significando que lo más probable es que éstas presenten alteraciones a nivel emocional (p.ej., Ítem 19 del DERA: *Suelo cambiar de humor bruscamente*, Ítem 34 del DERA: *Ahora lloro más de lo normal*), fruto de la necesidad de hacer frente a un hecho estresante, pero que en cierto modo pueden ser capaces de mantener la estabilidad y preservar su equilibrio personal ante esta situación en la que se encuentran. A su vez, los recursos personales de la media de estas mujeres se encontraban también en un nivel medio (M= 46,54; D.T= 30,85), significando esto que en algunos momentos tienen adecuados niveles de confianza en sí mismas que les ayudan a mantener una actitud activa ante los problemas, intentando abordarlos y analizarlos desde distintos puntos de vista, confiando positivamente en la influencia que

sus propios comportamientos pueden ejercer en la resolución del conflicto (p.ej., Ítem 47 del DERA: *Puedo contribuir a la probabilidad de conseguir mi objetivo a través de las cosas que hago o las acciones que emprendo*). Pero a su vez, en ocasiones de mayor debilidad, tienden a abandonar la lucha activa, dejándose llevar por los acontecimientos, con poca flexibilidad conceptual en el análisis de estos y abandonando la búsqueda de soluciones alternativas (p.ej., Ítem 21 del DERA: *Si fracaso en algo, lo intento de nuevo hasta conseguirlo*). Por último, respecto a los recursos interpersonales, al igual que con los personales, la media de estas mujeres se encontraba en un nivel medio con una puntuación de 58,24 (D.T= 27,36). Esto indica que disponen de una red social y de interacciones medianamente aceptable a la que pueden hacer partícipe de sus problemas, sintiendo que ésta puede ayudarles a resolverlos y en la que se sienten valoradas (p.ej., Ítem 17 del DERA: *Mis amigos y yo somos muy importantes los unos para los otros*), pero en la que también en ocasiones, sienten cierta desconfianza que les impide solicitar su ayuda o apoyo (p.ej., Ítem 38 del DERA: *Generalmente confío en los demás y en sus intenciones*).

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas, máximos y mínimos de las variables cuantitativas del estudio.

Variables	N	M	DT	Mínimo	Máximo
Manejo Emocional	46	103,65	14,27	75,00	128,00
Desajuste Emocional	46	41,19	27,37	1,00	96,00
Recursos Personales	46	46,54	30,85	1,00	97,00
Recursos Interpersonales	46	58,24	27,36	1,00	99,00
Edad	46	36,67	5,52	19,00	46,00

En la tabla 2 aparecen la frecuencia y los porcentajes de las 46 mujeres que contaban con la presencia de otros hijos y de las que no y también de aquellas que habían sufrido algún aborto con anterioridad y de aquellas que no.

Tabla 2. Medias, Frecuencias y Porcentajes de las variables cualitativas recogidas en el estudio.

	M	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de otros hijos	1,22		
No		36	78,3%
Sí		10	21,7%
Abortos anteriores	5,54		
No		31	67,4%
Sí		3	28,3%
Valores perdidos		2	4,3%
N total		46	

Correlaciones y comparación de medias.

Con el objetivo de contrastar las hipótesis principales planteadas al inicio del estudio, se elaboró la matriz de correlaciones que se presenta en la tabla 3. En ella se puede comprobar que el nivel de manejo emocional correlacionó de forma significativa con la variable desajuste emocional, presentando un patrón de relación negativa (Pearson, $n = 46$; $r = -0,31$; $p = 0,03$). Esto quiere decir que, aquellas mujeres que mostraron un nivel bajo en el manejo de las emociones presentaron niveles mayores de desajuste emocional. En este estudio, a pesar de su significación, la relación entre estas dos variables fue pequeña ($r^2 = 0,10$), hallándose un coeficiente de determinación del 10%. Por otro lado, no se encontraron correlaciones significativas entre el manejo emocional y los recursos adaptativos de estas mujeres, ni personales ni interpersonales.

Tabla 3. Correlaciones de las variables recogidas en el estudio.

	1	2	3	4	5
1. Desajuste Emocional	--				
2. Recursos Interpersonales	0,01	--			
3. Recursos Personales	-0,09	0,28	--		
4. Manejo Emocional	-0,31*	0,19	0,02	--	
5. Edad	-0,39*	0,16	0,08	0,11	--

* $p < 0,05$.

A continuación se pasó a estudiar la relación de las variables moduladora recogidas (edad, presencia de otros hijos y experiencias de abortos anteriores) con las variables principales del estudio (manejo emocional, desajuste emocional, recursos personales e interpersonales), poniéndose énfasis en la primera ellas, el manejo emocional. Comenzando por la edad, respecto al manejo de las emociones no se encontró ningún resultado significativo, destacando sin embargo en la tabla 3 la correlación significativa con el desajuste emocional (Pearson, $n = 46$; $r = -0,39$; $p = 0,01$). El patrón de correlación que presentaron fue negativo, lo que indica que a medida que aumentaba la edad en estas mujeres, el nivel de desajuste emocional que presentaban era menor. El coeficiente de determinación fue del 15% ($r^2 = 0,15$), por lo que la correlación significativa entre estas variables también se puede decir que fue más bien pequeña. Las tablas 4 y 5 sirvieron para reflejar las diferencias entre los grupos de mujeres respecto a las variables principales estudiadas, pero como se puede comprobar, no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres con hijos o aquellas que hubieran sufrido abortos previamente de aquellas que no, respecto al manejo y desajuste emocional y los recursos personales e interpersonales.

Tabla 4. Comparación de medias entre las mujeres que tienen hijos y aquellas que no.

Variables	Sin hijos (N=36)		Con hijos (N=10)		t-Student		
	M	DT	M	DT	t	gl	p
Desajuste Emocional	41,89	26,43	38,70	31,96	0,32	44	0,75
Recursos Interpersonales	59,55	28,94	53,50	21,35	0,61	44	0,54
Recursos Personales	49,75	30,14	35,00	32,22	1,35	44	0,18
Manejo Emocional	102,72	14,80	107,00	12,26	-0,84	44	0,41

Tabla 5. Comparación de medias entre las mujeres que han sufrido abortos y aquellas que no.

Variables	No abortos (N=31)		Sí abortos (N=13)		t-Student		
	M	DT	M	DT	t	gl	p
Desajuste Emocional	38,06	29,42	46,92	23,73	-0,96	42	0,34
Recursos Interpersonales	57,22	27,22	60,77	29,34	-0,38	42	0,70
Recursos Personales	42,00	30,80	57,61	29,35	-1,55	42	0,13
Manejo Emocional	105,93	13,97	98,08	12,57	1,75	42	0,09

Discusión y Conclusiones

El objetivo principal de esta investigación es ver si existe relación entre el manejo de las emociones y el desajuste emocional que se genera en las mujeres que se encuentran con un diagnóstico de infertilidad y están en tratamiento de reproducción asistida, así como ver si correlaciona esa regulación emocional con los recursos personales e interpersonales de estas personas. Esperándose que aquellas mujeres con un pobre manejo en el área de las emociones presenten un mayor desajuste emocional y puntuaciones bajas en el área de los recursos personales e interpersonales.

A tenor de los resultados, podemos indicar que por lo general aquellas mujeres que presentan un bajo manejo de las emociones tienden a mostrar mayores niveles de desajuste emocional. Cuando hablamos de mujeres con un nivel pobre de manejo emocional, nos estamos refiriendo a personas que en lugar de sentir las emociones las reprimen, no incorporándolas en los procesos de toma de decisiones y solución de problemas. También se caracterizan por actuar sobre los sentimientos sin pensar, en lugar de trabajar con ellos de forma reflexiva. No permiten que las emociones participen en el pensamiento y tampoco toleran que su pensamiento incluya las emociones. A su vez, mujeres con puntuaciones altas en desajuste emocional, significa que suelen presentar emociones negativas que les generan un estado de discomfort e incrementan su vulnerabilidad a situaciones estresantes, ante las que

pueden adoptar una actitud pesimista. Estas mujeres suelen tener sintomatología cognitiva, motora o fisiológica propia de los estados emocionales negativos, así como sentimientos de inseguridad sobre su capacidad para afrontar exitosamente los problemas.

Por otro lado, a pesar de que la literatura nos confirme la estrecha relación que existe entre la inteligencia emocional y los recursos adaptativos, en este estudio no se encontraron correlaciones significativas entre el manejo emocional y los recursos personales e interpersonales de estas mujeres. Quizás este resultado se puede achacar al pequeño número de sujetos por el que está compuesta la muestra o puede ser debido a los instrumentos de medida utilizados. Respecto a esto último, es cierto que no se ha podido calcular la fiabilidad de esta subescala del cuestionario de inteligencia emocional para esta muestra concreta, ya que se contaba con una corrección automatizada de esta, pero como se justifica en apartados anteriores, el cuestionario y sus escalas cuentan con propiedades psicométricas lo suficientemente buenas para ser utilizado en numerosos estudios. Siguiendo en relación a esto, debemos destacar que se pretende medir la correlación entre una variable estable o rasgo de personalidad, como es el manejo emocional, y el desajuste emocional y los recursos personales e interpersonales ligados a una situación o estado específico como es el de la infertilidad y tratamiento de reproducción asistida. Es cierto que muchas de las pacientes que acudían a la consulta ginecológica, donde se les pedía que contestaran a los cuestionarios, se encontraban en situaciones muy precarias y angustiosas en ese momento (como hemorragias o dolores muy fuerte e inusuales), por lo que nos preguntamos si esta subescala de manejo emocional es lo suficientemente fiable para no verse afectada o alterada por la situación de infertilidad y tratamiento por la que están atravesando las participantes. Por todo esto, consideramos necesaria la elaboración de instrumentos de evaluación específicos que definan de forma operativa los constructos evaluados y avanzar a su vez en la validación de los ya existentes.

Respecto a la edad, presencia de otros hijos y existencia de abortos anteriores, recogidas como variables influyentes en el impacto de la infertilidad y los tratamientos, no se han encontrado resultados significativos en relación al manejo emocional, por lo que no se puede hacer ninguna aportación en relación a esto. En cuanto a las otras variables (desajuste emocional, recursos personales y recursos interpersonales), destacar como resultado inesperado la correlación negativa significativa que ha aparecido entre el desajuste emocional y la edad de estas mujeres. Ya que según la literatura, en el campo de la reproducción asistida, la variable sociodemográfica edad, o mejor dicho el tiempo y su transcurso, se convierte en un potente estresor. Estas personas son completamente conscientes que a medida que incrementan sus años, su fertilidad biológica disminuye por lo que el devenir del tiempo, especialmente en la mujer, se convierte en un factor que incrementa mucho sus niveles de estrés (Antequera et al., 2008; Moreno-Rosset et al., 2009). Este sorprendente resultado podría argumentarse a través de las dos influencias opuestas que existen en relación a la edad en este tipo de personas con

problemas de infertilidad. Por un lado, se sabe que en la población general, a medida que avanzan los años el desequilibrio emocional que se produce es menor, pero en el caso de las personas de esta población concreta, ocurre lo contrario, el aumento de edad y el paso del tiempo se convierten en grandes potenciales del desajuste emocional. Por lo que el resultado aquí probablemente es una mezcla de estas dos influencias prevaleciendo en este estudio el peso de la primera. Antes de pasar a comentar otro aspecto del estudio, destacar el alto número de valores perdidos que se han recogido en las variables moduladoras relacionadas con el tratamiento médico (tiempo que llevan intentando quedarse embarazadas, número de tratamientos recibidos y mes del tratamiento en el que se encuentran) y que nos han llevado a tenerlas que sacar del análisis. Por un lado ha podido ser debido a la falta de precisión en la pregunta pero también por el abanico tan amplio de respuestas que pueden darse debido a la diversidad e idiosincrasia de los casos que existen en este campo.

En relación al género, la razón por la que no se ha contemplado como variable y se le ha dado únicamente protagonismo a la mujer, ha sido por el hecho de que en éstas la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa es mayor que en el género masculino (Antequera et al., 2008). Esta diferencia se debe principalmente a que las mujeres presentan mayores ideas obsesivas sobre la gestación y la concepción y a que suelen encontrar mayores dificultades para aceptar la idea de que una pareja sin descendencia constituye igualmente una familia. Además son ellas las que sufren en su cuerpo las intervenciones médicas agresivas, como las hormonales o las ginecológicas, y esto las convierte en más vulnerables a sufrir ansiedad y desajuste en esta etapa. A su vez, existen evidencias de que las mujeres presentan niveles más altos de atención hacia las emociones que los hombres, pero que a su vez emplean estrategias de afrontamiento inadecuadas, a diferencia de estos, que por lo general, se caracterizan por tener una mayor capacidad de autorregulación emocional ante situaciones de estrés (Martínez et al., 2011).

También se considera importante dejar constancia de las numerosas limitaciones con las que nos hemos ido encontrando a la hora de conseguir muestra para este estudio. El principal problema ha sido que en la mayoría de las clínicas de reproducción asistida a día de hoy siguen sin tener profesionales del campo de la psicología trabajando con ellos y el hecho de evidenciar con nuestros resultados el desajuste emocional que presentan sus pacientes debido al tratamiento y al proceso por el que están atravesando era uno de los inconvenientes y motivo de más peso para no permitirnos que estas mujeres colaboraran en la investigación. Pero sacándole el lado positivo, esto nos ha servido como argumento para reforzar nuestro objetivo primordial: concienciar a los profesionales de este campo de que una buena práctica en las clínicas de infertilidad y los servicios de reproducción asistida implica algo que va más allá de unos buenos tratamientos médicos. Consideramos de suma importancia que incorporen a sus estrategias rutinarias de intervención los aspectos psicológicos con los que cargan los pacientes que usan su servicio. Que a aquellas parejas que presenten dificultades en

la reproducción y se vean en la necesidad de recurrir a tratamientos de fertilización, se les brinde la posibilidad de una orientación, un apoyo psicológico especializado y/o intervenciones psicoterapéuticas.

Siguiendo en esta línea, los resultados del estudio aportan evidencias sobre la importancia que el manejo emocional tiene a la hora de predecir el desajuste emocional de estas mujeres infértiles en tratamiento de reproducción asistida. Por lo que consideramos que el manejo de las emociones es un aspecto clave a trabajar en la intervención, para que así los miembros de la pareja sufran el menor desajuste emocional posible, aceptando la infertilidad aunque les cueste trabajo y les cause dolor. Pero antes de nada, se debe aclarar que cuando hablamos de manejo emocional, nos estamos refiriendo a que el sujeto, en los momentos apropiados, “vivencie el sentimiento” en lugar de reprimirlo y lo utilice para tomar mejores decisiones, que trabaje con los sentimientos de forma reflexiva, en lugar de actuar sobre ellos sin pensar. Manejar las emociones con éxito a menudo implica el ser consciente, aceptar y utilizar las emociones en la solución de problemas. Cuando se pregunta a pie de calle en nuestra sociedad qué es la regulación emocional, ésta suele ser entendida como la represión de las emociones o la racionalización de las mismas. Sin embargo, manejar las emociones implica la participación de éstas en el pensamiento. Para que la regulación emocional se sitúe en un nivel óptimo, las emociones no deberán estar completamente minimizadas ni eliminadas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009). Los resultados obtenidos aquí pueden servir de apoyo empírico y de impulso para crear programas de intervención y prevención, centrados en el entrenamiento del manejo de las emociones, con el objetivo de disminuir el desajuste emocional de estas mujeres y mejorar su bienestar y los tratamientos médicos de reproducción. La habilidad de manejar las emociones es susceptible de ser entrenada, desarrollada y mejorada. Desde esta perspectiva, la mejora de esta competencia puede ser un aspecto importante para aquellos programas dirigidos a prevenir y reducir los problemas psicológicos y emocionales en este campo.

Planteando futuras líneas de investigación, al tratarse de un campo tan reciente y tan poco investigado, existen innumerables ideas que abordar que necesitan de un esfuerzo por parte de los investigadores. Siguiendo un poco este camino en relación con la inteligencia emocional, tan en boga actualmente, sería interesante ver si existe relación entre el conocimiento emocional (una de las ramas del MSCEIT, comprensión emocional) y la crisis de pareja en personas con problemas de infertilidad, ya que se ha visto que es una área muy afectada por esta situación y que el entrenamiento en inteligencia emocional en general puede ayudar a que disminuya.

Saliéndonos un poco de esto, como trabajo futuro, también consideramos que sería interesante adentrarnos en el área de la psicoperinatalidad y estudiar cómo afecta todo este desajuste emocional provocado por el diagnóstico y los tratamientos médicos de reproducción asistida a la parentalidad y la

repercusión que puede tener eso en el niño y en su psicopatología. La psicología perinatal abarca desde el momento en el que se planea el embarazo hasta la crianza durante los primeros años de vida del bebé, y por ello está orientada a la prevención y detección de psicopatologías en el niño y en los padres y a la intervención psicológica de estos. Sabemos de sobra la importancia de las experiencias y vivencias del bebé en los primeros años de la vida para la organización del cerebro, del psiquismo humano y de la estructuración de la personalidad. Conocemos la repercusión del vínculo y de las respuestas que el niño obtiene en las relaciones que establece con el exterior. Desde esta certeza, debemos pensar en cómo cuidar todo lo relacionado con la salud de la madre y del recién nacido, así como de la familia durante este importante período. En España existe una demanda en precario, un vacío importante en la sanidad, un cuidado y una atención sin cubrir lo suficiente en este período de la vida y por tanto, el objetivo sería tratar de complementar el trabajo médico con la psicología perinatal, aportando una comprensión diferente acerca de lo que un nacimiento significa. Desde la interdisciplinariedad, los profesionales debemos sostener al bebé, acompañar su nacimiento psicológico y el de su familia en este proceso y durante este momento vital. Se trata de incluir la dimensión psicológica detectando las dificultades e interviniendo preventivamente para favorecer el progreso sano del embarazo, el nacimiento y la vinculación temprana.

Al estar viviendo procesos de transformaciones sociales en las últimas décadas que están suponiendo un orden diferente en cuanto a la concepción, sería de suma importancia ahondar y cuidar todo lo relacionado con la concepción, embarazo, parto, post parto y primera infancia. En un especial sobre paternidad, la revista *Science*, pone de manifiesto lo que muchos expertos ya saben: “que en el campo de la reproducción asistida no ha habido mucha experimentación previa y hay efectos que pueden no conocerse única y exclusivamente porque aún no hay una muestra suficiente para ser analizada” (Iriberry, 2014). Antonio Requena, director médico del Grupo IVI, asegura que “la etapa preconcepcional tiene una gran influencia sobre los resultados del embarazo y sobre el estado de salud a largo plazo, por lo tanto debe ser tenida en cuenta a la hora de planificar tratamientos de fertilidad” (EFE, 2013). Estas palabras nos llevan a querer hacer más énfasis en la necesidad de una intervención psicológica precoz, desde el primer momento en el que se conoce el diagnóstico de infertilidad, recalcando la importancia de tratar lo antes posible todo este manejo de emociones y las pérdidas pasadas que reaparecen a raíz del sentimiento de pérdida debido a la infertilidad (Guerra y Tirado, 2009). En todo esto, no debemos perder de vista el actuar con tacto y sensibilidad con estas personas, teniendo en cuenta que el primer paso que se requiere es que reconozcan y acepten la necesidad de la intervención de otros en un proceso que siempre habían imaginado como cosa de dos.

Referencias

- Abraham de Cúneo, L. (2004). La maternidad y la paternidad a la luz de las técnicas de fecundación asistida. *Archivos argentinos de pediatría*, 102 (5), 394.
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A. y Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of psychosomatic research*, 54 (4), 353-355.
- Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. y Ávila, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 167-175.
- Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L. y Battista, G. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction* 14 (12), 3126-3132.
- Ávila, A. (1993). Estrés y procesos psicológicos en la infertilidad humana. En J. Buendía Vidal. *Estrés y Psicopatología* (pp.181-200). Madrid: Pirámide.
- Ávila, 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.
- Bermúdez, M. P., Teva, I. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica Bogotá (Colombia)*, 2 (1), 27-32.
- Bewley, S. (1995). In vitro fertilisation is rarely successful in older women. *British Medical Journal*, 310 (6992), 1457.
- Brackett, M. A. y Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1147-1158.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N. y Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 780-95
- Brackett, M. A., Warner, R. M. y Bosco, J. (2005). Emotional intelligence and relationship quality among couples. *Personal Relationships*, 12, 197-212.
- Burns, L.H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30 (4), 689-716.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1999) Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5 (2-3):129-43.
- Campagne, D. M. (2008). El estrés: ¿en qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse? *Papeles del psicólogo*, 29 (2), 197-204.
- Côté, S. y Miners, C. T. (2006). Emotional intelligence, cognitive intelligence, and job performance. *Administrative Science Quarterly*, 51, 1-28.

- Cruz Parra, J. (2009). Duelos en Reproducción Asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción*, 2ª parte, 67-72.
- EFE. (5 de abril del 2013). La tasa de infertilidad llega al 17 por ciento de la población y seguirá al alza. *EFE salud. Mujer e infancia*. Recuperado de <http://www.efesalud.com/noticias/la-tasa-de-infertilidad-llega-al-17-por-ciento-de-la-poblacion-y-seguira-al-alza/>
- El Messidi, A., Al Fozan, H., Lin Tan, S., Farag, R. y Tulandi, T. (2004). Effects of repeated treatment failure on the quality of life of couples with infertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26 (4), 333-336.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Adaptación al castellano del Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): User's Manual. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Validity and reliability of the Spanish versions of the Ruminative Response Scale-Short Form and the Distraction Responses Scale in a sample of high school and college students. *Psychological Reports*, 98, 141-150.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). *MSCEIT. Test de inteligencia emocional Mayer-Salovey-Caruso*. Manual. 113 páginas. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Salovey, P. (2006). Spanish Version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Version 2.0: Reliabilities, Age, and Gender Differences. *Psicothema*, 18, 42-48.
- Fassino, S., Pierò, A., Boggie, S., Piccioni, V. y Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17 (11), 2986-2994.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. y Pizarro, D. A. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16-27.
- Fernández-Berrocal, P., Berrios-Martos, M. P., Extremera, N. y Augusto, J. M. (2012). Inteligencia emocional: 22 años de avances empíricos. *Psicología Conductual*, 20 (1), 5-13.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006). Emotional intelligence and emotional reactivity and recovery in laboratory context. *Psicothema*, 18, supl., 72-78.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2007). Inteligencia emocional y salud. En J.M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Eds.), *Manual de Inteligencia emocional* (pp.173-187). Madrid: Ed. Pirámide.
- Flores, N., Jenaro, C. y Moreno-Rosset, C. (2008). Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 205-212.
- Guerra, D. (2007). Por qué unas guías de consejo, apoyo e intervención psicológica al paciente en medicina reproductiva asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproductiva asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, número monográfico, 3-9.

- Guerra, D. y Tirado M^a. M. (2009). Intervención psicológica en medicina reproductiva. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción, 1^a parte*, 29-46.
- Gutiérrez, K. (2007). Intervención psicológica grupal en reproducción humana asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproductiva asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, número monográfico, 47-54.
- Iribarne, C., Mingote, C., Denia, F., Martín, A. C., Ruiz, J. A. y De la Fuente, P. (2003). Alteraciones emocionales en mujeres infértiles. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 65*, 78-88.
- Iriberri, A. (2014, 15 de agosto). Lo que queda por saber de la fecundación "in vitro". *El Mundo*. Recuperado el 27 de agosto 2014, en: <http://www.elmundo.es/salud/2014/08/15/53ed0112ca4741e4748b459a.html>
- 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.
- Kentenich, H. (2001). Introduction. Guidelines for counselling in infertility, 6-9 [versión electrónica]. *European Society of Human Reproduction and Embryology: Human Reproduction, 16*, 1301-1304.
- Lalos, A., Lalos, O., Jacobsson, L. y Von Schoultz, B. (1986). Depression, guilt and isolation among infertile women and their partners. *Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 5*, 197-206.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M. J. y Ardilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología Conductual, 20*, 183-196.
- Llavona, L. M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo, 29* (2), 158-166.
- Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J., Schütz, A., Sellin, I. y Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 1018-1034.
- Lord, S. y Robertson, N. (2005). The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23* (4), 319-332.
- Marqueta, F. J., Torres, M., Roses, A., Roig, C., De Kesserü, G., Marqueta, L. y Arnott, I. (2012). Complicaciones de las técnicas de reproducción asistida. *Revista americana de fertilidad, 29*(1), 23-27.
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A. e Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de motivación y emoción, 14* (37).
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A. y Ramos, V. (2010). Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 21*, 8 (2), 861-890.

- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49 (6), 554-564.
- Martorell, C., González, R., Rasal, P. y Estellés, R. (2009). Convivencia e inteligencia emocional en niños en edad escolar. *European Journal of Education and Psychology*, 2(1), 69-78.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D.J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. En R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2001). Technical Manual for the MSCEIT v. 2.0. Toronto. Canada: MHS Publishers.
- McEwen, B.S. (2005). Stressed or stressed out: What is the difference? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30 (5), 315-318.
- Meller, W., Burns, L. H., Crow, S. y Grambsch, P. (2002). Major depression in unexplained infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23 (1), 27-30.
- Moreno, A. y Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción*, 1ª parte, 11-17.
- Moreno-Rosset, C. (2000). Ansiedad y Depresión: Principales trastornos asociados a la infertilidad. *Informació Psicològica*, 73, 12-19.
- Moreno-Rosset, C. (2008). Infertilidad y psicología de la reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 154-157.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). DERA. *Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad*. Madrid: TEA.
- 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, A., Jenaro, C., Flores, N. y Antequera, R. (2008). "Utilización del DERA en la evaluación de correlatos emocionales de la infertilidad" (Comunicación presentada en el Simposio sobre "Ansiedad y estrés en infertilidad" del VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Benidorm (Alicante), septiembre 2008. Actas de Congreso, pág. 146.
- Moreno-Rosset, C. y Martín, M^a. D. (2008). Características de la ansiedad en parejas infértiles y fértiles. *Ansiedad y Estrés*. (En prensa).

- Moreno-Rosset, C. Martín, A., Martín, M^a. D., Diéguez, N. y Marchal, A. (2002). Evaluación de la ansiedad en parejas infértiles con el ISRA-B. Comunicación presentada al *IV Congreso Internacional de la Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS)*. Benidorm (Alicante).
- Moreno-Rosset, C. Martín, A., Martín, M^a. D., Marchal, A. y Diéguez, N. (2002). Evaluación del estado de ánimo depresivo en parejas infértiles. Comunicación presentada al *IV Congreso Internacional de la Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS)*. Benidorm (Alicante).
- Muñoz, D., Kirchner, T., Forns, M., Peñarrubia, J. y Balasch, J. (2009). Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de fecundación in vitro (FIV). *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 99-105.
- Oberst, U. y Lizeretti, N. P. (2004). Inteligencia emocional en psicología clínica y en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 60 (4), 5-22.
- 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.
- Parada, L. M. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Revista Diversitas*, 2 (1).
- Pottinger, A. M., McKenzie, C., Fredericks, J., DaCosta, V., Wynter, S., Everett, D. y Walters, Y. (2006). Gender differences in coping with infertility among couples undergoing counselling for In Vitro Fertilization treatment. *The West Indian Medical Journal*, 55 (4), 237-242.
- Ramos, N., Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2007). Perceived Emotional intelligence facilitates Cognitive-Emotional Processes of Adaptation to an Acute Stressor. *Cognition y Emotion*, 21, 758-772.
- Robinson, G. E. y Stewart, D. E. (1996). The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 168-172.
- Rodríguez, P. M., Del Pino, D. A. y Alvaredo, R. B. (2011, 15 de agosto). De lo psicológico a lo fisiológico en la relación entre emociones y salud. *Revista Psicología Científica.com*, 13(13). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/relacion-emociones-y-salud>
- Rossen, E. y Kranzler, J. H. (2009). Incremental Validity of the Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test Version 2.0 (MSCEIT) after controlling for personality and intelligence. *Journal of Research in Personality*, 43, 60-65.
- Rude, S. S. y McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R. y Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4 (2), 143-152.

- Seibel, D., Lobo, D. S., Motta, E.L., Kotecki, J. A., Fuentes, D. y Serafini, P. C. (2003). Assessment of anxiety in women undergoing In Vitro Fertilization (IVF) by the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Fertility and Sterility*, 80 (Suppl. 3), S242.
- Smeenk, J. M., Verhaak, C. M., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, G. A. y Braat, D. D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16 (7), 1420-1423.
- UNED. (28 de noviembre del 2008). Las mujeres afrontan peor que los hombres los problemas relacionados con la infertilidad. UNED información. Recuperado de http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,644264&_dad=portal&_schema=PORTAL&id_noticia=947
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M., Evers, A. W. y Braat, D. D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25(5), 1234-40.
- Watkins, K. J. y Baldo, T. D. (2004). The Infertility Experience: Biopsychosocial Effects and Suggestions for Counselors. *Journal of Counseling and Development*, 82 (4), 334-402.
- Yip, J. A. y Martin, R. A. (2006). Sense of humor, emotional intelligence, and social competence. *Journal of Research in Personality*, 40, 1202-1208.
- Yli-Kuha, A. N., Gissler, M., Klemetti, R., Luoto, R., Koivisto, E. y Hemminki, E. (2010). Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Human Reproduction*, 25(8), 2018–2023.