

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos



TESIS DOCTORAL

**Ajuste emocional, afectos, alexitimia y recursos
adaptativos en infertilidad: Un estudio comparativo con
personas fértiles**

María Flor del Castillo Aparicio
Licenciada en Psicología

Directoras:

Dra. Carmen Moreno Rosset
Dra. Isabel M. Ramírez Uclés

2015

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos



TESIS DOCTORAL

**Ajuste emocional, afectos, alexitimia y recursos
adaptativos en infertilidad: Un estudio comparativo con
personas fértiles**

María Flor del Castillo Aparicio
Licenciada en Psicología

Directoras:

Dra. Carmen Moreno Rosset
Dra. Isabel M. Ramírez Uclés

2015

*A Diego,
mi hijo,
mi luz,
mi motor,
mi corazón.*

AGRADECIMIENTOS

Principalmente quiero agradecer a las dos directoras de esta Tesis: Carmen Moreno Rosset e Isabel Ramírez Uclés, por su acompañamiento, generosidad, apoyo, orientación y cariño. Un trabajo de esta índole no es posible sin dos ángeles de la guarda constantemente a tu lado. Aquí quiero mencionar también a Paco, a Javier y al pequeño Javi que generosamente han cedido parte de su tiempo familiar, para que diéramos existencia a este proyecto. Muchas Gracias Alberto Torres, de la editorial Sanz y Torres, que de una manera espléndida has dado cuerpo físico a esta tesis.

Inmenso agradecimiento a todos mis pacientes y en especial a las personas que en la búsqueda del milagro de la vida, decidieron abrir su corazón y compartir su sentir con nosotras y con esta investigación. A la Unidad de Reproducción Asistida de Quirón Zaragoza que ha puesto a nuestra disposición los medios materiales y humanos necesarios para este propósito, gracias Antonio, Ana, Isabel, Carlos, Paco, Carol, Montse, Nanett, Cristina, Olga, Eugenia... y especialmente a Cristina Lechuga por tu generosa implicación y colaboración en la obtención de los datos.

También deseo incluir en esta líneas a todo el mundo que ha formado parte de mi vida hasta el momento actual, mis padres, hermanos, cuñadas, sobrinos, primos, tíos, amigos, compañeros de formación, de trabajo, de vida...

a cada persona con quien he cruzado una palabra, una mirada, un gesto, a todos gracias por ayudarme a crecer, a ser quien soy. Entre ellos mención especial a mi madre Flora, a mi tía Dioni, a mi prima Soledad, a mi amiga Cristina que aunque dejó este mundo hace unos años sigue en mi corazón dándome ánimo y seguridad cuando las fuerzas flaquean.

A ti Berta, no hay palabras que expresen o puedan reconocer todo lo que has compartido conmigo, gracias por tu cariño, paciencia y generosidad.

Por último mil gracias y disculpas a mi hijo Diego, a quien he tenido que robar múltiples momentos para elaborar esta tesis. Él, con su amor y comprensión, me ha enseñado el verdadero valor y poder de la maternidad, ayudándome a empatizar con el sufrimiento de las personas que la buscan infructuosamente. Cada mañana su sonrisa y sus besos me dan la alegría y fuerza serena que necesito para transmitir positividad y esperanza a la gente que sufre.

¡Gracias!

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	i
ÍNDICE GENERAL.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS	iv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	iv
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Psicopatología versus desajuste emocional	8
1.2 Afecto positivo y negativo	10
1.3 Alexitimia.....	13
1.4 Recursos Adaptativos	17
1.5 Objetivos	19
2. MÉTODO	23
2.1 Participantes.....	23
2.2 Instrumentos.....	23
2.3 Procedimiento.....	27
2.4 Análisis estadístico	28
3. RESUMEN DE LOS RESULTADOS	31
4. DISCUSIÓN	35
5. CONCLUSIONES.....	49
5.1 Implicaciones prácticas	50
5.2 Futuras líneas de investigación	56
6. PUBLICACIONES.....	61
6.1 Primer artículo.....	61
6.2 Segundo artículo.....	70
6.3 Tercer artículo	93
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101

8. ANEXOS	119
<i>Anexo 1: Hoja de Información y Consentimiento Informado (Grupo Infértil) ...</i>	119
<i>Anexo 2: Hoja de Información y Consentimiento Informado (Grupo fértil)</i>	121
<i>Anexo 3: Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008.</i>	123
<i>Anexo 4: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), versión en español de TEA (2008).....</i>	125
<i>Anexo 5: Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988).....</i>	126
<i>Anexo 6: Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994).....</i>	127
<i>Anexo 7: Hoja de datos sociodemográficos (Grupo infértil)</i>	128
<i>Anexo 8: Hoja de datos sociodemográficos (Grupo fértil)</i>	129

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Resumen de Resultados</i>	32
---	-----------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Modelo Predictivo del Desajuste Emocional en personas infértiles ..</i>	33
--	-----------

Figura 2 . <i>Modelo Predictivo del Afecto Positivo en mujeres infértiles</i>	34
---	-----------

1. INTRODUCCIÓN

Cada día en la sala de espera de las diferentes unidades de reproducción asistida, multitud de parejas mantienen el corazón en vilo, expectantes ante la posible resolución del problema que, sin esperarlo, ha aparecido en su vida. Después de superar los habituales retos de vida: profesionales, personales, de pareja, etc. valoran que ya han alcanzado la estabilidad que necesitan para proyectar su maternidad-paternidad. Estas personas abren sus vidas a un anhelado bebé que contra todo pronóstico, no viene. A partir de ese momento su mente, su cuerpo, su tiempo y su economía van a estar enfocados en la consecución de un hijo.

La infertilidad es una enfermedad crónica que consiste en la incapacidad de completar un embarazo después de, al menos un año (seis meses si son mayores de 35 años) de relaciones sexuales regulares sin utilizar medios anticonceptivos. Se ha reconocido como una dificultad médico-social de salud reproductiva a nivel mundial, afectando a un importante porcentaje de la población (Fernández, Valle, Fernández y Ramírez, 2013). En los últimos años la demanda de tratamientos se ha ido incrementando de una manera alarmante y global en todo el mundo (Deka y Sarma, 2010). La tasa de infertilidad en España se sitúa entre el 15 y el 17 % de la población, con unas 800.000 parejas que tienen complicaciones con su fertilidad, aseguran los organizadores del V Congreso Internacional sobre Medicina Reproductiva (Agencia EFE, 2013). Los cambios en el ritmo de vida, la alimentación,

el estrés, la contaminación, el retraso del momento para ser padres y otros muchos factores se barajan como responsables de este aumento gradual de las dificultades para tener un hijo.

Es difícil aislar la etiología de un problema en el ser humano siendo seres integrados bio-psico-socialmente por lo que podemos asumir, como explican Domar y Kelly (2002), que las causas de la infertilidad abarcan un amplio rango de factores tanto físicos como emocionales y ambientales. La Medicina de la Reproducción atañe específicamente a aspectos biomédicos, por ello conviene incluir los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales vividos por las parejas infértiles (Mata, Sáenz y Ramírez, 2007). La Psicología de la Reproducción como subdisciplina de la Psicología de la Salud (Moreno-Rosset, 2008; Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2009) se encarga del desarrollo de la investigación que aporta evidencia sobre los aspectos psicológicos asociados a la infertilidad y la respuesta a sus tratamientos. Esta labor altamente compleja por la gran cantidad de variables intervinientes durante el proceso de reproducción asistida, es necesario encararla de forma multidisciplinar, estableciendo relaciones con la Medicina y Biología de la Reproducción.

Las primeras investigaciones desde la psicología en este campo, estaban centradas en averiguar la responsabilidad de los aspectos emocionales como artífices de los problemas reproductivos. Según Paramo, Rodríguez y Villalpando (2007) el estudio de la infertilidad desde la óptica de la psicología, estuvo inicialmente interesada en los tipos de infertilidad inexplicable que, aparentemente, no se producían por anomalías biológicas. Especial relevancia tuvieron los trabajos

de orientación psicoanalítica que analizaban conceptos como la ambivalencia preconceptiva (Feder, 1980), el abierto rechazo hacia la paternidad o la presencia de rasgos neuróticos de la personalidad (Fassino, Piero, Boggie, Piccioni, Garzazo, 2002; Palacios y Jadresic, 2000). Las tentativas de comprensión de la infertilidad funcional se ampliaron incluyendo factores vinculares (Cincunegui, Kleiner y De Woscoboinik, 2004), psicosocioculturales (Christie, 1998) y neuroendocrinos (Campagne, 2002). No se han obtenido resultados concluyentes sobre la influencia de estos factores como causantes únicos de la infertilidad, seguramente porque esta enfermedad vendrá promovida por la interacción a lo largo del tiempo de diversas causas.

Otra perspectiva es la que contempla que los elementos psicológicos no sólo pueden estar involucrados en la génesis de la infertilidad, sino que la propia infertilidad provoca un impacto emocional que puede perjudicar a la pareja, psicológica, social y biológicamente. Por lo tanto, es importante que en el estudio de la infertilidad se incluya el análisis de la causas y de las consecuencias de la misma. Diversos autores han encontrado y descrito secuelas como: sintomatología neurótica, labilidad emocional y ansiedad, reacciones depresivas, problemas sexuales, disminución de la autoestima e ideación suicida, tendencia a las relaciones simbióticas y a mantener roles de género tradicionales (González, 2002; Himmel et al., 1997; Morales-Carmona, Rodríguez-Ogaz, Peralta-Hernández y Villanueva-Díaz, 1995; Oddens, Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999; Palacios y Jadresic, 2000; Palacios, Jadresic, Palacios, Miranda y Domínguez, 2002; Tarlatzis et al., 1993; Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard y Verres, 2001). Las parejas infértiles son proclives a padecer ciertos trastornos emocionales, sin embargo esto no siempre se

confirma, como se desprende de la revisión realizada por Verhaak et al. (2007) sobre veinticinco años de investigación en la temática.

Al igual que ocurre al recibir cualquier diagnóstico médico, la noticia de la infertilidad siempre reportará cierto nivel de trauma para el individuo y en este caso también para la pareja (Christie, 1998). Las posibles consecuencias emocionales derivan de múltiples factores: la condición misma de esterilidad, el impacto del diagnóstico, el transcurso del estudio médico e intento de fertilización y el carácter cíclico y repetitivo del proceso (Lalos, 1999). La conjunción entre la tensión en la búsqueda del anhelado bebé, y el repetido fracaso en el intento de conseguirlo, va produciendo una pérdida de esperanza y un estrés psicológico que puede resultar traumático para muchas parejas (Herrmann et al., 2011; Yu et al., 2014). Read (1995) lo definió como “la pérdida de lo invisible”.

La infertilidad genera variados y fuertes sentimientos (Dyer, Abrahams, Mokoena y Van Der Spuy, 2002), confrontando con una compleja crisis que demanda estrategias de afrontamiento diferentes en cada persona y para cada momento (Llavona, 2008). Se han propuesto diferentes reacciones adversas en estas parejas: el shock y la sorpresa, la negación, la furia ante la desesperanza y la pérdida de control, son las más habituales (Flores, Jenaro y Moreno-Rosset, 2008; Morales-Carmona et al., 1995). Esta crisis se repite ante cada fracaso en la vía de ser padres, dejando tras de sí un desgaste de la persona que puede prolongarse por años, tanto como duren los intentos por buscar descendencia, acumulando además elevados gastos económicos y presión de familiares por la llegada del bebé (Wischmann et al., 2001).

La literatura y estudios sobre cómo afectan las emociones negativas y la infertilidad, han sido de gran ayuda para analizar y conocer los procesos psicológicos que acompañan a la misma (Moreno-Rosset, 2009). Ahora es el momento de ampliar el nivel de análisis y descubrir con qué recursos cuentan los individuos, que les ayuden a afrontar un problema tan desgastante y estresante como es la infertilidad y su tratamiento. No se trata de negar o de obviar el estado emocional negativo sino de ampliar el enfoque incluyendo aspectos constructivos, buscar en los propios recursos de las personas cómo contrarrestar ese malestar, propiciando un mayor control y bienestar.

Se puede, tal y como propone la Psicología Positiva, mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos emocionales y patologías a partir de los recursos y fortalezas que cada persona posee. Esta orientación de la psicología, fue iniciada entre otros, por Martin Seligman (1999), investigador que habiendo dedicado gran parte de su carrera al trastorno mental y al desarrollo de conceptos como la indefensión aprendida, dio un giro radical en su orientación, elaborando y promoviendo una perspectiva más positiva de la especie humana. La concepción focalizada en lo patológico se centra en corregir defectos y reparar aquello que ya se ha roto. Por el contrario, la Psicología Positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención para el mantenimiento de la salud (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Considerando que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y que las emociones positivas son también algo más que la ausencia de emociones negativas, es posible plantear la utilidad de las emociones positivas para prevenir

enfermedades, para reducir la intensidad y duración de las mismas y también para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo (Lyubomirsky, King y Diener, 2005). Entre los tres objetivos específicos de la Psicología Positiva que propone Sánchez-Elvira, 2004, destacaríamos aquí la necesidad de investigar las relaciones dinámicas de los procesos implicados en mantener el equilibrio emocional ante una circunstancia adversa, como puede ser la infertilidad.

En el campo de la infertilidad cada vez más estudios se ocupan de los aspectos positivos, encontrando relaciones significativas entre factores como el optimismo y el ajuste a la esterilidad con los parámetros biológicos involucrados en el éxito de las técnicas reproductivas (Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan y Sieber, 2001). Así mismo, un afrontamiento positivo, una personalidad resiliente y un adecuado apoyo social, pueden promover un mejor ajuste psicológico durante los tratamientos de reproducción asistida e incluso un crecimiento postraumático tras el paso por la infertilidad (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera, y Flores, 2008; Yu et al., 2014).

En consecuencia, la presente Tesis Doctoral pretende integrar variables de corte positivo a variables clínicas y de malestar habitualmente estudiadas en el campo de la infertilidad. Se parte de la premisa de que aspectos positivos como los recursos adaptativos y el afecto positivo, pueden ser útiles para prevenir trastornos psicopatológicos en mujeres y hombres infértiles. Una interacción entre un exceso de malestar con déficits en recursos adaptativos y emociones positivas se convierte en un factor de riesgo importante que hay que tener en cuenta. La motivación principal de esta Tesis Doctoral es seguir avanzando en el conocimiento de aspectos

que puedan resultar preventivos y preservadores de la salud emocional de las personas infértiles.

Por ello, se realiza la evaluación del ajuste/desajuste emocional, los afectos positivo y negativo, la alexitimia y la ansiedad estado/rasgo como variable de carácter más clínica. A la que se añade la valoración de los recursos adaptativos (personales e interpersonales) en infertilidad. Todas estas variables son evaluadas en ambos miembros de la pareja infértil observando las posibles diferencias entre hombres y mujeres en su vivencia de la infertilidad. Así mismo se efectúa la misma evaluación en un grupo de personas fértiles (hombres y mujeres con hijos) que nos permite la comparación con personas con características sociodemográficas similares.

Esta Tesis Doctoral es el resultado de integrar tres artículos con objetivos distintos pero complementarios. Partiendo de una misma metodología se realizan diferentes estudios obteniendo unos resultados que son discutidos de manera conjunta. Gracias a esta visión en conjunto, se extraen unas conclusiones que pretenden proporcionar una serie de implicaciones prácticas para los profesionales de la psicología que acompañan a las parejas infértiles durante sus tratamientos de reproducción asistida.

A continuación se comenzará con una descripción de las variables objeto de estudio y su correspondiente contextualización en el campo de la infertilidad.

1.1 Psicopatología versus desajuste emocional

Se considera que alrededor del 10% de los casos de infertilidad desembocarán en un trastorno psiquiátrico (Lok et al., 2002; Oddens et al., 1999; Palacios et al., 2002). Las principales alteraciones emocionales estudiadas en infertilidad son la ansiedad y la depresión, las cuales suelen ser evaluadas con autoinformes aplicados, en muchos de los casos, a través del envío por correo postal. Pocos estudios analizan la existencia de alteraciones psiquiátricas en parejas que acuden a una Unidad de Reproducción Asistida, realizando una exploración psicopatológica a través de entrevista diagnóstica y no exclusivamente en función de las puntuaciones que los sujetos obtienen en cuestionarios (Chen, Chang, Tsai y Juang, 2004). Estos autores han encontrado que el 40.2% de la muestra presenta, al menos, un trastorno psicopatológico. Efectivamente, los cuadros depresivos y los de ansiedad son los de mayor prevalencia. Los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes (28.6% de las mujeres que integran su muestra) predominando los trastornos de ansiedad generalizada (81.2%). Con una prevalencia similar, se sitúan los trastornos del humor (26.8% de las pacientes); el 63.3% eran cuadros de depresión mayor y el 36.7% restante de distimia.

En población española Moreno et al. (2009) encontraron que el 61% de las mujeres que habían terminado su primer tratamiento reproductivo informaron haber sufrido desajustes emocionales. En la muestra total, entre un 15% y un 25% habían sufrido alteraciones psicopatológicas previas, predominando los trastornos de ansiedad en la muestra madrileña (64.3%) y los trastornos del estado de ánimo en la sevillana (73.1%).

La depresión y la ansiedad se han convertido en un tópico cuando hablamos de la psicopatología que caracteriza a las parejas en reproducción asistida. De manera que se suele hablar de “depresión” o “ansiedad” considerándolas como entidades clínicas cuando han sido detectadas exclusivamente a través de cuestionarios y medidas de autoinforme, reflejando la valoración de la intensidad o las modificaciones de las alteraciones emocionales y por tanto, sin capacidad diagnóstica en muchos casos. Los trabajos publicados en este ámbito, se centran casi exclusivamente en la detección y estudio de estas dos alteraciones, siendo pocos los estudios que especifiquen el momento preciso en el que se han realizado las evaluaciones psicológicas (diagnóstico, fases del tratamiento, resultados o repeticiones de tratamientos).

Por todo ello, cuando las puntuaciones obtenidas se comparan con la población normativa, no siempre alcanzan diferencias estadísticamente significativas o en todo caso, no llegan a alcanzar el punto de corte indicativo de una puntuación clínica. Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila (2008) consideran que la sintomatología depresiva y ansiosa que aparece frente al diagnóstico e inicio de tratamientos de reproducción asistida, se encuadra mejor en el concepto de desajuste emocional que en el de psicopatología.

Por *desajuste emocional* se entiende un malestar emocional significativo, producto de un acontecimiento vital estresante, y que no cumplen los criterios necesarios para el diagnóstico psicopatológico. Un periodo de desajuste emocional, cuando las circunstancias exceden a nuestros recursos o expectativas, es esperable y adaptativo, en algunos casos se resolverá sin problemas. El riesgo acontecerá

cuando la situación estresante se prolongue en el tiempo y/o las personas que lo padezcan tengan mermados sus recursos para afrontarlo.

Prestando atención solamente a la presencia o ausencia de cierta patología en un momento concreto del tratamiento, se puede pasar por alto un desajuste emocional que sin revestir gravedad en el período de la evaluación psicológica inicial, resultará un pródromo de inestimable ayuda para detectar el riesgo de un problema mayor. La psicología no solo puede y debe ayudar a resolver problemas ya instaurados, sino que con el objetivo de orientar a las personas a mantener su salud emocional, debe prever los riesgos de un estrés mantenido, como en el caso de la infertilidad considerada una enfermedad crónica. En algunos estudios se ha documentado como el estrés continuo, por ejemplo, puede reducir la posibilidad de concepción y aumentar el riesgo de aborto (Andalib, Rezaie, Oreizy, Shafiei y Baluchi, 2006; Ávila, 2003; Ebbesen et al., 2009; Louis et al., 2011), factores que a su vez provocarán mayor estrés.

1.2 Afecto positivo y negativo

El conjunto emocional que acompaña a la infertilidad no puede ser descubierto si utilizamos exclusivamente cuestionarios clínicos. Orientados hacia la preservación de la salud, la evaluación del afecto positivo y negativo nos permite detectar el estado de ánimo predominante en las parejas infértiles inmersas en este proceso. Estas dos dimensiones de la estructura afectiva pueden ser conceptualizadas, bien como estados afectivos o bien, como disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estables (Sandín et al., 1999). En cuanto a estados afectivos, se han

relacionado altos niveles de afecto negativo con la ansiedad y la depresión, mientras que sólo la depresión se caracteriza por tener niveles bajos de afectividad positiva (Watson, Clark y Tellegen, 1988).

El estudio de la afectividad es tal vez, uno de los temas más complejos para la investigación en Psicología y Psicopatología. Los afectos implican una serie de mecanismos fisiológicos, componentes cognitivos, expresiones comportamentales, condicionantes sociales y culturales, etc. Existen dos grandes factores dominantes en las experiencias emocionales, frecuentemente tipificados como el afecto positivo y el afecto negativo (Watson y Clark, 1994). Se trata de un modelo bidimensional de la estructura básica del afecto. Este modelo bifactorial indica la existencia de dos dimensiones que son absolutamente independientes y por tanto, unipolares. Así, el polo alto de cada dimensión representa un estado de alto afecto, mientras que el polo bajo refleja la ausencia relativa de implicación afectiva (Watson y Tellegen, 1985).

El Afecto Positivo (AP) se refiere a una dimensión en la que los niveles altos se caracterizan por «alta energía, concentración completa y agradable dedicación», mientras que el bajo afecto positivo se caracteriza por «la tristeza y el letargo». El Afecto Negativo (AN) refleja un estado emocional que se describe en los niveles altos como «una variedad de estados de ánimo que incluyen la ira, la culpa, el temor y el nerviosismo», mientras que el bajo afecto negativo es un «estado de calma y serenidad» (Watson et al., 1988).

Existe una opinión generalizada sobre las diferencias de los afectos en función del género. Parece que es un hecho admitido por la cultura occidental que las mujeres son más vívidas emocionalmente y más expresivas que los hombres (Simon y Nath, 2004). Los datos al respecto señalan que las diferencias de género se centran en la expresión emocional, siendo las mujeres más propensas que los hombres a expresar emociones en general (Brody y Hall, 2000; Fabes y Martín, 1991).

Simon y Nath (2004) encuentran diferencias en la frecuencia con la que los hombres y mujeres expresan emociones positivas y negativas. Mientras que los hombres se observan emociones positivas, como calma y entusiasmo, más frecuentemente que las mujeres; éstas manifiestan más las emociones negativas, como ansiedad y tristeza. Otros autores señalan que las mujeres muestran con mayor frecuencia emociones de felicidad, tristeza y miedo, mientras que los hombres expresan más emociones de cólera (Grossman y Wood, 1993; Kelly y Hustson-Comeaux, 1999)

Las variables afectivas y emocionales no son un área excesivamente estudiada en infertilidad donde, el interés ha estado centrado en la presencia o ausencia de psicopatología. Sin embargo, se pueden hallar estudios muy interesantes que muestran como se puede incidir favorablemente en la infertilidad, con un cambio de afrontamiento centrado en las emociones (McQueeney, Stanton y Sigmon, 1997). Un aumento de atención a emociones y actitudes como la alegría, la ilusión, la implicación y el optimismo no solo redundará en un estado afectivo más positivo, sino que mejorará la adaptación al proceso médico y es de esperar mejores

resultados en los tratamientos de reproducción asistida. Algunos estudios no sistematizados, han mostrado como el fomento de emociones positivas en varones infértiles ha favorecido procesos de fecundación artificial (Benedek, Ham, Robbins y Rubenstein, 1953).

Numerosos estudios exponen hoy los efectos perjudiciales del estrés y el estado emocional negativo en todo nuestro organismo. En el campo de la infertilidad se constata la influencia nociva del afecto negativo y del estrés en el sistema hormonal, pudiendo comprometer la capacidad reproductiva de las parejas (Eskiocak et al., 2005; Hendrick, Gitlin, Altshuler y Korenman, 2000; Pook, Krause y Rohrie, 2000; Sheiner, Sheiner, Carel, Potashnik y Shoham-Vardi, 2002; Stacy, 2004). De esta manera, podemos ver que tanto el afecto positivo como el negativo mediatizan un afrontamiento más ajustado o desajustado del paso por la infertilidad y su tratamiento, pudiendo influir en sus resultados.

1.3 Alexitimia

Como se viene exponiendo, más allá del momento de evaluación y de los instrumentos utilizados, la presencia de malestar o patología en infertilidad no siempre es concluyente. Esto puede deberse a un afrontamiento óptimo de la situación estresante o a una negación de los sentimientos experimentados. Dado el enfoque preventivo de este estudio, resulta necesario dirimir esta incertidumbre investigando la posible existencia de alexitimia en alguna de estas personas.

La alexitimia puede considerarse un trastorno afectivo-cognitivo y de la comunicación, también un tipo de personalidad callada, introvertida, tendente al aislamiento y sin sensación de soledad, que generalmente ha sufrido carencias afectivas en la infancia. Hay que distinguir entre la alexitimia primaria, con predisposición genética y causas neuro-orgánicas, y la secundaria, que aparecería como secuela de un traumatismo emocional previo muy grave o de una prolongada situación de intenso estrés. En realidad, es un mecanismo de defensa y de negación ante traumas y conflictos, que reprime ferozmente los sentimientos.

Existen evidencias empíricas que muestran como en enfermedades médicas asociadas con la tensión y pérdida de calidad de vida, los pacientes reaccionan con alexitimia que resulta en una dificultad para comunicar las emociones. Encontramos hoy estudios al respecto sobre la relación entre la alexitimia y la infertilidad, que ayudan a comprender el proceso psicológico que acompaña a las parejas estériles. En la infertilidad, la confrontación constante con los pensamientos y sentimientos que rodean el deseo incumplido de tener un niño hacen difícil el afrontamiento, provocando una sensación de frustración y sobrecarga que fácilmente puede desembocar en estrés. Vemos como los sujetos con problemas de fertilidad muestran un nivel mayor de alexitimia que los individuos sanos (Conrad, Schilling, Langenbuch, Haidl, y Liedtke, 2001; Conrad et al., 2002; Conrad, Schilling, Hagemann, Haidl y Liedtke, 2003; De Gennaro et al., 2003; Lamas et al., 2006; Morelli et al., 2000; Shi, Wu y Zhu 2006).

En la población general la alexitimia es más prevalente en los hombres, por cada 10 varones con este problema sólo hay dos mujeres. Dato que se encuentra en

consonancia con la mayor verbalización de los sentimientos por parte de las féminas. Esta proporción desigual puede deberse a factores de la neuroanatomía cerebral y a ciertos factores socioculturales en el aprendizaje de las emociones. Parece un hecho aceptado por los autores que los varones aprenden a excluir sus emociones, mientras que las mujeres tienden a expresarlas. La expresión de la emoción para ellos, es un proceso más dificultoso que la propia experiencia emocional (Brody, 1993; Kring y Gordon, 1998).

En infertilidad esta diferencia de género puede encontrarse atenuada, existiendo considerables niveles de alexitimia en ambos sexos. Como ya indicábamos previamente existen investigaciones que proponen la alexitimia como recurso defensivo en la infertilidad masculina. Así mismo, existen diversos estudios que encuentran proporciones significativamente más altas de alexitimia en mujeres infecundas que en las mujeres fecundas (Lamas et al., 2006). En un estudio con muestra española, se encontró niveles más altos de alexitimia en mujeres que habían sufrido un aborto tras un embarazo deseado, comparadas con un grupo de mujeres infértiles, lo que parece apoyar la hipótesis de la alexitimia secundaria como estrategia de afrontamiento en las mujeres con problemas de fertilidad (Iribarne et al., 2003).

También se han analizado las relaciones entre alexitimia y factores psicobiológicos, encontrando correlaciones positivas entre este factor y los parámetros seminales (De Gennaro et al., 2003; Morelli et al., 2000) mientras que en otras investigaciones se han encontrado correlaciones negativas con las hormonas del estrés (Conrad et al., 2002). Estos resultados podrían ser explicados por el uso

de la alexitimia como herramienta de afrontamiento, que puede ayudar a los pacientes infértiles a rebajar su nivel de tensión y malestar. Aunque, por otro lado, existen investigaciones que contradicen lo anterior, encontrando que los hombres infértiles presentan mayor ansiedad, quejas somáticas y alexitimia que los hombres fecundos (Conrad et al., 2001,2002, 2003; Shi et al., 2006).

A veces, puede resultar más fácil o más aceptado socialmente, tener molestias o síntomas físicos que psíquicos, lo que induce a desviar o convertir la queja emocional en queja corporal. La alexitimia no tiene por qué conceptualizarse en negativo, como se acaba de exponer puede ser un recurso defensivo que haga descender el nivel de estrés. Pero hay que tener en cuenta la posible presencia de esta dificultad, ya que puede obstaculizar una necesaria conciencia y expresión de sus emociones, que ayude a las personas a poner en marcha los recursos adecuados a cada momento de su estado emocional. Esto puede comprometer la biorregulación del sistema inmunológico y deja a estos pacientes, en el caso de los hombres, vulnerables a la enfermedad somática (Conrad et al. 2001). En la mujeres, los continuos esfuerzos por controlar los sentimientos negativos pueden elevar el estrés, interfiriendo con la posibilidad de concepción (Apfel y Keylor, 2002). En un estudio reciente Burbridge (2012) exploró la relación entre el estradiol y la alexitimia, encontrando una relación positiva entre las puntuaciones en el TAS-20 (escala de alexitimia de Toronto) y niveles anormales de estradiol.

1.4 Recursos Adaptativos

Como sabemos, durante todo el proceso de fertilización la pareja va a convivir con variados sentimientos. Por ejemplo, en el momento decisivo del diagnóstico la pareja puede acusar una mezcla de sensaciones desde un estrés agudo ante la dificultad de poder tener hijos, hasta cierto alivio al recibir una explicación de la incapacidad para concebir un niño (Pook, Krause y Descher, 2002), así como de esperanza al poder iniciar un tratamiento de reproducción asistida. Dependiendo de la habilidad en la gestión de estos continuos contrastes emocionales y las tensiones acumuladas de los ciclos repetitivos, su capacidad de recuperación ante los distintos factores que provocan estrés pueden ir disminuyendo (Turner et al., 2013).

Por ello, es necesario tener en cuenta los recursos individuales e interpersonales con los que cuentan ambos miembros de la pareja para hacer frente a este problema. Un nivel adecuado de ajuste marital, un nutrido apoyo social y unas facetas de personalidad positivas y resilientes se proponen como recursos deseables para un mejor afrontamiento de cualquier problema de salud.

Tomando como modelo la definición del término realizada en el manual del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008), nos sumamos a la definición de *recurso adaptativo* como el conjunto de disposiciones tanto internas y estables, como externas y modificables que ayudan a los sujetos a afrontar las situaciones e intentar mantener o recuperar, en las distintas áreas vitales, el nivel de funcionamiento que presentaban antes de la aparición de un suceso estresante. Así, los *recursos personales* serían rasgos como: personalidad resistente, apertura experiencia, tesón,

percepción de control y energía. Mientras que los *recursos interpersonales* a los que atendemos en este estudio, serían apoyos percibidos y ofrecidos: apoyo de amigos, familia, sexualidad y afabilidad.

El mismo concepto ha sido propuesto por autores como Hobfoll y Freddy (1993), que también diferencian entre recursos internos y externos. Diener y Fujita (1995) entienden que estos recursos pueden ser utilizados para conseguir metas personales a nivel material, instrumental, social o de características de personalidad. Según estos autores, la suma de estos recursos constituye uno de los más sólidos predictores del bienestar y la satisfacción subjetiva. En consecuencia, se puede pronosticar que el desarrollo y utilización de estos recursos podrá ayudar a encarar la infertilidad más eficazmente.

Los hombres y las mujeres usan variadas estrategias de afrontamiento para manejar la tensión producida por la infertilidad. Una personalidad optimista y proactiva que ayude a no culparse, a buscar soluciones, aceptando y sacando el máximo partido a la situación, protegerá de la ansiedad y de la depresión tras la falta de éxito del tratamiento de fertilidad (Terry y Hynes, 1998; Verhaak, Smeenk, Van Minnen, Kremer y Kraaimaat, 2005). Otros recursos de probada eficacia en diversos estudios son la satisfacción marital (Darwiche et al., 2013; Peterson, Newton y Rosen, 2003; Schmidt, Thomsen, Boivin y Andersen, 2005), el apoyo social como amortiguador del desajuste emocional (Abbey, Andrews y Halman, 1995; Lechner, Bolman y van Dalen, 2007; Östberg y Lennartsson, 2007) y la atención personal de los profesionales, una razón de las más mencionadas como indicador de satisfacción con el tratamiento (Brucker y McKenry, 2004; Malin, Hemminki, Raikonen, Sihvo y

Perälä, 2001). Así mismo, dentro de los recursos interpersonales que han mostrado su utilidad se incluiría el apoyo psicoterapéutico especializado (Boivin, 2003; Wishmann, 2008). La falta de recursos personales e interpersonales que faciliten el ajuste a la infertilidad, coloca en una posición vulnerable a muchas parejas.

1.5 Objetivos

Partiendo del modelo de la Psicología Positiva y su orientación hacia el mantenimiento de la salud, el objetivo general de esta investigación es conocer el estado emocional, las fortalezas y debilidades que pueden presentar las parejas infértiles a su llegada a una clínica de reproducción asistida. Para ello, se compararán el grado de ajuste/desajuste emocional, la ansiedad estado/rasgo así como los afectos positivo/negativo, alexitimia y recursos adaptativos del grupo infértil con los obtenidos por el grupo de personas fértiles. También se propondrán dos modelos predictivos, uno del afecto positivo y otro del desajuste emocional, ambos en la muestra infértil.

Los objetivos específicos que aborda esta tesis se han planteado en tres fases, correspondientes a los tres estudios diferentes que componen la misma.

A. Primer objetivo

Conocer las diferencias de género en afecto positivo y negativo, desajuste emocional y recursos adaptativos (personales e interpersonales) en parejas infértiles. Se analizará además, el valor predictivo que las variables mencionadas puedan

presentar sobre el afecto positivo, pudiendo conocer aquellos aspectos que pueden fomentar una mejor adaptación a la infertilidad.

Hipótesis del estudio primero

- Las mujeres manifestarán mayor desajuste emocional, afecto negativo y menor afecto positivo que los hombres
- No se encontrarán diferencias en recursos adaptivos entre hombres y mujeres
- Las variables que predecirán el afecto positivo tanto en hombres como en mujeres, serán el afecto negativo y el desajuste emocional negativamente y los recursos personales e interpersonales de manera positiva

B. Segundo objetivo

Comparar el grupo de personas infértiles que ha participado en el primer estudio con un grupo de personas con hijos, ampliando además, la exploración a las variables de alexitimia y ansiedad. De esta forma, se pretende contrastar entre población infértil y fértil el grado de desajuste emocional, afectos positivo y negativo, alexitimia y una variable de carácter clínico como es la ansiedad estado/rasgo. Además, conoceremos los recursos adaptativos (personales e interpersonales), en la población infértil en comparación con la fértil.

Hipótesis del segundo estudio

- Las personas infértiles (hombres y mujeres) presentarán mayores niveles de desajuste emocional, afecto negativo, alexitimia y ansiedad estado/rasgo que las personas fértiles

- Los hombres y mujeres infértiles mostrarán menores niveles de afecto positivo que los fértiles

- No se encontrarán diferencias en recursos personales e interpersonales entre personas (hombres y mujeres) fértiles e infértiles

C. Tercer Objetivo

Conocer los posibles predictores del desajuste emocional en población infértil, para ello se analizarán las siguientes variables: ansiedad estado-rasgo, afecto positivo y negativo, alexitimia y recursos adaptativos (personales e interpersonales). Así mismo, se analizará si el sexo presenta un efecto modulador en el análisis de dicha predicción.

Hipótesis del tercer estudio

- La variable género tendrá un efecto modulador en la predicción del desajuste emocional

- Las variables que predecirán de manera positiva el desajuste emocional serán la ansiedad estado-rasgo, el afecto negativo y la alexitimia
- Variables como el afecto positivo y los recursos adaptativos (personales e interpersonales) constituirán predictores negativos del desajuste emocional

2. MÉTODO

2.1 Participantes

La muestra total está constituida por 191 personas, el grupo de estudio está compuesto por 101 personas con problemas de infertilidad que acudieron, a la Unidad de Reproducción Asistida de la clínica Quirón de Zaragoza, para hacerse un tratamiento de reproducción asistida, de los cuales 51 son hombres y 50 mujeres. El grupo de comparación con 90 participantes, son personas con hijos, de la población general invitadas a participar en la investigación, de los que 54 son mujeres y 36 hombres. Una mayor descripción de las muestras se encuentra en cada una de las publicaciones realizadas.

2.2 Instrumentos

La batería de evaluación consta de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008). Es un instrumento compuesto por 48 ítems 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 proporciona una medida fiable de la posible presencia o ausencia de desajuste

emocional, a la vez que ofrece información sobre los recursos adaptativos, tanto personales como interpersonales en sujetos infértiles. Posee apropiadas cualidades psicométricas, el coeficiente alfa de Cronbach de la escala global es de .85 y en cada una de sus escalas presenta una satisfactoria fiabilidad, F1: Desajuste emocional .90; F2: Recursos personales .57; F3: Recursos interpersonales .78; F4: Recursos adaptativos .74. Los estudios de validez convergente con el Cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes (Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor, 1992) ofrecen pruebas de la validez del instrumento. Por tanto, se trata de una herramienta fiable y útil para aplicar en este nuevo campo de la evaluación psicológica (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2009).

- Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988), traducida al español por Sandín et al., (1999). Consta de 20 ítems a los que el individuo responde cómo se siente habitualmente, en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nada) y 5 (muchísimo). Mide afecto en dos dimensiones independientes y no correlacionadas. El afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y estado gratificante. El afecto negativo representa una dimensión general de malestar subjetivo y estado desagradable que incluye una variedad de situaciones emocionales aversivas como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo. La versión española posee una estructura bidimensional del afecto robusta y estable (afecto positivo [AP] y negativo [AN]); los datos relativos a la validez de constructo y la consistencia interna son igualmente satisfactorios. Los coeficientes alfa de las subescalas AP y AN se calcularon a partir de los ítems que componen específicamente cada subescala (10 ítems cada una). Estos resultaron ser

notablemente elevados, tanto para en el grupo de varones (alfa= .89 [AP] y .91 [AN]) como para el de mujeres (alfa= .87 [AP] y .89 [AN]), lo que corrobora la elevada consistencia interna que poseen estas dimensiones del afecto.

▪ Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994a), en la adaptación española de Martínez-Sánchez (1996). Consta de tres factores, F1: Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional, F2: Dificultad para describir sentimientos y, F3: Patrón de pensamiento orientado a lo externo. Esta adaptación posee una adecuada consistencia interna (alfa=.78), así como una elevada fiabilidad test-retest ($r = .71$; $p < .001$) en un intervalo de 19 semanas, comparables a los que posee la versión inglesa de la escala original. De las diversas técnicas empleadas para la evaluación de la alexitimia, la TAS-20 es la más frecuentemente empleada por sus destacadas propiedades psicométricas (Bagby et al., 1994a; Martínez-Sánchez y Ortiz, 2000). La estabilidad y replicabilidad de su estructura factorial ha sido confirmada tanto en muestras clínicas como no clínicas. La técnica de análisis factorial arrojó una solución trifactorial, consonante con el estudio original de Bagby, Parker y Taylor (1994b). La fiabilidad temporal fue alta (.71 a los seis meses y .69 al año) y la consistencia interna informada fue moderadamente alta (alfa= .81). Respecto a su validez, mostró una correlación alta ($r = -.70$) con otra medida de alexitimia, el Test arquetípico cuantificado (Scored Archetypal Test, SAT-9; Cohen, Demers-Desrosiers y Catchlove, 1983). Se confirma el perfil de correlación con el modelo de cinco grandes factores del estudio de Bagby et al., (1994b), aunque no con deseabilidad social (Distorsión autoevaluativa). Se

concluye que es una medida de alexitimia fiable y válida (Moral de la Rubia y Retamales, 2000).

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), versión en español de TEA (2008). El STAI está constituido por dos escalas que miden dos dimensiones distintas de la ansiedad: ansiedad estado (A-E) y ansiedad rasgo (A-R). La versión española de esta prueba presenta unos índices de consistencia interna para la A-E situados entre .90 y .93 y para la A-R entre .84 y .87. Los valores de fiabilidad calculada por el procedimiento de las dos mitades alcanzan un valor de .94 en A-E y .86 en A-R. En cuanto a la validez concurrente, se han encontrado correlaciones significativas entre el factor ansiedad de segundo orden del Cuestionario de personalidad 16PF, Forma A (16 Personality Factors; Cattell, 1972) adaptación española de TEA (1975) y la escala de ansiedad-estado (A-E) del STAI. Sandín (1981) encontró un grado elevado de correlación con la medida de ansiedad del “Cuestionario de Estado Ocho” (Eight State Questionnaire, 8SQ; Curran y Cattell, 1976).

- Hoja de datos sociodemográficos (grupo infértil) que incluirá: edad, sexo, estado civil, nacionalidad, lugar de residencia, nivel de estudios, tipo de trabajo, número de hijos, causa de la infertilidad, tipo de tratamiento que van a realizar en la unidad de reproducción.

- Hoja de datos sociodemográficos (grupo fértil) que incluirá: edad, sexo, estado civil, nacionalidad, lugar de residencia, nivel de estudios, tipo de trabajo, número de hijos.

2.3 Procedimiento

Las parejas con problemas de fertilidad que acudían a la Clínica Quirón de Zaragoza, para que se les realizara un tratamiento de reproducción asistida, eran informadas de la investigación pidiéndoles su colaboración. Al aceptar participar, firmaban el correspondiente consentimiento informado y pasaban a formar parte de la muestra de nuestro estudio. Primero, se les aplicó una entrevista estructurada en la que se recogían datos sociodemográficos y otros aspectos de interés para el estudio, lo que permitió realizar una alianza terapéutica apropiada. A continuación, los instrumentos de evaluación psicológica fueron rellenados en la misma clínica por cada uno de los miembros de la pareja por separado, en presencia de la psicóloga que respondía ante cualquier duda que pudiera surgir en su cumplimentación (ver anexos: 1, 3, 4, 5, 6 y 7). Este procedimiento (*in situ*, cada uno independientemente y acompañados por el evaluador) evitaba posibles sesgos en su realización. El estudio fue previamente presentado y aprobado por el Comité de Ética Asistencial del Centro.

El grupo fértil estuvo formado por parejas con hijos pertenecientes a la población general, el criterio de selección fue poseer edades y características sociodemográficas equiparables a nuestro grupo de estudio. Fueron captadas en dos colegios de la ciudad de Zaragoza (San Antonio de Padua y Nuestra Señora de la Merced) y presentaban variado estrato socioeconómico facilitando la heterogeneidad de la muestra. Se habilitó un aula en que las parejas según eran citadas una a una, rellenaban el consentimiento informado y la batería de cuestionarios, en presencia de un evaluador entrenado que les instruía en su

adecuada cumplimentación. En algunas parejas el marido por falta de tiempo o disposición a colaborar, no realizó los test (ver anexos: 2, 3, 4, 5, 6 y 8).

2.4 Análisis estadístico

En el primer estudio, para establecer las diferencias en función del Género en las diferentes subescalas del cuestionario PANAS (Afecto positivo y Afecto negativo) y en las subescalas que constituyen el cuestionario DERA (Desajuste emocional, Recursos personales, Recursos interpersonales y Recursos adaptativos), se procedió a realizar dos análisis multivariados de la varianza (MANOVAS) independientes, considerando como variable independiente el Género de los participantes (Hombre vs. Mujeres) y como variables dependientes las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas de los cuestionarios PANAS y DERA, respectivamente. Con el fin de analizar el valor predictivo que las variables significativas pudieran tener sobre el afecto positivo se realizaron análisis de correlaciones de Pearson y análisis de regresión lineal múltiple.

Para el análisis de los resultados en el segundo estudio se efectuaron cuatro análisis multivariados de covarianza (MANCOVAS) independientes para un diseño bifactorial entregrupos, considerando como variables independientes las variables Fertilidad (fértil vs. infértil) y la variable Género (hombres vs. mujeres), respectivamente y como covariado la variable Edad. Las variables dependientes en los diferentes MANCOVAS, fueron las diferentes subescalas que constituyen los cuestionarios aplicados en el estudio. De manera complementaria, se incluyó

también el índice eta cuadrado parcial (η^2_p), que permite calcular el tamaño de los efectos o valorar la magnitud de las diferencias halladas.

Finalmente, en el tercer estudio se comenzó realizando análisis descriptivos y análisis de pruebas T para muestras independientes para observar las posibles diferencias en las variables de estudio entre hombres y mujeres. También se han efectuado análisis de correlaciones entre las variables de estudio mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Por último, se analizaron los efectos parciales e interactivos de las variables mediante un análisis de regresión múltiple con orden de inclusión jerárquica. Para ello, el modelo en primer lugar fue analizado utilizando la participación del género como variable potencialmente moderadora, y en segundo lugar, se incluyeron las variables objeto de estudio (Ansiedad estado, Ansiedad rasgo, Afecto positivo, Afecto negativo, Alexitimia, Recursos personales, Recursos interpersonales y Recursos adaptativos) como posibles predictoras del Desajuste Emocional. Por último, en tercer lugar, se analizaron las interacciones entre el género y el resto de las variables predictivas.

En todos los casos, la significación estadística se estableció para un intervalo de confianza del 95% y $p < .05$ como criterio. Los análisis se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS v. 19 para Windows.

3. RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Para no extender la exposición con una reiteración de datos, se remite a la observación de este apartado en los artículos que constituyen esta tesis. Los resultados sobre el primer objetivo se abordan en el artículo: *“Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo”* (ver página 59). El segundo objetivo se plasma en el artículo *“Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles”* (ver página 68). El tercer objetivo se trata en el artículo *“Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: Analysis of the moderating role of gender”* (ver página 91).

A continuación, en las siguientes tablas y figuras se expone un resumen general, constituido por los resultados más relevantes de los tres artículos que componen esta tesis.

Tabla 1. Resumen de resultados.

	Mujeres infértiles Vs Hombres infértiles	Mujeres infértiles Vs Mujeres fértiles	Hombres infértiles Vs Hombres fértiles	Hombres y mujeres infértiles Vs Hombres y Mujeres fértiles	Todos los hombres Vs Todas las mujeres
DESAJUSTE EMOCIONAL	+ Las mujeres infértiles	+ Las mujeres infértiles			
RECURSOS PERSONALES					
RECURSOS INTERPERSONALES					
RECURSOS ADAPTATIVOS					
ANSIEDAD RASGO	+ Las mujeres infértiles				+ Las mujeres en general
ANSIEDAD ESTADO	+ Las mujeres infértiles	+ Las mujeres infértiles			
AFECTO NEGATIVO	+ Las mujeres infértiles	+ Las mujeres infértiles			
AFECTO POSITIVO	+ Los hombres infértiles				
DIFICULTAD IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES					
DIFICULTAD DE EXPRESIÓN EMOCIONAL				+ El grupo infértil (hombres y mujeres en conjunto)	+ Los hombres en general
PENSAMIENTO ORIENTADO EXTERNAMENTE					+ Los hombres en general

Figura 1. Modelo Predictivo del Desajuste Emocional en personas infértiles

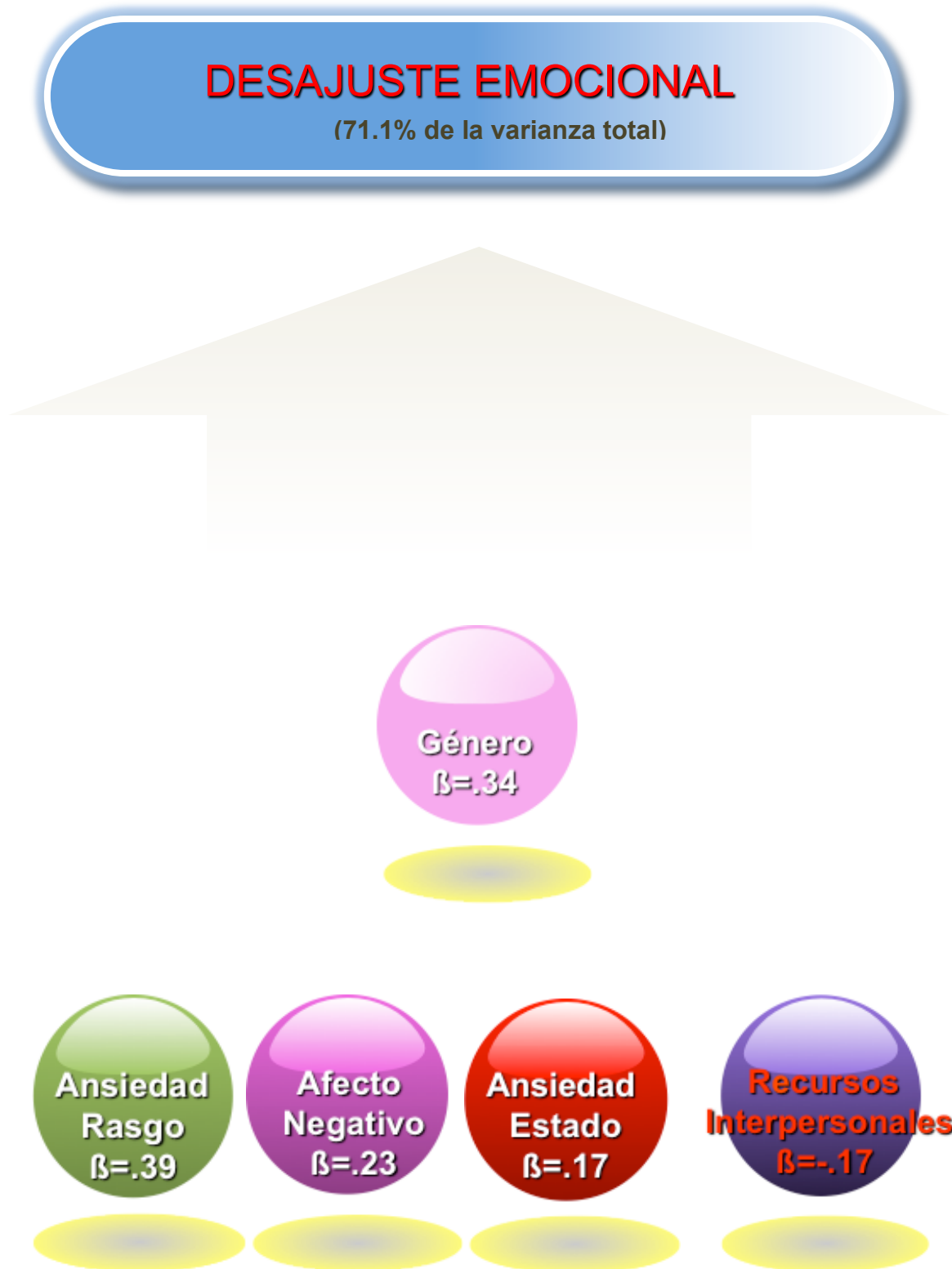
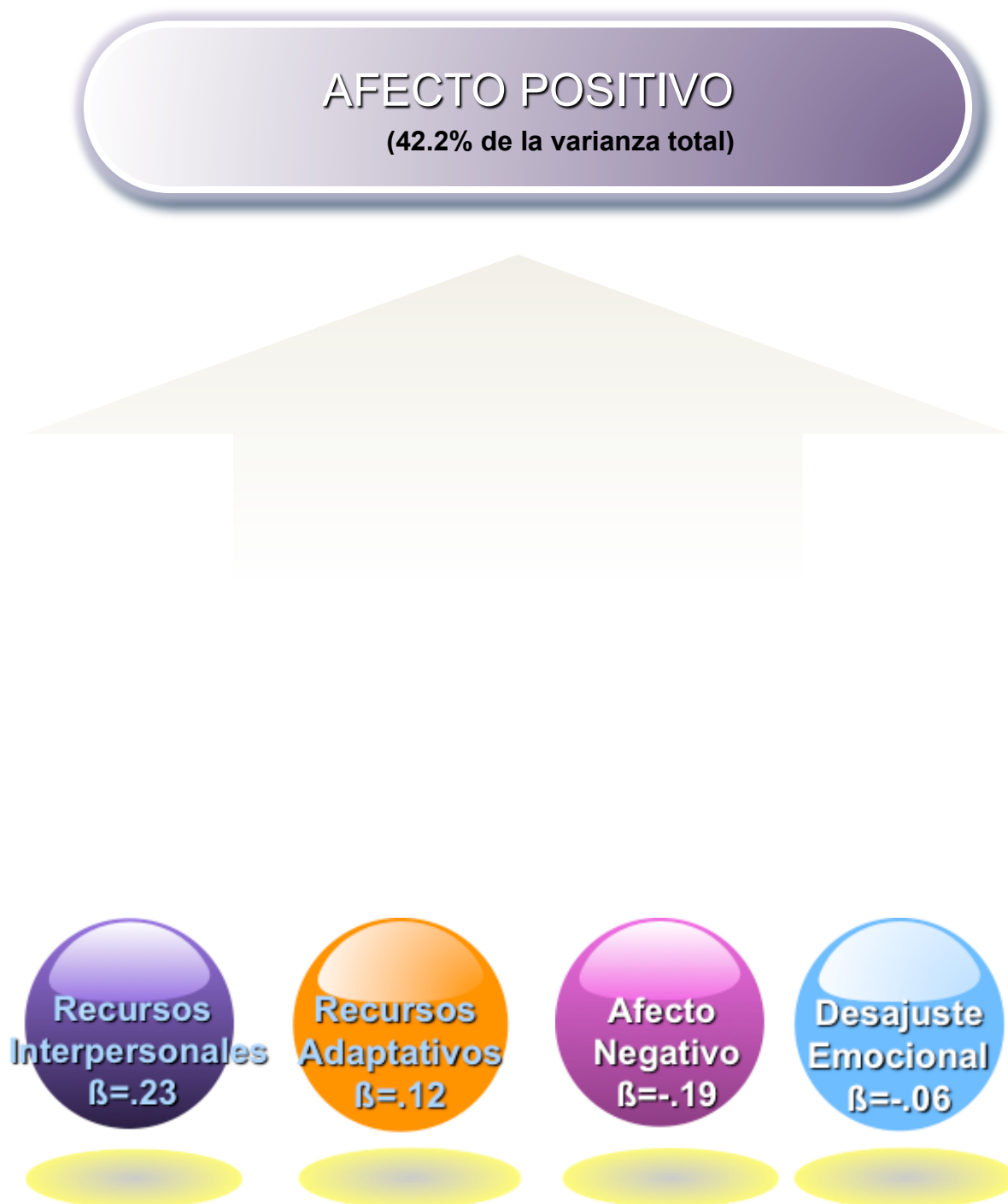


Figura 2. Modelo Predictivo del Afecto Positivo en mujeres infértiles



4. DISCUSIÓN

En esta discusión se integran los hallazgos obtenidos en las diferentes fases del estudio lo que ofrece una visión y análisis global de las publicaciones realizadas.

Los resultados de la presente tesis indican, cómo desde la fase de diagnóstico de infertilidad, las mujeres sufren un mayor desajuste emocional que sus parejas y que las mujeres que tienen hijos. Se constata así el efecto negativo que la infertilidad tiene en las mujeres, presentando mayores índices de malestar que las féminas de la población general (Coughlan, Walters, Ledger y Li, 2014; Hynes, Callan, Terry y Gallois, 1992; Lechner et al., 2007). Estos resultados colocan a las mujeres infértiles en una posición más vulnerable, con una mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales. Resultados similares se encuentran en otros estudios, donde las mujeres infértiles alcanzan mayores porcentajes de riesgo emocional (Huppelschoten et al., 2013). Van Dongen, Kremer, Van Sluisveld, Verhaak y Nelen (2012) evaluaron a parejas infértiles antes del comienzo de tratamiento de fecundación *in vitro* encontrando que un tercio de los participantes estaba en riesgo de desajuste emocional. Sin embargo, en un estudio reciente en población venezolana, no se encontraron diferencias de género significativas, presentando ambos miembros de la pareja niveles medios de desajuste emocional, lo cual no supone un factor de riesgo de alteraciones emocionales según estos autores (Rivero, Quintero, Montiel, Karame y Alarcón, 2015).

Se observa una mayor tendencia de las mujeres en general (fértiles e infértiles) a manifestar mayores niveles de ansiedad rasgo que los hombres. En muestra española con población no clínica se hallaron resultados similares, las mujeres exhibían niveles más elevados de ansiedad rasgo que los hombres, sin embargo no se encontraron diferencias de género en ansiedad estado (Fonseca-Pedrero, Paino, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez, y Muñiz, 2012). En nuestro estudio, las mujeres infértiles presentan mayor ansiedad estado que los hombres infértiles y que las mujeres fértiles, por lo que se podría atribuir estas diferencias al proceso de infertilidad que están viviendo. Resultados en este sentido son habituales en el campo de la infertilidad y de su tratamiento (Deka, y Sarma, 2010; Dyer et al., 2005).

Mahajan et al. (2010) exponen las variaciones en ansiedad estado, afecto positivo y afecto negativo durante un ciclo de tratamiento reproductivo. Las puntuaciones en ansiedad estado y afecto negativo aumentan en las etapas más estresantes, durante la captación de óvulos y transferencia de embriones, siendo las puntuaciones de afecto positivo inferiores las obtenidas en la línea base. Estos dos momentos son especialmente críticos para la mujer, porque recibe ambas intervenciones. En nuestro estudio, aplicado en la fase de diagnóstico de la infertilidad, las mujeres presentan mayor ansiedad estado, mayor afecto negativo y menor afecto positivo que los hombres infértiles. Este mayor nivel de malestar, incluso antes de iniciar el tratamiento de reproducción asistida, puede producirse por la asunción de un mayor grado de responsabilidad sobre todo lo que va a acontecer durante el proceso de fertilización.

Además, se ha constatado que las mujeres infértiles obtienen mayores puntuaciones en afecto negativo que las mujeres fértiles, sin que existan entre ellas diferencias en afecto positivo. Estos resultados contrastan parcialmente con un estudio, dónde se encontró como mujeres con fallos de implantación y pérdidas recurrentes del embarazo tenían puntuaciones significativamente más altas en afecto negativo y más bajas en afecto positivo, que las mujeres fértiles (Coughlan et al., 2014). La falta de diferencias en afecto positivo entre los grupos fértil e infértil es un hallazgo inesperado en la presente tesis al constatar en otros estudios resultados que apuntan en la dirección contraria (Thompson, Woodward y Stanton, 2011). Este hecho puede relacionarse con el momento de la evaluación que, en la fase de diagnóstico de infertilidad todavía, tanto hombres como mujeres, conservan un índice de esperanza y de ilusión elevado. La evidencia de investigaciones previas han sugerido que una gran proporción de las parejas son optimistas sobre la consecución de sus objetivos y creen que sus posibilidades de éxito son mayores, que las que realmente les ofrecen (Kowalcek, Kasimzade y Huber, 2003; Reading, 1989).

Estos resultados parecen indicar en otros estudios que la disminución del afecto positivo que acontece tras varios intentos de reproducción asistida, puede no ser debida a la infertilidad en sí, sino al manejo de la frustración y decepción tras los repetidos fracasos (Mahajan et al., 2010). El desgaste asociado a las tensiones acumuladas de varios ciclos de tratamiento, van disminuyendo su resistencia al estrés y su capacidad de recuperación (Turner et al., 2013). Cierta nivel de estrés y malestar, puede ser favorecedor del embarazo, según apuntan algunos estudios en mujeres sometidas a tratamientos de fertilización (Cooper, Gerber, Mcgettrick y

Johnson, 2007; Li, Newell-Price, Jones, Ledger, y Li, 2012), seguramente indicando mayor compromiso y orientación hacia el embarazo. Esto no debe hacernos olvidar que si esta tensión es excesiva y/o mantenida en el tiempo, podrá complicarse y derivar en un trastorno emocional, máxime si no se consigue el ansiado bebé.

La mayor parte de la investigación de la psicología en el campo de la infertilidad tiene como objeto el análisis de la parte femenina de la pareja, al ser ella la que físicamente recibe el tratamiento y al constatarse en diversos estudios la mayor probabilidad en la mujer a la hora de padecer alteraciones emocionales cuando está en tratamiento de reproducción asistida (Culley, Hudson y Lohan, 2013; Del Castillo, Moreno-Rosset, Martín, García-Fernández y Urries, 2008; Pook y Krause, 2005; Schmidt et al., 2005; Verhaak, 2005; entre otros). En la literatura revisada, así como en la presente tesis, encontramos en las mujeres infértiles una tendencia de mayor malestar, alcanzando puntuaciones superiores en aquellas variables que reflejen tensión y un estado de ánimo disfórico (Beaurepaire, Jones, Thiering, Saunders y Tenant, 1994; Jordan y Revenson, 1999; Musa et al., 2014; Peterson et al., 2006; Wichman, Ehlers, Wichman, Weaver y Coddington, 2011).

Este mayor malestar que hemos detectado ya en la fase de estudio de la fertilidad, puede derivarse de la vivencia desde que empezaron los intentos de concepción hasta la primera consulta en la unidad de reproducción. Otro factor destacable en la mayor repercusión negativa de la infertilidad en el grupo femenino, es el impacto de la edad y la urgencia que supone para ellas lograr la maternidad (Balén, 2005). Desde que se abandonan los métodos anticonceptivos con la intención de tener un bebé, las ilusiones, las decepciones, los repetidos intentos, el

paso de los meses, del tiempo, de la edad que avanza, significan un proceso estresante para las mujeres infértiles (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2009).

En lo referente a los resultados obtenidos en los hombres, la inexistencia de diferencias en desajuste emocional entre infértiles y fértiles contrastan con otras investigaciones que obtuvieron resultados en sentido opuesto, revelando que los hombres infértiles adolecen de mayor desajuste emocional que los fértiles (Akhondi et al., 2013; Dhaliwal, Gupta, Gopalan y Kulhara, 2004). Estas diferencias tal vez puedan ser explicadas por el momento de evaluación psicológica de nuestro estudio, realizada en la fase de diagnóstico de infertilidad, en este periodo el hombre presumiblemente pueda presentar un buen ajuste emocional. Además, cuando la pareja llega a la unidad de reproducción puede llevar un año o más intentando el embarazo, la mujer es la depositaria de las señales físicas del éxito o fracaso de estos intentos, por lo que es lógico pensar que sufrirá mayor desgaste emocional que su pareja.

Tampoco se han encontrado diferencias significativas en las variables, afecto negativo, afecto positivo y ansiedad estado-rasgo entre el grupo masculino infértil y fértil. Estos resultados están en la línea de algunos estudios dónde tampoco se detectan diferencias en el nivel de bienestar emocional entre hombres en tratamiento de inseminación y quienes están esperando un hijo (Dhillon, Cumming y Cumming, 2000). Sin embargo, en otros trabajos, como en el de Beaureapire et al. (1994) se informa de un aumento clínico de la ansiedad en los hombres infértiles al inicio del

tratamiento, con puntuaciones en la escala ansiedad-estado del STAI superiores a la población normal (38% versus 15%, $p < .001$).

Las puntuaciones del estado emocional en la población infértil pueden estar enmascaradas por el efecto de la alexitimia que impide la identificación o expresión de lo que verdaderamente sienten. Esto puede resultar especialmente relevante en el grupo de hombres, siendo una causa probable de la falta de diferencias en todas las variables entre fértiles e infértiles. En nuestro estudio descubrimos un efecto significativo del factor dificultad de expresión emocional sobre la variable fertilidad, mostrando las personas infértiles (tanto hombres como mujeres) una mayor dificultad de expresión emocional que las fértiles, Conrad et al. (2001) obtuvieron resultados similares en su estudio con hombres infértiles.

En la presente tesis el grupo de hombres infértiles y fértiles presenta puntuaciones significativamente superiores comparado con el grupo de mujeres en dos de las escalas de alexitimia, concretamente en el patrón de pensamiento orientado a lo externo y en dificultad de expresión emocional, lo que corrobora la tendencia en la población general de mayor alexitimia en los hombres (Brody, 1993; Kring y Gordon, 1998; Levant, Hall, Williams y Hasan, 2009), hecho que puede estar modulando la diferente vivencia emocional expresada por cada género.

Todo esto pone de relieve la importancia de la alexitimia sobre todo en la esterilidad masculina, en consonancia con resultados empíricos que podrían interpretar ésta como un recurso defensivo ante la depresión, debido a que para ellos es más fácil realizar quejas somáticas que emocionales (Conrad et al., 2001).

Se ha demostrado que el estrés psicológico afecta a los diferentes parámetros del esperma lo que puede contribuir más a una sensación de inadecuación sexual, influyendo también en la función eréctil (Keylor y Apfel, 2010). Hay que tener en cuenta que los sentimientos sobre la fertilidad y potencia sexual están unidos en muchos hombres, no es de extrañar que puedan utilizar la alexitimia como evitación del malestar y sus consecuencias.

En relación a los recursos adaptativos, no se han reconocido en este estudio diferencias en función del género en recursos personales e interpersonales. Otras investigaciones, que realizaron las evaluaciones en las fases iniciales o de diagnóstico, corroboran estos resultados. Encontrando, por ejemplo, un buen ajuste y estabilidad de pareja al inicio del tratamiento, mostrando unos buenos recursos interpersonales a nivel ajuste marital, bienestar extrapolable seguramente a los demás recursos en los primeros pasos del periplo infértil (Borneskog, Svanberg, Lampic y Sydsjö, 2012).

La similitud en las puntuaciones de los recursos con la muestra general está en la línea de las hipótesis planteadas en este estudio. No se han encontrado diferencias significativas entre la población fértil e infértil en ninguno de sus dos factores (recursos personales y recursos interpersonales) ni en el factor total (recursos adaptativos). Con respecto a los recursos personales, al ser rasgos estables de personalidad, no tienen por qué mostrar diferencias *a priori* entre los cuatro grupos, pues existe una representación aleatoria en cada muestra que participa en el estudio. Es bastante probable que estos recursos adaptativos que al inicio se muestran preparados en condiciones similares a la población general,

podieran necesitar ser aumentados durante el proceso de tratamiento. Rivero et al. (2015) hallaron que durante el tratamiento de reproducción las mujeres presentaban un nivel medio en recursos adaptativos (percentil 65) por lo que se podía prever que poseían estrategias y actitudes para afrontar adecuadamente la infertilidad. En los hombres el nivel de recursos adaptativos fue alto (percentil 75), infiriendo una posible mayor capacidad en la muestra masculina de afrontar con éxito y manteniendo el funcionamiento del individuo ante situaciones estresantes.

El realizar diferentes ciclos de reproducción asistida que puedan suponer un estrés elevado y sostenido en el tiempo, incrementará el malestar y con él, la necesidad de mayores recursos. Precisamente esto sucedió en un estudio realizado con una muestra de 50 personas infértiles y 50 fértiles (Moreno-Rosset et al., 2009), mostrándose la población infértil superior en sus puntuaciones en recursos adaptativos y personales. Las diferencias en recursos irían surgiendo por la necesidad de ponerlos en marcha para afrontar los distintos tratamientos médicos y las emociones subyacentes a los mismos. Surge clara la necesidad de realizar estudios con muestras mucho más amplias con el fin de comprobar la hipótesis de Jenaro et al., (2008) acerca de que los problemas de salud crónicos, como la infertilidad, pueden acrecentar los recursos personales para afrontar dicha situación. En esta línea, Mahajan et al. (2009) encuentran que el modelo compuesto por variables intrapersonales explicaba un mayor porcentaje del ajuste a la infertilidad, en este modelo se incluyeron tanto recursos como vulnerabilidades personales.

La diferente vivencia de la infertilidad para cada miembro de la pareja que aparece en este estudio queda patente en otras investigaciones (Thompson et al.,

2011) indicando que estas divergencias pueden no solo estar causadas por la presencia o ausencia de ciertas emociones, afectos y recursos, sino por la heterogénea correlación entre estas variables en hombres y mujeres. Con la perspectiva de un enfoque preservador de la salud, se ha intentado obtener un modelo predictivo de dos variables de especial relevancia en esta tesis. Por un lado, se investiga un modelo predictor del desajuste emocional como posible pródromo de una psicopatología más severa y por otro lado, consideramos importante dilucidar las variables predictivas del afecto positivo, considerando a esta variable como protectora de la salud emocional.

Al analizar las relaciones predictoras del resto de variables con respecto al desajuste emocional, los resultados permiten concluir que la variable sexo, como variable moduladora y el efecto parcial de la variable ansiedad rasgo son los que en mayor porcentaje explican el desajuste emocional, seguidos del afecto negativo, ansiedad estado y bajos recursos interpersonales.

Este modelo explica la especial vulnerabilidad de la mujer durante la infertilidad. Como se ha expuesto anteriormente, la mujer inmersa en el proceso de reproducción presenta mayores puntuaciones que sus compañeros en todas las variables generadoras de malestar. Más allá de las diferentes vicisitudes que afrontan, pueden ser sus propios bucles emocionales los que empeoren su ajuste y dificulten su bienestar. Aunque como hemos visto, las puntuaciones halladas no alcanzan el grado de psicopatología, el mantener en el tiempo con la repetición de tratamientos, este círculo negativo puede provocar que se desarrolle un trastorno psiquiátrico (Lok et al., 2002; Oddens et al., 1999; Palacios et al., 2002). Las

dificultades relacionadas con el tratamiento (inyecciones hormonales, los efectos secundarios, las intervenciones quirúrgicas...) o los acontecimientos psicológicos que van parejos a los tratamientos (miedo a las decisiones de tratamiento, número de embriones transferidos, impotencia, incontrolabilidad...) van aumentando la ansiedad estado y el afecto negativo y van disminuyendo el afecto positivo (Mahajan et al., 2010). Los resultados que muestran esta predicción o retroalimentación en la mujer, en contraste con la falta de modelo predictivo en el hombre, pueden ser la pista que arroje luz sobre la mayor vulnerabilidad de la mujer en el proceso de infertilidad.

Por otro lado, la disposición del apoyo social como factor que ayuda a disminuir el desajuste emocional está ampliamente refrendada en la literatura sobre infertilidad (Mahajan et al., 2009; Maillet, 2003; Peterson, 2002; Verhaak, 2005). Tal vez estos recursos interpersonales, a través de la expresión y drenaje de las emociones, facilita a la mujer el salir de esa retroalimentación negativa en la que puede sumergirse durante los tratamientos de reproducción asistida.

Cuando se explora el modelo predictivo del afecto positivo volvemos a advertir las diferencias de género en la relación entre las variables estudiadas. En este sentido, se observa como en los varones esta variable sólo se relaciona con el afecto negativo, mientras que en las mujeres el afecto positivo es predicho por un menores tasas de afecto negativo y de desajuste emocional y por mayores recursos adaptativos e interpersonales. Resultados interesantes, que exponen la gran variabilidad inter-género en la relación interna entre los distintos factores que indican bienestar y malestar, así como su relación con los recursos adaptativos de ambos.

Resulta importante destacar que en el caso de las mujeres infértiles el afecto positivo se relaciona de forma directa con sus recursos adaptativos, destacando los recursos interpersonales. Resultados que están en sintonía con otros estudios que han relacionado el afecto positivo con mayor participación social, autoinforme de sucesos placenteros y frecuencia de ejercicio físico (Clark y Watson, 1988; Watson, 1988). En el área que nos ocupa, se han expuesto factores como la aceptación cognitiva de la infertilidad (tratando de aceptar y sacar el máximo provecho a la situación), la búsqueda de metas u objetivos de vida en otros ámbitos y el apoyo social relacionados directamente con el afecto positivo y el bienestar de las mujeres infértiles (Kraaij, V., Garnefski, N., y Schroevers, 2009; Terry y Hynes, 1998; Thompson et al., 2011; Verhaak et al., 2005). Asimismo, un recurso personal como el optimismo predecirá no solo el afecto positivo, sino que ésta relacionado con un menor riesgo de aborto (Klonoff-Cohen et al., 2001).

En otro sentido, el desajuste emocional y el afecto negativo se presentan como predictores negativos del afecto positivo, hecho ya referido por otros autores. Parece ser que el nivel de afecto positivo o negativo puede ser un buen indicador de protección o de vulnerabilidad frente al desajuste emocional de la pareja con problemas de fertilidad, así como para el resultado de los tratamientos reproductivos (Durning y Williams, 2004). Podemos presumir que estrategias de intervención con técnicas de manejo del estrés, en especial las técnicas que reduzcan el malestar, serían aconsejables para la promoción del afecto positivo y bienestar de ambos miembros de la pareja, pudiendo influir incluso en mayores tasas de embarazo (Mata et al., 2007; Turner et al., 2013).

Cómo ya se ha expuesto, en las mujeres se destaca la mayor participación de variables en el modelo explicativo del afecto positivo, lo que puede deberse a la mayor complejidad emocional asociada comúnmente a este sexo. Sorprende encontrar la falta de relación de esta variable, en especial con los recursos adaptativos (personales y/o interpersonales) en los hombres, parece que, o bien poseen una disposición natural e independiente hacia esta actitud de alta energía, concentración completa y agradable dedicación, o bien los factores que pronostiquen o influyan en positivo en esta variable en los varones, sean diferentes a los revisados aquí. Lo que si queda claro es que las mujeres, para conseguir este afecto positivo, necesitan que estén armonizadas convenientemente otras variables, en un conjunto considerablemente más numeroso que en los hombres. Por lo que las mujeres, en especial, se beneficiarán de técnicas terapéuticas encaminadas al aumento de emociones y actitudes positivas. Krajj et al. (2009) encontraron que las estrategias cognitivas como la reevaluación positiva, afrontamiento activo, el uso de apoyo emocional, el compromiso con el objetivo y una significación positiva de la infertilidad (en términos de crecimiento personal) estuvieron asociados al afecto positivo. Mientras que la autoinculpación, la rumiación, el catastrofismo y la retirada del objetivo se correlacionaron positivamente con el afecto negativo. Estos hallazgos sugieren que una manera positiva de manejar la falta involuntaria de hijos se relacionará con el afecto positivo, es decir, el grado en que una persona se siente entusiasta, activo y alerta.

El trabajo con la afectividad requiere de la buena praxis y sentido común del clínico, debiendo prestar especial atención al momento en que promueve unas facetas u otras. Así, en el momento del diagnóstico, o tras cada resultado fallido

(incluido el aborto), será el momento de reducir el afecto negativo, no de aumentar el afecto positivo. Ya que un bajo afecto positivo en esos momentos está relacionado con mayor posibilidad de embarazo (Li et al., 2012), seguramente porque es la emocionalidad más natural y adecuada al momento. Durante el tratamiento y en los periodos entre los diferentes ciclos, promover el afecto positivo sería lo recomendable para mantener un nivel de ajuste que proteja del desgaste acaecido por la repetición de tratamientos.

En parejas infértiles se constata que la vivencia afectiva y emocional es distinta, por ello hay que seguir investigando con el propósito de diseñar programas de apoyo y tratamiento psicológico que tengan en cuenta estas diferencias y que trabajen tanto en la disminución del malestar o estrés como en la promoción de afectos positivos en ambos miembros de la pareja, así como en los recursos adaptativos, en especial los relativos al apoyo social o interpersonales. Promover habilidades sociales y fomentar los comportamientos que aumenten la calidad de vida son objetivos que la Psicología Positiva propone a favor de la prevención de los trastornos emocionales. Fomentar las emociones positivas y el ajuste son objetivos que deben ser incorporados en los programas de consejo, apoyo e intervención psicológicos.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados, es posible sugerir las siguientes conclusiones respecto a los hombres y mujeres infértiles, que se encuentran en la fase de diagnóstico de su primer ciclo de reproducción asistida:

- I. Al inicio del tratamiento médico, las mujeres infértiles presentan mayor malestar (desajuste emocional, ansiedad y afecto negativo) que sus compañeros y que las mujeres de la población general.
- II. Ser mujer y poseer una personalidad de corte ansioso son dos variables que predisponen considerablemente al desajuste emocional. Si además, se vive una situación estresante como es la infertilidad que provoca sentimientos de culpa, de frustración, de tristeza, de enfado (afecto negativo) y no se posee el adecuado apoyo social (recursos interpersonales), el riesgo de padecer este desajuste se eleva peligrosamente.
- III. Las puntuaciones de los hombres infértiles no refieren desajuste emocional, de hecho no difieren en ninguna escala de los hombres con hijos. No se debe descartar un posible malestar no expresado dada su mayor puntuación en alexitimia.

En cuanto al estudio de los afectos, se han encontrado unos resultados inesperados por su diversidad según el género. En las mujeres infértiles se ha encontrado que, variables como el desajuste emocional, el afecto negativo, bajos recursos interpersonales y adaptativos predicen en negativo el afecto positivo. No se encuentra esa misma predicción en los hombres infértiles, ya que la única variable que correlaciona con el afecto positivo en este grupo es el afecto negativo

- IV. Ambos miembros de la pareja infértil cuentan con recursos adaptativos en niveles similares a la población fértil, que son los que en general les permitirán afrontar la tensión asociada a la infertilidad y su tratamiento.

En consecuencia, debiéramos reflexionar sobre estos hallazgos y como psicólogos promover la calidad de vida de las parejas infértiles evaluándolas desde el primer contacto a la unidad de reproducción, momento en el que pueden detectarse aquellas personas con desajustes emocionales y afectivos. Por otro lado, a pesar de que sean las mujeres las que presentan puntuaciones superiores en desajuste emocional, afecto negativo y ansiedad estado y rasgo, debe atenderse las necesidades específicas de cada miembro de la pareja ya que cada parte puede sufrir procesos emocionales distintos y característicos del sexo al que pertenece.

5.1 Implicaciones prácticas

Esta tesis se ha realizado íntegramente en el ámbito de la consulta clínica, en convivencia con los problemas y sentires que aquí se han expuesto, nace de la

necesidad vivida como profesional que acompaña a parejas en el sufrimiento de la infertilidad. Se nutre de cientos de historias, emociones, lágrimas y sonrisas, de las personas que nos dan la confianza para acompañarles en la búsqueda de un bebé. Pensando en ellos y en tantos otros que están por pasar este difícil trance, el principal objetivo es conseguir avanzar en el conocimiento de sus necesidades. Ayudando a que conserven el mayor nivel de bienestar durante todo el proceso, sea cual sea su resolución colaborando en que la persecución de una ilusión de vida, no comprometa su estado de salud. Los resultados expuestos en esta tesis poseen una serie de implicaciones prácticas que pretenden servir de orientación a los profesionales del área de la infertilidad.

El proceso de infertilidad es un momento de capital importancia para las parejas, que ven suspendido en la incertidumbre su proyecto de vida. Muchas veces estas personas acuden a la consulta de psicología con un sentimiento de culpa por su estado de ánimo, que creen está causando o propiciando su problema (Lord y Robertson, 2005). En contra de esto, Boivin, Griffiths y Venetis (2011) en su meta-análisis, indican una falta de asociación entre angustia emocional previa al tratamiento y los resultados del embarazo en mujeres sometidas a un ciclo de tratamiento con una tecnología de reproducción asistida.

Las emociones no son buenas ni malas, son complejas y suponen un riesgo cuando no se manejan adecuadamente, en este estudio se ha querido avanzar en el conocimiento de dicha complejidad. Se ha expuesto la presencia de emociones y estados afectivos positivos y negativos en infertilidad, así como los recursos adaptativos que pueden ayudar a funcionar convenientemente. Como se ha

comprobado, al inicio del tratamiento cuando la pareja recibe el diagnóstico, ya presenta diferencias significativas que deben tenerse en cuenta a la hora de planificar el apoyo psicológico.

Un alto porcentaje de mujeres manifiestan formas subclínicas de ansiedad y depresión incluso seis meses después del ciclo de tratamiento final (Verhaak, 2005). En este trabajo se propone la importancia de identificar a estas mujeres antes del inicio del tratamiento, lo que hará posible la oferta de apoyo psicológico a las personas más vulnerables. Ofreciendo el asesoramiento pertinente, sensible a la diversidad de género. Estas diferencias de género pueden ser un arma arrojada que comprometa el ajuste marital si no se elaboran correctamente, unas expectativas erróneas de algún miembro de la pareja o de ambos pueden desembocar en frustración y falta de entendimiento. El profesional que les asesora puede ayudarles a integrar estas diferencias y verlas como una potencialidad (Del Castillo-Aparicio, Arnal-Remón, Moreno-Rosset, Ramírez-Uclés y Urries, 2014).

Antequera (2009) presenta las diferencias dentro de la pareja como una oportunidad para el crecimiento y maduración de ambos. Esta autora señala como la homeostasis de las parejas hace que cuando uno de los dos presenta mayor vulnerabilidad o fragilidad el otro intenta adoptar un papel protector. En esta tesis se propone que el estado de ánimo más disfórico presentado por la mujer puede ser acompañado con mejor disposición, por un hombre que presenta mayor afecto positivo y ajuste emocional que su pareja. Por otro lado, es importante transmitirles que un estado más positivo en la parte masculina no significa que no sienta, ni padezca, o que no se implique de igual manera, sino que su manejo de las

emociones es diferente o que incluso puede tener más dificultades para expresarse en ese sentido.

El psicólogo/a les explicará que las emociones o estados afectivos negativos son naturales, ya que corresponden al momento crítico que se está viviendo, por eso sería recomendable su expresión y aceptación. El riesgo derivará de instalarse en esos estados, con un excesivo énfasis en el problema llegando a la obsesión, provocando una deriva hacia estados patológicos de más difícil resolución. Por eso, es indispensable fomentar durante el tratamiento de reproducción asistida, la inclusión de emociones y actitudes positivas, de autocuidado, promocionando relaciones satisfactorias con la pareja, familiares y amigos. Se recomendará poder hablar del tema con personas de confianza, que no sean la propia pareja, para poder drenar la tensión acumulada si la hubiere. Será importante, de igual modo, la búsqueda de actividades y metas alternativas más allá de la consecución de un hijo.

Cada vez más a menudo las unidades de reproducción asistida incorporan en sus equipos a un psicólogo/a del que pueden disponer las parejas en cualquier momento del ciclo de reproducción para que les solvante cualquier duda o les apoye durante los momentos críticos en los que sus fuerzas decaen debido a la tensión sufrida por la misma infertilidad y por el tratamiento en sí. La intervención psicológica en infertilidad está ampliamente avalada, en la actualidad son múltiples los protocolos de actuación que han demostrado su eficacia (Ávila y Moreno-Rosset, 2008).

En un primer momento el profesional realizará un *screening* mediante los test pertinentes que indiquen el grado de malestar o desajuste emocional que tiene la pareja y sobre todo para detectar si alcanzan niveles psicopatológicos. En este trabajo se ha utilizado el cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad DERA (Moreno-Rosset et al., 2008) que resulta de especial utilidad para estos primeros momentos, mostrándonos no solo el nivel de desajuste emocional sino que incorpora en sus mediciones también el grado en que la pareja posee recursos adaptativos para afrontar su infertilidad y el tratamiento de la misma. De esta forma, ya se les está indicando a las parejas, no sólo que es probable que tengan algún tipo de desajuste, sino que además en el caso de tenerlo, existe la posibilidad de que cuenten entre sus recursos la manera de superarlo e incluso de utilizarlo como una oportunidad para crecer personalmente y en pareja.

Una vez realizada la evaluación psicológica de ambos miembros de la pareja es momento de proponer el protocolo de actuación pertinente a cada caso, se debe incluir tanto la manera de resolver el malestar que les aqueja como la posibilidad de aumentar o reforzar los recursos adaptativos que posean. Moreno-Rosset, Ávila-Espada, de Castro-Pita y Rodríguez-Muñoz (2015) obtuvieron resultados alentadores con ambos miembros de la pareja con su Programa de Apoyo Psicológico en la Infertilidad (PAPI), la mujer mostró un descenso en el desajuste emocional y ansiedad, así como un aumento en los recursos adaptativos y en la satisfacción con la pareja. Por otro lado, habitualmente cuesta que el varón se implique en las intervenciones y se acaba trabajando preferentemente con la mujer, como en el caso referido en el que el hombre participó menos que su esposa, aún así obtuvo mejoras con un aumento de su satisfacción con la pareja.

Respecto a las implicaciones prácticas derivadas de esta tesis se puede concluir lo siguiente:

1. Cuando una pareja llega a la Unidad de Reproducción Asistida una serie de acontecimientos han estado sucediendo, repercutiendo principalmente en la mujer: meses de intentos naturales fallidos, expectativas frustradas, mujeres alrededor que se embarazan, focalización hacia sus sensaciones corporales buscando señales de embarazo, menstruaciones como indicador de fracaso, etc. que van acumulando tensiones y desilusiones en ellas, en el cuerpo donde tiene que suceder el milagro. Será importante detectar dentro de la pareja, pero con especial atención a la mujer, quienes están en riesgo de seguir escalando en el nivel de malestar durante los tratamientos médicos, ofreciendo la ayuda adecuada a cada caso.
2. Hacer partícipe al hombre del trabajo psicológico con su mujer, nos confiere dos ventajas: la primera utilizar su mejor ajuste emocional en la promoción de un mejor ajuste de su pareja y por otro lado, permite realizar un seguimiento del estado del hombre durante el proceso médico, con atención especial a la dificultad de expresión habitualmente señalada en la población infértil, que hemos encontrado en la muestra española estudiada.
3. Los datos expuestos en esta tesis tienen especial relevancia en la orientación psicoterapéutica, ya que señalan unas necesidades terapéuticas especiales para cada género. La mujer muestra una mayor complejidad emocional, por lo que seguramente se beneficiará de afrontar diferentes variables al mismo

tiempo para aumentar su afectividad positiva, además será importante que cuente con recursos interpersonales que le acompañen en su proceso adecuadamente.

4. El modelo predictivo del desajuste emocional no solo nos sirve de guía en la prevención y detección de factores de riesgo, sino que muestra como ciertas variables generadoras de malestar se pueden retroalimentar aumentando la probabilidad de derivar en una psicopatología. Detectar a las personas más vulnerables debiera ser una labor responsable en cualquier Unidad de Reproducción Asistida, la asistencia integral de estas parejas deberá atender a todas las facetas de su salud y bienestar.

5.2 Futuras líneas de investigación

La labor investigadora es compleja y sujeta a multitud de variaciones e inconvenientes a lo largo del proceso. Al optar por un diseño transversal se pierde la perspectiva dinámica de lo que acontece en el viaje completo de la infertilidad para cada pareja. La experiencia de refundir los tres artículos publicados completando su discusión con lo publicado posteriormente, nos permite dotar a esta tesis de mayor transcendencia temporal, enriqueciéndose de la labor investigadora sobre este tema surgido en los últimos años. Por ello, es importante resaltar la metodología de preparación que se ha seguido, donde se ha intentado trenzar en todo momento un proceso bimodal, teórico y práctico.

Las aportaciones de este estudio pueden resumirse de la siguiente forma:

Primero, y a diferencia de la mayor parte de estudios realizados sólo a mujeres o a hombres infértiles, la evaluación psicológica se ha llevado a cabo a ambos miembros de la pareja y en la primera visita a la unidad de reproducción (habitualmente se evalúan las mujeres durante o al final del tratamiento de reproducción asistida) lo que permite analizar su estado emocional y sus recursos antes de verse inmersos e influenciados por el tratamiento médico.

Segundo, se ha incluido un grupo de personas fértiles, que permite comparar *in situ*, en un mismo momento temporal y social, dos poblaciones con una única diferencia: la infertilidad. En los artículos revisados se había detectado esta deficiencia, en la mayoría carecen de grupo control y realizan las comparaciones con la muestra normativa de los cuestionarios utilizados.

Tercero, cabe resaltar que la evaluación psicológica se ha llevado a cabo con rigor ético y científico y por profesionales de la psicología. Muchos de los estudios sobre las características psicológicas de mujeres infértiles se han realizado por profesionales de la medicina reproductiva que han centrado su interés en la relación entre los aspectos psicológicos y los resultados de los tratamientos médicos (embarazo o no).

Cuarto, se han seleccionado instrumentos de evaluación psicológica preferentemente no clínicos. Por un lado se ha utilizado el DERA específico para población infértil junto a otros como el PANAS que mide afecto positivo y negativo o la TAS-20 que mide alexitimia. En cuanto al STAI que mide una variable clínica

como es la ansiedad estado y rasgo, ofrece en este estudio información útil y complementaria al incluirlo en la batería de cuestionarios.

Por último, se ha realizado una investigación que tiene en cuenta tanto las vulnerabilidades como los recursos que pueden presentar las personas estudiadas. Es recomendable que la psicología integre en sus estudios al ser humano en su conjunto, buscando el conocimiento profundo y global de nosotros mismos, descubriendo tanto nuestras fortalezas como nuestras debilidades (Sánchez-Elvira, 2004).

Todo estudio conlleva, asimismo, limitaciones. Entre otras, podemos aludir al diseño transversal que conlleva la limitación del seguimiento con aplicación de medidas repetidas que permitiría conocer la evolución emocional, afectiva y de recursos de la muestra estudiada en fases posteriores. El acceso a una muestra amplia es complicado, en este caso puede ser objeto de estudios posteriores aumentar la representación muestral realizando medidas en diferentes momentos del tratamiento y replicar los resultados logrados al analizarlos conjuntamente. Un grupo de estudio mayor facilitaría también la representatividad en algunas variables, por ejemplo la causa de la infertilidad o el tiempo intentando tener un hijo, para poder analizar adecuadamente su impacto en el momento del diagnóstico.

A partir de este trabajo quedan abiertas varias líneas de investigación que pueden ser abordadas en un futuro. Existe un estudio longitudinal posterior a los que aquí se presentan coincidente en algunas variables y en los resultados encontrados así, Pérez-Ortega y Barraca-Mairal (2015) en un estudio de caso analizan los niveles

de estrés percibido, ansiedad, depresión, ira, desajuste emocional y recursos adaptativos durante todo el proceso de reproducción asistida, mostrando los cambios en el estado anímico a lo largo del tratamiento médico siendo diferentes en cada miembro de la pareja. En este caso la mujer refleja mayores niveles de malestar que permanecen estables durante todo el proceso, sin embargo tras la comunicación de resultados de fracaso en la fecundación en el hombre se observa un aumento en los niveles de estrés, tristeza, ansiedad e ira, siendo en algunas ocasiones superiores a la mujer. Sería interesante investigar en una muestra más amplia y representativa el nivel de estas mismas variables en diferentes etapas del tratamiento, pudiendo así refrendar los modelos predictivos propuestos en esta tesis.

Asimismo, sería interesante analizar el efecto de las mismas en las variables biológicas implicadas en el resultado de las técnicas de reproducción asistida, es decir en el logro o no logro del embarazo. Conocer estas relaciones puede ayudar en la orientación psicoterapéutica sobre las emociones más adecuadas en cada momento. Como hemos visto, ciertos niveles de estrés y afecto negativo en según qué momentos se relacionan con mayor probabilidad de embarazo (Cooper et al., 2007; De Klerk et al., 2008; Li et al., 2012).

Por otro lado, se necesita seguir buscando recursos y emociones positivas que ayuden a las personas con problemas de fertilidad. En este estudio no se han hallado relaciones entre los recursos personales y los afectos, sería conveniente profundizar en la búsqueda de estas relaciones, como se ha visto en otros estudios la resiliencia es un factor protector en las parejas ante el estrés de las infertilidad y les ayuda a mejorar su calidad de vida (Herrmann et al., 2011).

En cada sexo las interacciones entre los recursos y la afectividad son diferentes, por lo que las recomendaciones a cada uno también podrán variar. De hecho, la relación entre las distintas variables objeto de este estudio según el sexo difieren notablemente, lo que puede ir aclarando la diferente vivencia que supone la infertilidad en cada miembro de la pareja. Por ello, hay que seguir investigando con el propósito de poder diseñar un tratamiento psicológico no solo específico para la infertilidad sino con la consiguiente adaptación al género del sujeto al que va dirigido. Como se ha podido comprobar los correlatos psicológicos en ambos sexos difieren, por lo que aquello que funcione a nivel terapéutico con el hombre no tiene por qué hacerlo con la mujer, y viceversa. Habrá que analizar también con qué recursos cuentan las parejas que puedan ayudarles a superar la dificultad que tengan en identificar y expresar sus emociones favoreciéndoles el descargar la tensión que conlleva la infertilidad.

Hasta la fecha la mayor parte de las investigaciones se refieren al miembro femenino de la pareja que, como seguimos constatando, es quien experimenta un mayor malestar, perdiendo a veces de vista la inestimable ayuda que puede suponer la mejor adaptación que presenta el hombre como herramienta para el soporte y ánimo de la parte más lastimada de los dos. La pareja muchas veces vive estas diferencias de afrontamiento con malestar y falta de entendimiento, podemos desde la psicología ayudarles a verlo como una fortaleza propia de la pareja. Se necesitarán investigaciones para comprobar los resultados de este tipo de terapias optimizadoras e integradoras de estas diferencias.

6.PUBLICACIONES

6.1 Primer artículo

Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo.

Del Castillo Aparicio, M., Moreno-Rosset, C., Ramírez-Uclés, I. y Martín-Díaz, M.D. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo/Gender differences in affect, emotional maladjustment and adaptive resources in infertile couples: a positive approach. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 41-48/*Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 39-46.

versión en español: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_41-48.pdf

versión en inglés: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_eng_39-46.pdf

País de publicación: España

ISSN-e: 1669-6410

Base: INRECS (2011)

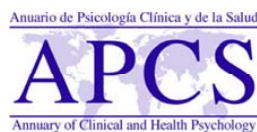
Área: Psicología

Factor de Impacto: 0.400

Posición de la revista en el área: 21

Número de revistas en el área: 60

Segundo cuartil



Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology, 5 (2009) 41-48

Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo

María Del Castillo Aparicio¹, Carmen Moreno-Rosset², M^a Dolores Martín Díaz³,
Isabel Ramírez –Uclés²

¹Licenciada en Psicología. Unidad de Reproducción Asistida. Clínica Quirón de Zaragoza (España)

²Doctora en Psicología. Dpto. Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNED (España)

³Doctora en Psicología. Dpto. Psicología Básica II. Facultad de Psicología. UNED (España).

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo evaluar en parejas infértiles el afecto positivo y negativo, así como el desajuste emocional y los recursos adaptativos en infertilidad, determinando asimismo, las diferencias debidas al género en dichas variables. La muestra está compuesta por 101 personas con problemas de fertilidad (51 hombres y 50 mujeres). Los instrumentos de evaluación utilizados son Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988) y el Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera & Jenaro, 2008). Los resultados ponen de manifiesto la existencia de diferencias debidas al género, mostrando las mujeres niveles más altos de afecto negativo y desajuste emocional, y los hombres un mayor nivel de afecto positivo. Asimismo se ha encontrado que en las mujeres infértiles el afecto positivo correlaciona de forma negativa tanto con el afecto negativo como con el desajuste emocional y de manera positiva con los recursos interpersonales y los recursos adaptativos. No encontrándose dichas correlaciones en el caso de los hombres. El análisis de regresión indica que es posible predecir el afecto positivo en las mujeres mediante dichas variables, explicando un 42.2% de la varianza. En este estudio hemos querido ampliar el abordaje de la evaluación en infertilidad introduciendo en el análisis, variables positivas como los recursos adaptativos y el afecto positivo, que pueden ofrecer una mejor orientación en el tratamiento psicológico de estas parejas.

Palabras clave: Infertilidad, Género, Afecto positivo, Desajuste emocional, Recursos adaptativos.

Recibido: 5 de noviembre de 2009

Aceptado: 8 de febrero de 2010

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de infertilidad es un impacto emocional clasificado como acontecimiento vital de sobrecarga crónica, porque se convierte en una preocupación constante a partir de ese momento (Witkin, 1995).

La infertilidad puede provocar un cúmulo de experiencias que cada pareja vive de manera distinta, no existiendo una única manera de afrontar la situación. Además aunque la infertilidad es un problema en la pareja, las respuestas a dicha experiencia pueden ser diferentes para cada miembro. Es difícil predecir la reacción de una persona ante el diagnóstico y recomendación de tratamiento de la infertilidad, sin embargo

determinadas reacciones son similares en todas las parejas (sorpresa, negación, rabia, aislamiento, etc.). Una vez que la pareja ha decidido “tener un hijo”, y sus intentos han sido infructuosos durante varios meses, multitud de sueños e ilusiones se van transformando en frustración, ansiedad y desesperanza, afectando también negativamente a las relaciones sociales significativas conduciendo a un sentido del aislamiento (Olshansky, 1996).

Investigaciones recientes han mostrado que el aumento en los niveles de ansiedad y depresión son comunes en las mujeres que reciben tratamiento de reproducción asistida (Pook & Krause, 2005a; Schmidt, Thomsen, Boivin & Andersen, 2005; Verhaak, 2005, entre otros). Los niveles de depresión alcanzan su valor más alto entre el segundo y tercer año de infertilidad (Peterson, Newton, Rosen & Skaggs, 2006). La importancia de la relación entre infertilidad y depresión es subrayada por algunos estudios, que sugieren que los altos niveles de depresión en las mujeres pueden derivar en un porcentaje menor de embarazos y en un menor compromiso en futuros ciclos de fecundación in Vitro.

Dirección de contacto: María Del Castillo Aparicio.
Facultad de Psicología. Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
C/ Juan del Rosal nº 10. 28040-Madrid. Spain.
E-mail: cmorenor@psi.uned.es.
E-mail: psicologiadelareproduccion@psi.uned.es

Del Castillo M., Moreno, C., Martín M.D., Ramírez-Uclés, I.: *Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo*

Algunos estudios comparan los niveles de ansiedad o depresión que presentan las parejas infértiles frente a las parejas con hijos y concluyen que existen mayores niveles de humor depresivo en las parejas con problemas de fertilidad (Oddens, Den Tonkelaar & Nieuwenhuys, 1999). Resultados similares encuentran Ozkan & Baysal (2006) al comparar los niveles de ansiedad entre una muestra de mujeres infértiles con un grupo de mujeres con hijos, encontrando que el grupo de personas infértiles presentan puntuaciones de ansiedad significativamente superiores. El mismo resultado ha sido encontrado en población española por Moreno-Rosset & Martín (2008).

Sin embargo, no todos los estudios obtienen resultados en el mismo sentido, realmente no existe un consenso claro en afirmar que las parejas infértiles sufran mayor ansiedad y depresión que la población general (Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat & Braat, 2007). Este hecho podría deberse a que dicha sintomatología depresiva y ansiosa, en determinados casos, no reúne las características ni los criterios necesarios para considerarse como trastorno psicopatológico. Los signos ansiosos y depresivos que se detectan en estas parejas podrían encuadrarse mejor en el concepto de desajuste emocional que proponen Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera & Flores (2008).

Estos aspectos han promovido en el campo de la infertilidad estudios centrados en evaluar variables afectivas, intentando ampliar el campo de variables analizadas y las áreas de interacción, encontrando relaciones significativas del estado afectivo con otros factores psicológicos como las altas expectativas de embarazo y el ajuste a la esterilidad y también con factores biológicos tales como número de ovocitos fertilizados y embriones transferidos. Así mismo se ha encontrado que el riesgo a no tener ningún nacimiento vivo resultaba ser un 93% más bajo en mujeres que tenían el afecto positivo más alto (Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan & Sieber, 2001).

En otra investigación similar se encontró que el 51% de la variación del ajuste a la fertilidad podía ser predicha significativamente por la edad y el afecto negativo, aunque las expectativas irreales altas y el ajuste a la esterilidad no se asociaron significativamente entre sí y solo el afecto negativo fue predictivo, lo que subraya la importancia de las emociones negativas influyendo en las expectativas y en la habilidad de procesar y adaptarse a las circunstancias difíciles (Durning & Williams, 2004).

Además, junto a la evaluación del desajuste emocional y los afectos positivo/negativo, es necesario conocer los recursos adaptativos que pueden tener las parejas infértiles y que les pueden servir de ayuda para afrontar la situación difícil que viven. No solo supone un problema la infertilidad, sino también pueden resultar estresantes los tratamientos de reproducción artificial. Tomando como modelo la definición del término realizada en el manual del cuestionario DERA (Moreno-Rosset, Antequera & Jenaro, 2008), se entiende como "recurso adaptativo" el conjunto de disposiciones tanto internas y estables (por ejemplo, determinados rasgos de personalidad) como externas y modificables (sería el caso del apoyo social) que

ayudan a los sujetos a afrontar las situaciones e intentar mantener o recuperar, en las distintas áreas vitales, el nivel de funcionamiento que presentaban antes de la aparición del suceso estresante. Como añaden estos autores, en el ámbito de las enfermedades crónicas, la adaptación ha sido entendida como la experiencia que los pacientes manifiestan de crecimiento personal. De tal manera que la crisis que representa la aparición de un acontecimiento vital puede ser, al mismo tiempo, una oportunidad para el crecimiento personal y para el desajuste emocional (Brennan, 2001).

Sirva como ejemplo de investigación que relaciona infertilidad con recursos adaptativos, el estudio realizado por Ardeni, Campari, Agazzi & Battista (1999) que evalúa junto a las repercusiones emocionales, aspectos de bienestar y personalidad, y en el que se definen aspectos positivos de las mujeres que reciben tratamientos de fecundación in Vitro como firmemente ancladas en la realidad, orientadas hacia el presente y con una actitud positiva hacia la vida; no hay signos de hipocondría o ansiedad con respecto a su integridad física; no muestran alteraciones en la autonomía o en la integración del yo ni problemas en la adaptación social o de comunicación; no están presentes los pensamientos depresivos pero sí los de esperanza, con equilibrio entre el optimismo y el pesimismo y una adecuada capacidad para controlar sus emociones, y no muestran sentimientos de malestar ante lo desconocido. A pesar de ello, a lo largo de su trabajo, los autores analizan la ansiedad y su relación con variables tales como el diagnóstico, las distintas fases de los tratamientos o el tiempo de duración de los mismos.

La falta de recursos personales e interpersonales que faciliten el ajuste a la infertilidad coloca en una posición vulnerable a muchas parejas. Existen evidencias empíricas de la influencia del afecto negativo y del estrés en el sistema hormonal de las mujeres, lo que puede sugerir una menor tasa de éxito de las técnicas artificiales reproductivas, aumentando cada vez más el malestar emocional con los riesgos que eso conlleva en todos los niveles de su vida. (Hendrick, Gitlin, Altshuler & Korenman, 2000; Pook, Krause & Rohrie, 2000; Sheiner, Sheiner, Carel, Potashnik & Shoham-Vardi, 2002; Stacy, 2004; Eskiocak, Gozen, Yapar, Tavas, Kilie & Eskiocak, 2005). Estos datos no solo aportan información sobre la importancia de las emociones y el estado psicológico como posible factor precursor y/o agravante de la infertilidad, sino también invitan a seguir investigando acerca de su posible efecto amortiguador e incluso favorecedor de la fertilidad.

La presente investigación tiene como objetivo estudiar el afecto positivo y negativo y el desajuste emocional en parejas infértiles y comprobar las diferencias que pueden aparecer entre ambos miembros de la pareja. Asimismo, se analizarán los recursos adaptativos tanto personales como interpersonales que presenta la muestra estudiada. Finalmente, se analizará el valor predictivo que las variables estudiadas puedan presentar sobre el afecto positivo en pacientes evaluados con infertilidad, pudiendo éste fomentar una mejor adaptación a la infertilidad. Con ello, se pretende conocer las variables y recursos que poseen

las personas que mejor encaran la dificultad para tener hijos, y de esta manera encontrar los factores que puedan ayudar a reparar el malestar de los que presentan desajuste. Se investiga este tema tomando en consideración las diferencias de género existentes desde una óptica positiva, de tal forma que los resultados obtenidos puedan ser utilizados para la complementación y el equilibrio de la pareja.

MÉTODO

Participantes

La muestra está constituida por 101 participantes, con problemas de infertilidad que acudieron a una Unidad de Reproducción Asistida privada de Zaragoza para solicitar estudio y tratamiento de reproducción asistida, de los cuales 51 son hombres y 50 mujeres. No se incluyó en el estudio a una participante debido a un error en la realización del cuestionario. La edad media del grupo de hombres es de 34.42 años (D.T.= 4.07), con valor mínimo de 25 y máximo de 40. La edad media del grupo de mujeres es de 35.88 (D.T.=4.37), con valor mínimo de 27 y máximo de 47.

Instrumentos

Para la evaluación de los participantes se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988). Adaptación de Sandín et al. (1999). Consta de 20 ítems a los que el individuo responde cómo se siente habitualmente, en una escala tipo Likert que oscila entre 1 "nada" y 5 "muchísimo". Mide afecto en dos dimensiones independientes y no correlacionadas. El afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante. El afecto negativo representa una dimensión general de malestar subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo. Los coeficientes alfa de Cronbach de la versión española aplicada en el presente estudio son para el grupo de varones [alfa = 0.89 (AP) y 0.91 (AN)] y para el de mujeres [alfa = 0.87 (AP) y 0.89 (AN)] (Sandín et al., 1999).

-Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad DERA (Moreno-Rosset, Antequera & Jenaro, 2008). Es un instrumento compuesto por 48 elementos con un formato de respuesta de escala Likert de 5 puntos que permite conocer el grado en que el sujeto considera falso o verdadero cada uno de los enunciados que se le presentan. Consta de cuatro factores: Desajuste emocional, Recursos personales, Recursos Interpersonales y Recursos Adaptativos. El coeficiente alfa de Cronbach de la escala global es de 0.85 y en cada una de sus subescalas presenta correlativamente una fiabilidad de 0.90, 0.57, 0.78 y 0.74. Los estudios de validez convergente con el cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes (CEA; Rodríguez-Martín, Terol, López-Roig & Pastor 1992) ofrecen evidencia de la validez del instrumento. Otros datos psicométricos pueden consultarse en Moreno-Rosset, Antequera & Jenaro (2009).

Procedimiento

Las parejas infértiles que acudían por primera vez a la Unidad privada de Reproducción Asistida para solicitar estudio y/o tratamiento de su infertilidad eran informadas de la investigación pidiéndoles su colaboración. No hubo ningún criterio de exclusión en cuanto a situación civil u orientación sexual. Las parejas que aceptaban participar firmaban el correspondiente consentimiento informado y pasaban a formar parte de la muestra de estudio.

En general las personas invitadas a participar lo hacían voluntariamente, y únicamente declinaron el ofrecimiento las parejas que tuvieron problemas debidos a la falta de tiempo. La selección de la muestra se realizó en seis meses.

Los instrumentos de evaluación psicológica eran cumplimentados en la misma clínica y de forma individual por cada uno de los miembros de la pareja. Este procedimiento (in situ y cada uno independientemente) evitaba posibles sesgos de evaluación. El estudio fue previamente aprobado por el Comité de Ética Asistencial del Centro.

RESULTADOS

Los análisis estadísticos se efectuaron mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. En primer lugar, para establecer las diferencias en función del Género en las diferentes subescalas del cuestionario PANAS (Afecto positivo y Afecto negativo) y en las subescalas que constituyen el cuestionario DERA (Desajuste emocional, Recursos personales, Recursos interpersonales y Recursos adaptativos), procedimos a realizar dos MANOVAS independientes, considerando como variable independiente el Género de los participantes (Hombre vs. Mujeres) y como variables dependientes las diferentes subescalas de los cuestionarios PANAS y DERA, respectivamente. La Tabla 1 muestra las medias y las desviaciones típicas en las diferentes variables.

	Hombres		Mujeres	
	Media	D.T	Media	D.T
PANAS				
Afecto positivo	37.59	4.91	35.62	5.32
Afecto negativo	20.57	4.60	25.54	6.56
DERA				
	Media	D.T	Media	D.T
Desajuste emocional	54.16	13.62	65.04	16.50
Recursos personales	40.51	4.22	41.58	8.21
Recursos Interpersonales	43.39	3.78	44.92	4.93
Recursos Adaptativos	83.93	6.48	86.50	10.28

Tabla 1. Medias y Desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en las subescalas del cuestionario PANAS y del cuestionario DERA

Los resultados del primer MANOVA, considerando como variable independiente la variable Género y como variables dependientes las dos subescalas del cuestionario PANAS (Afecto

Del Castillo M., Moreno, C., Martín M.D., Ramírez –Uclés, I: *Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo*

positivo y Afecto negativo) indican un efecto principal de la variable Género (Wilks' Lambda=0.835, $F(2,98)=9.669$ $p=0.000$, $\eta^2=0.165$). La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos.

Puesto que el MANOVA ha mostrado resultados estadísticamente significativos se procedió a realizar ANOVAS univariados para cada una de las variables dependientes. La Tabla 3 recoge los resultados de los ANOVAS independientes para cada una de las variables dependientes. Como podemos observar, encontramos un efecto significativo de la variable Género sobre la variable Afecto positivo ($F(1,99)=3.730$ $MCE= 26.224$ $p=0.050$, $\eta^2=0.035$), mostrando los mujeres infértiles un menor nivel de afecto positivo que los hombres infértiles, y sobre la variable Afecto negativo ($F(1,99)=19.506$ $MCE= 31.989$ $p=0.000$, $\eta^2=0.165$), mostrando las mujeres infértiles un mayor nivel de Afecto negativo que los hombres infértiles.

Los resultados del segundo MANOVA,

considerando como variable independiente la variable Género y como variables dependientes las cuatro subescalas del cuestionario DERA (Desajuste emocional, Recursos personales, Recursos interpersonales y Recursos Adaptativos) indican un efecto principal de la variable Género (Wilks' Lambda =0.781, $F(3,97)=9.084$ $p=0.000$, $\eta^2=0.219$). La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos.

En la Tabla 3 se recogen los resultados de los ANOVAS independientes para cada una de las variables dependientes. Como podemos observar, únicamente encontramos un efecto significativo de la variable Género sobre la variable Desajuste emocional ($F(1,99)=13.079$ $MCE= 228.633$ $p=0.000$, $\eta^2=0.117$), mostrando las mujeres infértiles un mayor grado de desajuste emocional que los hombres infértiles. El efecto del Género sobre las variables Recursos personales, Recursos interpersonales y Recursos Adaptativos no ha resultado significativo.

PANAS				
Género	Wilks' Lambda=0.835	$F(2,98)=9.669$	$p=0.000^*$	$\eta^2=0.165$
DERA				
Género	Wilks' Lambda=0.781	$F(3,97)=0.084$	$p=0.000^*$	$\eta^2=0.219$

Tabla 2. Resultados MANOVAS

PANAS (Afecto positivo)				
Género	$F(1,99)=3.730$	$MCE=26.224$	$p=0.05^*$	$\eta^2=0.036$
PANAS (Afecto negativo)				
Género	$F(1,99)=19.506$	$MCE=31.989$	$p=0.000^*$	$\eta^2=0.165$
DERA (Desajuste emocional)				
Género	$F(1,99)=13.079$	$MCE= 228.6$	$p=0.000^*$	$\eta^2=0.117$
DERA (Recursos personales)				
Género	$F(1,99)=$	$MCE=0.682$	$p=0.411$	$\eta^2=0.007$
DERA (Recursos interpersonales)				
Género	$F(1,99)=$	$MCE=3.055$	$p=0.084$	$\eta^2=0.030$
DERA (Recursos adaptativos)				
Género	$F(1,99)=$	$MCE=2.315$	$p=0.131$	$\eta^2=0.023$

Tabla 3. Resultados ANOVAS independientes/

Considerando las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en las variables evaluadas, en segundo lugar procedimos a realizar análisis de correlaciones de Pearson de forma independiente para el grupo de mujeres infértiles y para el grupo de hombres infértiles.

Siguiendo el objetivo de nuestro estudio se observó que, para el grupo de los hombres infértiles, la variable Afecto positivo tan sólo correlaciona significativamente de forma negativa con la variable Afecto negativo ($r = -0.313$, $p<0.025$). No se encuentra ninguna otra correlación significativa con el resto de variables. Sin embargo, efectuadas las correlaciones para el grupo de mujeres infértiles, observamos que la variable Afecto positivo correlaciona significativamente con las siguientes variables: de forma negativa con la variable Afecto negativo ($r = -0.468$, $p<0.001$), de forma negativa con la variable Desajuste emocional ($r = -0.499$, $p<0.000$), de forma positiva con la variable Recursos interpersonales ($r = 0.505$, $p<0.000$) y de forma positiva con la variable Recursos adaptativos ($r =$

0.452 , $p<0.001$). No existe correlación significativa entre la variable Afecto positivo y Recursos personales en el caso de las mujeres infértiles. Los resultados anteriores se muestran en las Tablas 4 y 5, respectivamente).

Considerando la correlaciones obtenidas para el caso de las mujeres infértiles, y con el objeto de comprobar el valor predictivo de las variables Afecto negativo, Desajuste emocional, Recursos interpersonales y Recursos adaptativos sobre el Afecto positivo en el caso de las mujeres infértiles se ha llevado a cabo un análisis de regresión lineal múltiple (*stepwise*).

El análisis de varianza debido a la regresión refleja la significación estadística global de la relación conjunta de la variable Afecto positivo con las variables predictivas ($F(4,45) = 8.228$, $p<0.000$ $MCE=17.812$). Según el análisis de regresión las variables Afecto negativo, Desajuste emocional, Recursos interpersonales y Recursos adaptativos predicen el 42.2% de la variable Afecto positivo. La

variable Recursos personales aparece fuera del modelo, esto es, no resulta predictiva como consecuencia de los resultados obtenidos en el análisis de correlación.

La constante, los coeficientes β para las variables predictoras, así como la recta de regresión se muestran en la Tabla 6.

	Afecto positivo	Afecto negativo	Desajuste emocional	Recursos Personales	Recursos interpersonales	Recursos adaptativos
Afecto Positivo		-0.313*	-0.244	0.180	0.256	0.272
Afecto negativo			0.606**	0.167	-0.315*	-0.075
Desajuste emocional				-0.169	-0.508**	-0.407**
Recursos Personales					-0.310*	0.832**
Recursos interpersonales						-0.786**

*La correlación es significativa al 0.05 (bilateral)

**La correlación es significativa al 0.01 (bilateral)

Tabla 4. Correlaciones entre las diferentes subescalas de los cuestionarios PANAS y DERA en hombres infértiles

	Afecto positivo	Afecto negativo	Desajuste emocional	Recursos Personales	Recursos interpersonales	Recursos adaptativos
Afecto Positivo		-0.468**	-0.499**	0.262	0.505**	0.452**
Afecto negativo			0.725**	-0.046	-0.259	-0.161
Desajuste emocional				0.005	-0.427**	-0.201
Recursos Personales					0.173	0.881**
Recursos interpersonales						0.618**

*La correlación es significativa al 0.05 (bilateral)

**La correlación es significativa al 0.01 (bilateral)

Tabla 5. Correlaciones entre las diferentes subescalas de los cuestionarios PANAS y DERA en mujeres infértiles

Constante : 23.188	Coefficientes Beta (β)
Afecto negativo (AN)	-0.193
Desajuste emocional (DE)	-0.060
Recursos interpersonales (RI)	0.230
Recursos adaptativos (RA)	0.127
RECTA DE REGRESIÓN	
Afecto positivo= 23.188+(-0.193)·AN (-0.060)·DE(+0.23)·RI(+0.127)·RA	

Tabla 6. Constante, coeficientes β y recta de regresión (mujeres infértiles)

En el caso de los hombres infértiles, dado que el Afecto positivo únicamente correlaciona significativamente de forma negativa con la variable Afecto negativo, no tiene sentido el análisis de regresión múltiple, y es así como estadísticamente se manifiesta en el análisis de varianza debido a la regresión mostrando una no significación estadística de la relación conjunta de la variable Afecto positivo con las variables predictoras ($F(4,46)=2.254$, $p<0.078$, $MCe=21.964$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran diferencias en función del género en las personas infértiles en afecto negativo y desajuste emocional, siendo las mujeres las que presentan niveles significativamente superiores a los hombres, que solamente puntúan superior en afecto positivo. Este resultado estaría en la misma dirección de otros

estudios que encuentran que en parejas infértiles, las mujeres presentan niveles más elevados de ansiedad, desajuste emocional y afecto negativo (Oddens et al. 1999; Castro, Borrás, Pérez-Pareja & Palmer, 2001; Dyer, Abrahams, Mokoena, Lombard & Van der Spuy, 2005; Verhaak et al. 2007; Del Castillo, Moreno-Rosset, Martín, García-Fernández & Urries, 2008; Moreno-Rosset & Martín, 2008).

Al analizar los resultados por separado para cada género, se observa que en los varones, cuanto mayor es el afecto positivo menor es el afecto negativo. Por el contrario, en las mujeres cuanto mayor es el afecto positivo menor es el negativo y el desajuste emocional así como, mayores los recursos interpersonales y adaptativos. Estos resultados están en consonancia con otros que sostienen que los hombres mantienen mejores niveles de equilibrio emocional que las mujeres, sin que se detecten diferencias en el nivel de bienestar emocional entre hombres en tratamiento de inseminación y quienes

Del Castillo M., Moreno, C., Martín M.D., Ramírez –Uclés, I.: *Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo*

están esperando un hijo (Dhillon, Cumming & Cumming, 2000). Otros estudios no sistematizados, han constatado como el fomentar emociones positivas en varones infértiles ha favorecido procesos de fecundación artificial (Benedek, Ham, Robbins & Rubenstein, 1953). Sería importante esclarecer hasta qué punto esto no es producto de la mayor dificultad de algunos varones infértiles para expresarse emocionalmente (Conrad, Schilling, Langenbuch, Haidl & Liedtke, 2001).

Finalmente, los hallazgos de este estudio en cuanto a que el afecto positivo en las mujeres es predictivo de un menor afecto negativo, menor desajuste emocional y mayores recursos interpersonales y adaptativos, ofrece una información relevante en cuanto a la orientación terapéutica adecuada en los casos de infertilidad. Cómo se ha podido comprobar en la literatura citada anteriormente el afecto negativo y el desajuste emocional están muchas veces comprometidos en los intentos fallidos de reproducción artificial (Pook et al. 2000; Eskiocek et al., 2005), y a la luz de los resultados de este estudio nos podemos preguntar si al fomentar el afecto positivo dada su relación con las variables de malestar, pueden aumentar las tasas de éxito de los tratamientos reproductivos. No hay que olvidar investigaciones que muestran como el afecto positivo estaba relacionado con un menor riesgo a no tener ningún nacimiento no vivo (Klonoff-Cohen et al. 2001). Dada la larga tradición en psicología en el estudio de variables negativas pueden ser necesarias nuevas investigaciones en las que se analice la infertilidad y su relación con variables positivas que no sólo ayuden a afrontar con mayor bienestar los tratamientos, sino que puedan suponer una inestimable ayuda al éxito de éstos. Lo que constataría la conveniencia de potenciar fortalezas y comportamientos que aumenten la calidad de vida y el bienestar de estas parejas, y muy especialmente aquellos aspectos relacionados con los recursos interpersonales que han demostrado en el presente estudio tener una estrecha relación con el afecto positivo, confirmándose lo que Fernández-Abascal (2009) afirma en relación a que la principal fuente de afecto positivo son las relaciones que mantenemos con otros, ejerciendo un efecto bidireccional.

Diversos estudios han encontrado cómo los recursos interpersonales facilitan la adaptación a la enfermedad ejerciendo un papel protector ante las circunstancias estresantes (Carver, Pozo-Kaderman, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat & Clark, 1993; Scheier & Carver, 1997; Maddi & Hightower, 1999; Maddi, 2006). Otros confirman una relación entre el apoyo social, el afecto positivo y un gran nivel de bienestar (Greenglass & Fiksenbaum, 2009). Es un hecho contrastado la importancia de las relaciones interpersonales en el ajuste y acomodación a la enfermedad (Barrón, 1996; Östberg & Lennartsson 2007).

Este trabajo puede ser objeto de mejoras que ampliarían la información contenida en el mismo, los resultados obtenidos debemos observarlos con cautela al no haber tenido en cuenta el momento del tratamiento en el que estaba cada pareja, como en otros estudios en el área de la infertilidad (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2009) el acceso a una muestra amplia es complicado. Respecto a las

limitaciones de la presente investigación, hemos de indicar que, como ocurre con la mayor parte de los estudios sobre este tema, las muestras utilizadas están compuestas por parejas que aceptan someterse a las técnicas de reproducción asistida, por lo que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a aquellos sujetos con problemas de infertilidad que optan por no someterse a estos tratamientos (Newton, Sherrard, y Glavac, 1999). Es precisamente el estudio de estos sujetos lo que nos permitiría diferenciar los efectos de la infertilidad de los generados por las técnicas de reproducción asistida (Berg, 1994).

A partir de este trabajo quedan abiertas varias líneas de investigación que pueden ser abordadas en un futuro, entre otras puede investigarse como apuntábamos anteriormente el nivel de estas mismas variables en diferentes momentos del tratamiento, también sería interesante analizar el efecto de las mismas en las variables biológicas implicadas en el resultado de las técnicas de reproducción asistida, es decir en el logro o no logro del embarazo.

Por otro lado se necesita seguir buscando recursos y emociones positivas que ayuden a las personas con problemas de fertilidad. Habrá que analizar con qué recursos personales e interpersonales cuentan las parejas que puedan ayudarles a superar la dificultad que tengan en identificar y expresar sus emociones favoreciéndoles el descargar la tensión que conlleva la infertilidad. Como se ha comprobado visto en cada género las interacciones entre los recursos y el afecto son diferentes, por lo que las recomendaciones a cada uno también podrán variar. De hecho, la relación entre las distintas variables objeto de este estudio según el género difieren notablemente, lo que puede ir aclarando la diferente vivencia que supone la infertilidad en cada miembro de la pareja, por ello hay que seguir investigando con el propósito de poder diseñar un tratamiento psicológico, no solo específico para la infertilidad, sino con la consiguiente adaptación al género del sujeto al que va dirigido pues como ya hemos podido comprobar los correlatos psicológicos en ambos géneros pueden presentarse de forma diferente (Del Castillo et al. 2008), por lo que aquello que funcione a nivel terapéutico con el hombre no tiene por que hacerlo con la mujer, y viceversa. Hasta la fecha la mayor parte de las investigaciones se referían al miembro femenino de la pareja que como seguimos constatando es quien experimenta un mayor malestar, perdiendo a veces de vista la inestimable ayuda que puede suponer la mejor adaptación que presenta el hombre como herramienta para el soporte y ánimo de la parte más lastimada de los dos. La pareja muchas veces vive estas diferencias de afrontamiento con malestar y falta de entendimiento, podemos desde la psicología ayudarles a verlo como una fortaleza propia de la pareja.

CONCLUSIONES

En parejas infértiles se constata que la vivencia afectiva y emocional es distinta, por ello hay que seguir investigando con el propósito de diseñar programas de apoyo y tratamiento psicológico que tengan en cuenta estas diferencias y que promuevan los afectos positivos en ambos miembros de la pareja, así como los recursos adaptativos, en especial los

relativos al apoyo social o interpersonales. Promover habilidades sociales y fomentar los comportamientos que aumenten la calidad de vida son objetivos que la Psicología positiva apoya a favor de la prevención de los trastornos emocionales, por lo que fomentar las emociones positivas y el ajuste emocional son objetivos que deben ser incorporados en los programas de consejo, apoyo e intervención psicológicos. En base a estas premisas recientemente se han publicado guías prácticas de intervención psicológica dirigidas a los profesionales de la psicología y materiales de autoayuda para las parejas infértiles (Moreno-Rosset, 2009a, 2009b). Por supuesto, es preciso una mayor investigación en este campo todavía incipiente en la Psicología de la Reproducción, en el que la aplicación de la Psicología positiva puede prevenir el desarrollo de posibles trastornos psicopatológicos derivados del proceso estresante y de la sobrecarga crónica emocional que suelen mantener durante largo tiempo las parejas infértiles que acuden a la reproducción asistida. Como indica Vázquez (2008) refiriéndose a las intervenciones clínicas basadas en la Psicología positiva, estas tareas han de ser abordadas como una empresa de envergadura en la conquista de un espacio psicológico y social mejor para todos.

REFERENCIAS

- Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L. & Battista, G. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization; exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14 (2), 3126-3132.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España.
- Benedek, T., Ham, G.C., Robbins, F.P. & Rubenstein, B.B. (1953). Some Emotional Factors in Infertility. *Psychosomatic Medicine* 15 (5), 485-499.
- Berg, B.J. (1994). A researcher's guide to investigating the psychological sequelae of infertility: methodological considerations. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 15 (3), 147-156.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer-coping or personal transition? *Psychooncology*, 10 (1), 1-18.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Harris S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. & Clark, K. C. (1993). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73 (4), 1213-1220.
- Castro, C., Borrás, C., Pérez-Pareja, F.J. & Palmer, A.L. (2001). Respuestas emocionales en mujeres que se encuentran en tratamiento de reproducción asistida. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 283-291.
- Conrad, R., Schilling, G., Langenbuch, M., Haidl, G. & Liedtke, R. (2001). Alexitimia in male infertility. *Human Reproduction*, 16 (3), 587-592.
- Del Castillo, M., Moreno Rosset, C., Martín, M. D., García-Fernández, E. & Urries, A. (2008). *Evaluación de afectos y emociones en parejas infértiles*. Comunicación presentada al VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS). Benidorm (Alicante).
- Dhillon, R., Cumming, CE. & Cumming, DC. (2000). Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 74 (4), 702-706.
- Durning, P.E. & Williams, R.S. (2004). Factors influencing expectations and fertility-related adjustment among women receiving infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 82 (Supplement 2), S101 - S101.
- Dyer, S.J., Abrahams, N., Mokoena, N.E., Lombard, C.J. & van der Spuy, Z.M. (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human Reproduction*, 20 (7), 1938-1943.
- Eskiocak, S., Gozen, A.S., Yapar, S.B., Tavas, F., Kilie, A. & Eskiocak, M. (2005). Glutathione and free sulphhydryl content of seminal plasma in healthy medical students during and after exam stress. *Human Reproduction*, 20 (9), 2595-6000.
- Fernández-Abascal, E.G. (2009). Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. En E.G. Fernández-Abascal (Coord.) *Emociones positivas* (pp. 27-46). Madrid: Ed. Pirámide.
- Greenglass, E.R. & Fiksenbaum L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being. *European Psychologist*, 14 (1), 29-39.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45 (11), 1679-1704.
- Hendrick, V., Gitlin, M., Altshuler, L. & Korenman, S. (2000). Antidepressant medications, mood and male infertility. *Psychoneuroendocrinology*, 25 (1), 37-51.
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. & Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: el "DERA". Una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 176-185.
- Klonoff-Cohen, H. Chu, E., Natarajan, L. & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76 (4), 675 - 687.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness. The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (3), 160-168.
- Maddi, S. R. & Hightower, M. (1999). Hardiness and optimism as expressed in coping patterns. *Consulting Psychology Journal*, 51 (2), 95-105.

Del Castillo M., Moreno, C., Martín M.D., Ramírez –Uclés, I.: *Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo*

- Moreno-Rosset, C. (2009a). (Coord.) *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. (2009b). (Coord.) *Infertilidad ¿por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. & Jenaro, C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Premio TEA-Ediciones 2007. Madrid: TEA Ediciones.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. & Jenaro, C. (2009). Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA). *Psicothema*, 21 (1), 118-123.
- Moreno-Rosset, C. & Martín, M.D. (2009). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 15 (1), 97-109.
- Newton, C.R., Sherrard, W. & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*, 72 (1), 54-62.
- Olshansky, E. (1996). *The reproductive years*. In J. Lewis, J. Bernstein & A. Paul-Simon (Eds.), *Women Across the Life Cycle*. Massachusetts: Jones & Bartlett.
- Östberg, V. & Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: the importance of support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35 (2), 197-204.
- Ozkan, M. & Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical and experimental obstetrics and gynecology*, 33 (1), 44-46.
- Pook, M., Krause, W. & Rohrie, B. (2000). A validation study on the negative association between an active coping style and sperm concentration. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 18 (3), 249.
- Pook, M. & Krause, W. (2005a). Stress reduction in male infertility patients: A randomized, controlled trial. *Fertility and Sterility*, 83 (1), 68-73.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H. & Skaggs, G.E. (2006). The relationship between coping and depression in men and women referred for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 85 (3), 802-804.
- Rodríguez-Marin, J., Terol, M.C, Lopez-Roig, S. & Pastor, M.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4 (2), 59-84.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. & Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11 (1), 37-51.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55 (2), 169-210.
- Schmidt, L., Thomsen, T., Boivin, J. & Andersen, A. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling*, 59 (3), 252-262.
- Sheiner, E.K., Sheiner, E., Carel, R., Potashnik, G. & Shoham-Vardi, I. (2002). Potential association between male infertility and occupational psychological stress. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 44 (1), 1093.
- Stacy, L. (2004). His job may affect baby-making. *Prevention*, 56 (1), 101-101.
- Vázquez, C. (2008). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14 (3), 401-432.
- Verhaak, C. M. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment. *Human Reproduction*, 20 (8), 2253-2260.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M., Evers, A.W., Kremer, J.A., Kraaijmaat, F.W. & Braat, D.D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13 (1), 27-36.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- Witkin, G. (1995). *El estrés de la mujer*. Barcelona: Grijalbo.

6.2 Segundo artículo

Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles

Moreno-Rosset, C., Del Castillo-Aparicio, M., Ramírez-Uclés, I., y Martín-Díaz, M. D. (2011). Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19(3), 683-703.

País de publicación: España

ISSN: 1132-9483

Base: JCR Social Sciences Edition (2011)

Área: Psicología Clínica

Factor de Impacto: 0.683

Posición de la revista en el área: 89

Número de revistas en el área: 110

Cuarto cuartil

Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 19, Nº 3, 2011, pp. 683-703

ESTADOS EMOCIONALES Y AFECTIVOS EN INFERTILIDAD: UN ESTUDIO COMPARATIVO CON PERSONAS FÉRTILES

Carmen Moreno-Rosset, María del Castillo Aparicio,
Isabel Ramírez-Uclés y María Dolores Martín Díaz
Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)

Resumen

El objetivo del estudio es conocer el grado de ajuste emocional, afecto positivo y negativo y recursos adaptativos en pacientes infértiles en una fase anterior a la del tratamiento médico, así como la capacidad de expresión de emociones o alexitimia, y manifestaciones de ansiedad estado y rasgo, estableciendo además las posibles diferencias de sexo. El grupo experimental está constituido por 101 personas (50 hombres y 51 mujeres) que asistieron a una unidad de reproducción asistida para solicitar un estudio de fertilidad y el grupo control por 90 personas con hijos (36 hombres y 54 mujeres). El análisis de los resultados pone de manifiesto que las mujeres infértiles muestran mayores niveles de desajuste emocional, de ansiedad-estado y afecto negativo que las mujeres fértiles. También se ha encontrado que las mujeres infértiles muestran mayor desajuste emocional, ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y afecto negativo que los hombres infértiles. Finalmente, el grupo de hombres en su totalidad presenta mayores niveles de alexitimia que las mujeres. Los resultados de esta investigación sirven para entender los procesos subyacentes a la enfermedad crónica de la infertilidad.

PALABRAS CLAVE: *infertilidad, desajuste emocional, ansiedad, afectos, alexitimia, recursos adaptativos, diferencias de sexo.*

Abstract

The objective of this research is the assessment of emotional maladjustment, positive and negative affect and adaptive resources in infertile patients in a stage previous to medical treatment, as well as the ability to show emotions or alexithymia, and state and trait anxiety, establishing also the gender differences in those variables. The experimental group was formed by 101 patients with fertility problems (51 men and 50 women) who had requested a fertility study in a reproductive assistance center, and the control group was formed by 90 participants with children (36 men and 54 women) from general population.

Correspondencia: Carmen Moreno Rosset, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), 28040 Madrid (España). E-mail: cmorenor@psi.uned.es

The results concluded that infertile women showed higher levels of emotional maladjustment, state-anxiety and negative affect than fertile women. It was also found that infertile women showed higher levels of emotional maladjustment, trait-anxiety, state-anxiety, and negative affect than infertile men. Finally, men exhibit higher levels of alexithymia than women. The results of this research help to understand the infertility underlying processes.

KEY WORDS: *infertility, emotional maladjustment, affects, alexithymia, anxiety, adaptive resources, gender differences.*

Introducción

La infertilidad se define como el “padecimiento” que aqueja a parejas que no consiguen un hijo de forma natural al año de relaciones sexuales habituales. Significa un proceso estresante de sobrecarga crónica que requiere, en la mayoría de casos, un amplio espacio de tiempo para conseguir el embarazo deseado, sin que la medicina reproductiva pueda asegurar en todos los casos alcanzar dicha meta. Durante el proceso se sufre un desgaste físico, emocional, de pareja y socioeconómico elevado que sólo puede afrontarse con los suficientes recursos personales (energía, tesón, resistencia a la frustración, etc.) e interpersonales como el apoyo médico, psicológico, social y de pareja.

En nuestro país se están dedicando esfuerzos importantes encaminados a la evaluación, apoyo, consejo e intervención psicológica en infertilidad (Bayo-Borrás, Cànovas y Sentís, 2005; Castro, Borrás, Pérez-Pareja y Palmer, 2001; Llavona y Mora, 2006; Moreno-Rosset, 2008, 2009a, 2009b, 2010; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008) habiéndose demostrado que se trata de una población vulnerable a desarrollar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, por lo que no es de extrañar que los estudios anglosajones sobre los aspectos emocionales de la infertilidad se hayan centrado en la evaluación de estos constructos. De cualquier modo, no existe un consenso en asegurar que las personas infértiles presenten mayor prevalencia de trastornos afectivos que la población general. Por ejemplo, Verhaak *et al.* (2007) realizaron una revisión de 706 trabajos y la conclusión general a la que llegaron es que la prevalencia de dichos trastornos no difiere entre la población infértil y general, y que existen características multidimensionales del ajuste emocional cuando no se da el embarazo. A pesar de ello, destacan la importancia de realizar una evaluación psicológica que permita detectar mujeres con vulnerabilidad psicopatológica con el fin de ofrecerles el apoyo psicológico necesario.

En otra revisión realizada por Cwikel, Gidron y Sheiner (2004) sobre estudios que analizan la relación entre factores psicológicos e infertilidad, destacan que las distintas reacciones de estrés pueden interferir en la fertilidad y que la ansiedad y la depresión pueden producir cambios en la tasa cardíaca y en el cortisol, pudiendo ser predictores de la disminución de probabilidad de embarazo, motivos por lo que sugieren la inclusión de la atención psicológica en los tratamientos de reproducción asistida con el fin de optimizar el éxito del embarazo. Por el contrario, en el estudio realizado por Linsten, Verhaak, Eijkemans, Smeenk y Braat (2009) se indica que la

ansiedad y la depresión no influyen ni en la cancelación de los tratamientos médicos ni en las tasas de embarazo.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, como cabría esperar, hombres y mujeres tienden a responder y a afrontar la infertilidad de forma distinta (Edelmann y Connolly, 2000; Jordan y Revenson, 1999) y se observa en la última década una tendencia al aumento de estudios centrados en el hombre (Conrad, Schilling, Langenbuch, Haidl y Liedtke, 2001; Pook y Krause, 2005; Schanz *et al.*, 2005), por lo que algunos autores sugieren la conveniencia de estudiar por separado a hombres y mujeres además de utilizar muestras de diferentes edades (Fekkes *et al.*, 2003).

Con relación a los aspectos metodológicos y de procedimiento cabe destacar que gran parte de los trabajos realizan las evaluaciones psicológicas antes del inicio del tratamiento médico y/o después de conocer el resultado del mismo. Sirva de ejemplo la revisión realizada por Verhaak *et al.* (2007), que divide los trabajos en función del momento en que se ha realizado la evaluación (pretratamiento o pre y postratamiento médico). En cuanto a las principales variables estudiadas se presta especial atención a la técnica de reproducción asistida aplicada (inseminación artificial [IA] o fecundación in vitro [FIV]), eligiendo Verhaak *et al.* solamente aquellos estudios en los que se ha aplicado la FIV. Otra de las variables importantes es el logro o no del embarazo puesto que es el objetivo principal de los tratamientos médicos. Estos datos no deben sorprendernos ya que la mayor parte de trabajos se realizan en departamentos de ginecología y obstetricia, psiquiatría, neurociencia, reproducción asistida, etc. siendo muy pocos en los que participa un departamento de psicología y cuando lo hace es de psicología médica.

En cuanto a los instrumentos de evaluación psicológica, los más utilizados son el "Cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), el "Inventario de depresión de Beck" (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck, 1978) y el "Cuestionario de 90 síntomas" (*Symptom Checklist 90*, SCL-90; Derogatis, 1977), característicos de la evaluación clínica; y con relación al procedimiento de evaluación, señalar que en pocos estudios es un psicólogo quien la realiza, siendo en unas ocasiones las enfermeras o médicos quienes entregan los cuestionarios y en otras son enviados por correo, acciones que no son adecuadas según los estándares de evaluación psicológica establecidos por la Asociación Europea de Evaluación Psicológica (*European Association of Psychological Assessment*, EAPA). Estos últimos aspectos han sido puestos de manifiesto por otros autores, como Cooper (2007), destacando que en su estudio la evaluación psicológica ha sido realizada por un psicólogo y que ha utilizado el "Inventario de problemas de fertilidad" (*Fertility Problem Inventory*, FPI; Newton, Sherrard y Glavac, 1999), una prueba psicológica específica para evaluar a población infértil, en lugar de pruebas de carácter clínico; o de Klerk *et al.* (2008), que aplican en su estudio un "Registro diario de afecto positivo y negativo" (*Dayly Record Keeping Chart*, DRK). Ambos estudios encuentran resultados diferentes a los habituales y los justifican en función de una evaluación psicológica bien realizada, en la que se han subsanado los déficits metodológicos anteriormente mencionados.

Como se observa, una gran parte de estudios se centran en los estados emocionales, en especial de las mujeres, y utilizan instrumentos clínicos que aplican antes o antes y después del tratamiento médico con técnicas de reproducción asistida (IA o FIV) e interesándose en variables de tratamiento y en el resultado del mismo, es decir el embarazo. Sin embargo, no debemos olvidar que los procesos mentales y orgánicos son una cuestión que está presente desde el inicio de la medicina, observándose que en la mayoría de los trastornos en los que participan las emociones y el estrés, tanto en su inicio como en su curso son multifactoriales, es decir no tienen un único origen causal (Martín, 2009). Por ello, se hace necesario diseñar estudios dirigidos tanto a mujeres como a hombres infértiles que realicen una adecuada selección de instrumentos de medida en función del objetivo de estudio y de las variables a evaluar, así como que la evaluación sea realizada por profesionales de la psicología y siguiendo un procedimiento adecuado que permita obtener resultados metodológicamente válidos y fiables.

Con estas premisas diseñamos un estudio con el fin de subsanar algunos de los déficit indicados y con el objetivo general de conocer el estado emocional de las personas infértiles en una fase anterior a la del tratamiento médico. Dicho estudio se dividió en dos partes. En un primer momento quisimos conocer las diferencias de sexo en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos entre mujeres y hombres infértiles (Del Castillo, Moreno-Rosset, Martín y Ramírez-Uclés, 2009). El presente trabajo es la segunda parte del estudio y pretende comparar al mismo grupo de personas infértiles con un grupo de personas fértiles, ampliando las comparaciones a las variables de alexitimia y ansiedad. De esta forma se pretende comparar entre población infértil y fértil el grado de ajuste emocional y afectos positivo y negativo, extendiendo las comparaciones a la capacidad de expresión de emociones o alexitimia y a la ansiedad estado y rasgo. Además, pretendemos conocer los recursos adaptativos, tanto personales como interpersonales que las personas infértiles utilizan para afrontar la infertilidad y compararlos con los recursos de los que dispone la población fértil.

Método

Participantes

La muestra total está constituida por 191 participantes. El grupo infértil compuesto por 101 personas (51 hombres y 50 mujeres) con problemas de infertilidad, es el mismo que participó en el estudio previo de Del Castillo *et al.* (2009) y que acudieron a una unidad de reproducción asistida privada de Zaragoza, para solicitar un estudio de fertilidad y tratamiento de reproducción asistida. La edad media de los hombres es de 34,42 años ($DT=4,07$) y la de las mujeres es de 35,88 años ($DT=4,37$). El grupo de control se compone de 90 participantes con hijos (el 30% con un solo hijo y el 70% con más de un hijo) extraídos de la población general, de los que 36 son hombres y 54 mujeres. La edad media de los hombres es de 40,08 años ($DT=6,35$) y la de las mujeres es de 41,10 ($DT=6,43$).

Para determinar la homogeneidad en ambas muestras en las variables sociodemográficas, procedimos a aplicar el estadístico χ^2 sobre las tablas de contingencia que recogen las diferentes frecuencias en nivel educativo (estudios básicos, medios o superiores), situación laboral (trabaja, no trabaja) y tipo de trabajo (profesiones liberales, administración, obreros cualificados y obreros no cualificados) en las personas fértiles e infértiles. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en el nivel educativo, $\chi^2 (2)=0,050$; $p=0,975$; ni en la situación laboral, $\chi^2 (1)=2,006$; $p=0,157$; ni en el tipo de trabajo que desarrollan, $\chi^2 (2)=6,619$; $p=0,085$; lo cual indica que el grupo experimental (infértil) y el grupo control (fértil) manifiestan homogeneidad en dichas variables. También se ha considerado importante determinar si existen diferencias en los grupos en la variable edad, para ello hemos realizado un ANOVA bifactorial entregrupos considerando como variables independientes el "grupo" (fértil/infértil) y el "sexo" (hombre/mujer). El resultado pone de manifiesto únicamente un efecto significativo de la variable Fertilidad, $F(1,186)=50,403$; $p=0,001$, indicado que en el grupo infértil ($M=35,15$; $DT=4,27$) muestra una edad menor que el grupo fértil ($M=40,88$; $DT=6,39$). Es por ello que en el análisis estadístico de los resultados, la variable "edad" ha sido considerada como covariante, eliminando así el posible efecto de la misma sobre las variables dependientes.

Procedimiento

Las parejas infértiles que acudían a la primera cita a la unidad de reproducción eran informadas de la investigación pidiéndoles su colaboración voluntaria. Quienes aceptaban participar, firmaban el correspondiente consentimiento informado y pasaban a formar parte de la muestra del estudio. Primero, se les aplicaba una entrevista estructurada en la que se recogían datos sociodemográficos y otros datos de interés para el estudio lo que permitía realizar una alianza terapéutica apropiada. A continuación rellenaban los instrumentos de evaluación psicológica en la misma clínica y cada uno por separado, si bien podían preguntar a la psicóloga cualquier duda que les surgiera, ya que lo hacían en presencia de la misma. Este procedimiento (*in situ*, cada uno independientemente y acompañados profesionalmente) evitaba posibles sesgos de evaluación.

El grupo fértil estuvo formado por personas con hijos pertenecientes a la población general, el criterio inicial de selección fue el poseer características sociodemográficas similares a nuestro grupo de estudio. Para ello fueron seleccionados dos centros educativos de Educación Primaria de la misma ciudad de Zaragoza, que disponían de variado estrato socioeconómico lo que facilitaría la heterogeneidad de la muestra. Una vez solicitada su participación en el estudio, se habilitó un aula en la que las personas que habían dado su consentimiento para participar eran citadas individualmente, respondían a la entrevista estructurada y rellenaban la batería de cuestionarios en presencia de una psicóloga que les instruía respecto a cómo rellenarlos. Por tanto, la muestra del grupo de personas infértiles se seleccionó incidentalmente.

Instrumentos

La batería de instrumentos de evaluación estuvo compuesta por los siguientes tests:

- "Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad" (DERA; Moreno-Rosset *et al.*, 2008). Es un instrumento compuesto por 48 ítems 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 proporciona una medida fiable de la posible presencia o ausencia de desajuste emocional, a la vez que ofrece información sobre los recursos adaptativos, tanto personales como interpersonales en sujetos infértiles. Posee apropiadas cualidades psicométricas, el coeficiente alfa de Cronbach de la escala global es de 0,85 y en cada una de sus escalas presenta una satisfactoria fiabilidad, F1: Desajuste emocional 0,90; F2: Recursos personales 0,57; F3: Recursos interpersonales 0,78; F4: Recursos adaptativos 0,74. Los estudios de validez convergente con el "Cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes" (Rodríguez-Marín, Perol, López-Roig y Pastor, 1992) ofrecen pruebas de la validez del instrumento. Por tanto, se trata de una herramienta fiable y útil para aplicar en este nuevo campo de la evaluación psicológica (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2009). Los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach calculados sobre la muestra del estudio son los siguientes: 0,818 para la escala global; 0,91 para la escala de Desajuste emocional (F1); 0,66 para la escala de Recursos personales (F2); 0,74 para la escala de Recursos interpersonales (F3) y 0,75 para la escala de Recursos adaptativos (F4).
- "Cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger *et al.*, 1970), versión en español de TEA (2008). El STAI está constituido por dos escalas que miden dos dimensiones distintas de la ansiedad: la ansiedad estado (A-E) y ansiedad rasgo (A-R). Consta de 40 ítems 20 ítems para cada escala que describen, respectivamente, cómo se siente el sujeto en un momento dado y como se siente generalmente. Los sujetos responden a cada uno de los ítems del cuestionario, valorándose sus respuestas en una escala de cuatro puntos (0=Nada, 1= Algo, 2=Bastante, 3=Mucho). La versión española de esta prueba presenta unos índices de consistencia interna para la A-E situados entre 0,90 y 0,93 y para la A-R entre 0,84 y 0,87. Los valores de fiabilidad calculada por el procedimiento de las dos mitades alcanzan un valor de 0,94 en A-E y 0,86 en A-R. En cuanto a la validez concurrente, se han encontrado correlaciones significativas entre el factor ansiedad de segundo orden del "Cuestionario de personalidad 16PF, Forma A" (*16 Personality Factors*; Cattell, 1972) adaptación española de TEA (1975) y la escala de ansiedad-estado (A-E) del STAI. Sandín (1981) encontró un grado elevado de correlación con la medida de ansiedad del "Cuestionario de estado ocho" (*Eight State Questionnaire*, 8SQ; Curran y Cattell, 1976). Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos

sobre la muestra de estudio son de 0,93 para la escala A-E y 0,89 para la escala A-R, respectivamente.

- “Escala de afecto positivo y negativo” (*Positive and Negative Affect Schedule*, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988), traducida al español por Sandín *et al.* (1999). Consta de 20 ítems a los que el individuo responde cómo se siente habitualmente, en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nada) y 5 (muchísimo). Mide afecto, dos dimensiones independientes y no correlacionadas. El afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y estado gratificante. El afecto negativo representa una dimensión general de malestar subjetivo y estado desagradable que incluye una variedad de situaciones emocionales aversivas como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo. La versión española, posee una estructura bidimensional del afecto robusta y estable (afecto positivo [AP] y negativo [AN]); los datos relativos a la validez de constructo y la consistencia interna son igualmente satisfactorios. Los coeficientes alfa de las subescalas AP y AN se calcularon a partir de los ítems que componen específicamente cada subescala (10 ítems cada una). Estos resultaron ser notablemente elevados, tanto para en el grupo de varones (alfa=0,89 [AP] y 0,91 [AN]) como para el de mujeres (alfa=0,87 [AP] y 0,89 [AN]), lo que corrobora la elevada consistencia interna que poseen estas dimensiones del afecto. Las puntuaciones medias en AP fueron 30,23 ($DT=6,16$) en los varones y 30,37 ($DT=6,08$) en las mujeres. Las puntuaciones medias en AN fueron 20,61 ($DT=6,54$) en los varones y 22,69 ($DT=6,83$) en las mujeres (Sandín *et al.*, 1999). Los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach obtenidos sobre la muestra de estudio son de 0,87 para la escala AP y 0,89 para la escala AN, respectivamente.
- “Escala de alexitimia de Toronto” (*Toronto Alexithimia Scale*, TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994), en la adaptación española de Martínez-Sánchez (1996). El TAS-20 es una medida de autoinforme de 20 ítems que mide el grado de alexitimia, utilizando una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1-5), que refleja desde el total acuerdo al total desacuerdo en cada uno de los ítems. Consta de tres factores: F1: Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional; F2: Dificultad para describir sentimientos; y F3: Patrón de pensamiento orientado a lo externo. Esta adaptación posee una adecuada consistencia interna (alfa=0,78), así como elevada fiabilidad test-retest ($r=0,71$; $p<0,001$) en un intervalo de 19 semanas, comparables a los que posee la versión inglesa de la escala original. De las diversas técnicas empleadas para la evaluación de la alexitimia, la TAS-20 es la más frecuentemente empleada por sus destacadas propiedades psicométricas (Bagby, Taylor y Parker 1994; Martínez-Sánchez y Ortiz, 2000). La estabilidad y replicabilidad de su estructura factorial ha sido confirmada tanto en muestras clínicas como no clínicas. La técnica de análisis factorial arrojó una solución trifactorial, consonante con el estudio original de Bagby, Parker y Taylor (1994). La fiabilidad temporal fue alta (0,71 a los seis meses y 0,69 al año) y la consistencia interna informada fue moderadamente alta (alfa=0,81). Respecto a su

validez, mostró una correlación alta ($r=-0,70$) con otra medida de alexitimia, el "Test arquetípico cuantificado" (*Scored Archetypal Test*, SAT-9; Cohen, Demers-Desrosiers y Catchlove, 1983). Se confirma el perfil de correlación con el modelo de cinco grandes factores del estudio de Bagby, Taylor y Parker (1994), mas no con Deseabilidad social (Distorsión autoevaluativa). Se concluye que es una medida de alexitimia fiable y válida (Moral de la Rubia y Retamales, 2000). Los coeficientes de fiabilidad, alfa de Cronbach, calculados sobre la muestra del estudio son los siguientes: 0,88 para la escala global (Alexitimia total); 0,873 para la escala F1 (Dificultad para identificar sentimientos); 0,65 para la escala F2 (Dificultad para describir sentimientos) y 0,74 para la escala F3 (Patrón de pensamiento orientado a lo externo).

- Entrevista estructurada *ad hoc* para la evaluación de variables sociodemográficas y de tratamiento que incluía: edad, sexo, estado civil, nacionalidad, lugar de residencia, nivel de estudios, tipo de trabajo, número de hijos, causa de la infertilidad, tipo de tratamiento que se disponían a iniciar en la unidad de reproducción. En la entrevista aplicada al grupo fértil se eliminaron las preguntas sobre el tratamiento y la causa de infertilidad.

Resultados

Para el análisis de los resultados procedimos a realizar cuatro análisis multivariados de Covarianza (MANCOVAS) independientes para un diseño bifactorial entregrupos, considerando como variables independientes las variables "fertilidad" (fértil vs. infértil) y la variable "sexo" (hombres vs. mujeres) y como covariado la variable "edad". Las variables dependientes en los diferentes MANCOVAS, fueron las diferentes subescalas que constituyen cuestionarios aplicados en el estudio. De manera complementaria, se ha incluido también el índice eta cuadrado parcial (η_p^2), que permite calcular el tamaño de los efectos o valorar la magnitud de las diferencias halladas. Siguiendo a Cohen (1988) su interpretación es: pequeño si se encuentra entre 0,2 y 0,3, medio cuando está entre 0,5 y 0,8, y grande si es superior a 0,8.

Los resultados del primer MANCOVA, considerando como variables independientes las variables fertilidad y sexo, como covariado la variable edad y como variables dependientes las cuatro subescalas del DERA (desajuste emocional, recursos personales, recursos interpersonales y recursos adaptativos) indican un efecto principal de la variable sexo, Wilks' Lambda=0,951; $F(3,182)=3,151$; $p=0,026$, y de la interacción fertilidad x sexo, Wilks' Lambda=0,936; $F(3,182)=4,128$; $p=0,007$, si bien se obtienen en ambos casos tamaños bajos de los efectos ($\eta_p^2=0,049$ y $\eta_p^2=0,064$, respectivamente). No resultaron significativos ni el efecto principal de la variable fertilidad, ni el efecto del covariado edad (tabla 2).

Puesto que el MANOVA ha mostrado resultados estadísticamente significativos se procedió a realizar ANOVAS univariados para cada una de las variables dependientes (tabla 3). Se encuentra un efecto significativo de la interacción fertilidad x sexo, $F(1,184)=7,177$; $MCE=253,700$; $p=0,008$, sobre el desajuste emocional,

aunque el tamaño de efecto fue bajo ($\eta_p^2=0,038$). La tabla 1 muestra las medias y las desviaciones típicas de los diferentes grupos.

Dado que el efecto de la interacción ha resultado significativo, hemos procedido al análisis de la misma, para ello y en todos los casos, hemos utilizado la prueba *t* para muestras independientes, considerando mediante la prueba de Levene el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de las varianzas y se han aplicado las correcciones apropiadas en caso de incumplimiento del mismo. Los resultados del análisis de la interacción fertilidad x sexo sobre la variable desajuste emocional indican que existen diferencias significativas en dicha variable entre hombres y mujeres infértiles, $t(99)=-3,617$; $p=0,001$, mostrando las mujeres un mayor nivel de desajuste emocional que los hombres, en cambio no aparece dicho efecto en el caso de personas fértiles. Los resultados también indican que existen diferencias significativas en desajuste emocional entre mujeres fértiles e infértiles, $t(102)=2,763$; $p=0,027$, mostrando mayores niveles de desajuste emocional las mujeres infértiles que las mujeres fértiles. No aparece dicho efecto en el caso de los hombres.

En segundo lugar, los resultados del MANCOVA, considerando como variables independientes las variables fertilidad y sexo, como covariado la variable edad y como variables dependientes las dos subescalas del STAI (ansiedad estado y ansiedad rasgo) indican un efecto significativo de la variable fertilidad, Wilks' Lambda=0,965; $F(2,184)=3,344$; $p=0,037$, de la variable sexo, Wilks' Lambda=0,900; $F(2,184)=10,235$; $p=0,001$, y de la interacción de ambas variables fertilidad x sexo, Wilks' Lambda=0,966; $F(2,184)=3,242$; $p=0,041$. En todos los casos se obtienen tamaños bajos de los efectos ($\eta_p^2=0,035$, $\eta_p^2=0,100$ y $\eta_p^2=0,034$, respectivamente). No se encontraron efectos significativos del covariado edad (tabla 2).

El ANOVA realizado considerando la variable dependiente ansiedad estado muestra un efecto significativo de la variable fertilidad, $F(1,185)=3,490$; $MCe=88,603$; $p=0,043$, de la variable sexo, $F(1,185)=10,638$; $MCe=88,638$; $p=0,001$, y de la interacción de dichas variables, fertilidad x sexo, $F(1,185)=4,945$; $MCe=88,603$; $p=0,027$). En todos los casos los tamaños de los efectos resultan bajos ($\eta_p^2=0,019$; $\eta_p^2=0,054$ y $\eta_p^2=0,026$, respectivamente). La significación del efecto principal de la variable fertilidad manifiesta que las personas infértiles muestran mayores niveles de ansiedad estado que las personas fértiles, asimismo la significación del efecto principal de la variable sexo indica que las mujeres manifiestan mayores niveles de ansiedad estado que los hombres (tablas 1 y 3).

El análisis de la interacción indica que existen diferencias significativas en ansiedad estado entre hombres y mujeres infértiles, $t(86,025)=-4,249$; $p=0,001$, mostrando las mujeres mayores niveles de ansiedad estado que los hombres, en cambio no aparece dicho efecto si comparamos ambos sexos en el grupo fértil. Los resultados también indican que existen diferencias significativas en ansiedad estado entre mujeres fértiles e infértiles, $t(3,084)=-3,084$; $p=0,003$, mostrando mayores niveles de ansiedad estado las mujeres infértiles que las mujeres fértiles. No aparece dicho efecto en el caso de los hombres (tablas 1 y 4).

Los ANOVAS realizados sobre la variable dependiente ansiedad rasgo muestran un efecto significativo de la variable sexo, $F(1,185)=20,575$; $MCe=75,450$;

$p=0,001$, y de la interacción de las variables fertilidad x sexo, $F(1,185)=6,067$; $MCE=75,450$; $p=0,015$. Los tamaños de los efectos resultan bajos ($\eta^2_p=0,100$ y $\eta^2_p=0,032$, respectivamente). El efecto principal de la variable sexo indica que las mujeres manifiestan un mayor nivel de ansiedad rasgo que los hombres. El efecto principal de la variable fertilidad no resultó significativo (tablas 1 y 3).

El análisis de la interacción indica que existen diferencias significativas en ansiedad rasgo entre hombres y mujeres infértiles, $t(75,457)=-5,479$; $p=0,001$, mostrando las mujeres infértiles mayores niveles de ansiedad rasgo. Dicho efecto no aparece en el caso de las personas fértiles. Los análisis de la interacción también indican que no existen diferencias en ansiedad rasgo entre hombres y mujeres ni en infértiles ni en el caso de los fértiles (tablas 1 y 4).

En tercer lugar, los resultados del MANCOVA considerando el diseño factorial entre grupos fertilidad x sexo y como covariado la variable edad sobre las subescalas del PANAS (afecto positivo y afecto negativo) arrojan un efecto significativo de la

Tabla 1

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en las subescalas de los diferentes cuestionarios

Cuestionarios/Subescalas	Infértiles				Fértiles			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
DERA								
Desajuste emocional	54,16	13,62	65,04	16,50	57,58	14,45	55,68	18,01
Recursos personales	40,51	4,22	41,58	8,21	39,94	3,75	40,43	3,76
Recursos Interpersonales	43,39	3,78	44,92	4,93	44,06	5,86	44,34	3,88
Recursos Adaptativos	83,90	6,48	86,50	10,28	84,00	7,90	84,77	6,49
STAI								
Ansiedad estado	15,22	7,03	22,72	10,36	15,08	9,50	16,50	10,19
Ansiedad rasgo	14,57	5,56	23,56	10,20	17,69	9,00	20,41	9,17
PANAS								
Afecto positivo	37,59	4,91	35,62	5,32	37,28	6,28	37,65	5,56
Afecto negativo	20,57	4,60	25,54	6,56	21,81	5,36	22,59	6,31
TAS-20								
Identificar sentimientos	13,47	6,06	15,41	6,36	13,94	6,45	13,13	6,27
Expresión emocional	12,61	4,27	12,61	5,08	12,69	4,49	10,20	4,09
Pensamiento externo	19,55	4,30	18,47	3,89	19,86	4,76	18,56	4,07
Alexitimia	45,63	12,14	46,49	13,16	46,50	12,51	41,89	12,34

Nota: DERA=Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad; STAI=State-Trait Anxiety Inventory; PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; TAS-20=Toronto Alexithimia Scale.

Tabla 2
Resultados MANOVAS Fertilidad x Sexo para los diferentes cuestionarios

Cuestionarios/VARIABLES	Wilks'Lambda	F	p	η^2_p
DERA				
Edad	0,975	(3,182)=1,057	0,205	0,025
Fertilidad	0,972	(3,182)=1,764	0,156	0,028
Sexo	0,951	(3,182)=3,151	0,026*	0,049
Grupo x Sexo	0,936	(3,182)=4,128	0,007*	0,064
STAI				
Edad	0,998	(2,184)=0,182	0,834	0,002
Fertilidad	0,965	(2,184)=3,344	0,037*	0,035
Sexo	0,900	(2,184)=10,235	0,001*	0,100
Grupo x Sexo	0,966	(2,184)=3,242	0,041*	0,034
PANAS				
Edad	0,997	(2,184)=0,287	0,751	0,003
Fertilidad	0,991	(2,184)=0,832	0,437	0,009
Sexo	0,949	(2,184)=4,908	0,008*	0,051
Grupo x Sexo	0,970	(2,184)=2,805	0,048*	0,054
TAS-20				
Edad	0,981	(3,182)=1,199	0,312	0,019
Fertilidad	0,952	(3,182)=3,035	0,031*	0,048
Sexo	0,945	(3,182)=3,521	0,016*	0,055
Grupo x Sexo	0,974	(3,182)=1,647	0,180	0,026

Nota: DERA=Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad; STAI=State-Trait Anxiety Inventory; PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; TAS-20=Toronto Alexithimia Scale.

variable sexo, Wilks'Lambda= 0,949; $F(2,184)= 4,908$; $p=0,008$, y de la interacción fertilidad x sexo, Wilks'Lambda= 0,970; $F(2,184)=5,340$; $p=0,048$). Encontrándose tamaños de los efectos bajos en ambos casos ($\eta^2_p=0,051$ y $\eta^2_p=0,054$, respectivamente). No resultaron significativos ni el efecto principal de la variable fertilidad ni el covariado edad (tabla 2).

Los ANOVAS realizados considerando como variable dependiente la variable afecto positivo no muestran efectos significativos ni para la variable fertilidad, ni para la variable sexo, ni para la interacción de dichas variables (tabla 3).

Con relación a los ANOVAS realizados sobre la variable dependiente afecto negativo se han encontrado efectos significativos de la variable sexo, $F(1,185)= 9,686$; $MCE=30,070$; $p=0,002$, y de la interacción fertilidad x sexo, $F(1,185)=5,415$;

Tabla 3
Resultados ANOVAS Fertilidad x Sexo para las diferentes subescalas de los cuestionarios

Cuestionarios/Variables	F	MC _{error}	p	η^2_p
DERA (Desajuste emocional)				
Edad	(1,184)=0,084	253,700	0,773	0,000
Fertilidad	(1,184)=1,684	253,700	0,196	0,009
Sexo	(1,184)=3,713	253,700	0,056*	0,020
Grupo x Sexo	(1,184)=7,177	253,700	0,008*	0,038
DERA (Recursos personales)				
Edad	(1,184)=2,678	29,064	0,103	0,014
Fertilidad	(1,184)=2,961	29,064	0,087	0,016
Sexo	(1,184)=0,565	29,064	0,453	0,003
Grupo x Sexo	(1,184)=0,126	29,064	0,723	0,001
DERA (Recursos interpersonales)				
Edad	(1,184)=0,856	21,085	0,356	0,005
Fertilidad	(1,184)=0,217	21,085	0,642	0,001
Sexo	(1,184)=2,047	21,085	0,154	0,011
Grupo x Sexo	(1,184)=0,813	21,085	0,368	0,004
DERA (Recursos adaptativos)				
Edad	(1,184)=0,331	63,270	0,566	0,002
Fertilidad	(1,184)=0,805	63,270	0,371	0,004
Sexo	(1,184)=1,783	63,270	0,183	0,010
Grupo x Sexo	(1,184)=0,580	63,270	0,447	0,003
STAI (Ansiedad estado)				
Edad	(1,185)=0,108	88,603	0,743	0,001
Fertilidad	(1,185)=3,490	88,603	0,043*	0,019
Sexo	(1,185)=10,638	88,603	0,001*	0,054
Grupo x Sexo	(1,185)=4,945	88,603	0,027*	0,026
STAI (Ansiedad rasgo)				
Edad	(1,185)=0,015	75,450	0,902	0,000
Fertilidad	(1,185)=0,004	75,450	0,950	0,000
Sexo	(1,185)=20,579	75,450	0,001*	0,100
Grupo x Sexo	(1,185)=6,067	75,450	0,015*	0,032

PANAS (Afecto positivo)				
Edad	(1,185)=0,004	30,342	0,953	0,000
Fertilidad	(1,185)=0,904	30,342	0,343	0,005
Sexo	(1,185)=0,895	30,342	0,345	0,005
Grupo x Sexo	(1,185)=2,037	30,342	0,155	0,011
PANAS (Afecto negativo)				
	(1,185)=0,433	36,070	0,511	0,002
Fertilidad	(1,185)=1,440	36,070	0,232	0,008
Sexo	(1,185)=9,686	36,070	0,002*	0,050
Grupo x Sexo	(1,185)=5,415	36,070	0,021*	0,028
TAS-20 (Dificultad para identificar sentimientos)				
Edad	(1,184)=0,630	39,594	0,428	0,003
Fertilidad	(1,184)=1,595	39,594	0,208	0,009
Sexo	(1,184)=0,211	39,594	0,646	0,001
Grupo x Sexo	(1,184)=2,076	39,594	0,151	0,011
TAS-20 (Dificultad de expresión emocional)				
Edad	(1,184)=1,272	19,990	0,216	0,007
Fertilidad	(1,184)=4,726	19,990	0,031*	0,025
Sexo	(1,184)=4,492	19,990	0,035*	0,024
Grupo x Sexo	(1,184)=3,185	19,990	0,076	0,017
TAS-20 (Pensamiento orientado externamente)				
Edad	(1,184)=0,309	17,822	0,579	0,002
Fertilidad	(1,184)=0,199	17,822	0,656	0,001
Sexo	(1,184)=3,740	17,822	0,050*	0,020
Grupo x Sexo	(1,184)=0,007	17,822	0,935	0,000
TAS-20 (Alexitimia total)				
Edad	(1,184)=0,376	157,116	0,540	0,002
Fertilidad	(1,184)=1,585	157,116	0,210	0,009
Sexo	(1,184)=1,384	157,116	0,241	0,007
Grupo x Sexo	(1,184)=1,924	157,116	0,167	0,010

Nota: DERA=Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad; STAI=State-Trait Anxiety Inventory; PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; TAS-20=Toronto Alexithimia Scale.

M_{Ce}= 30,070; $p=0,021$. En ambos casos los tamaños de los efectos resultaron bajos ($\eta^2_p=0,050$ y $\eta^2_p= 0,028$). No se encontró un efecto principal de la variable fertilidad (tabla 3).

Los resultados del análisis de la interacción fertilidad x sexo sobre la variable afecto negativo indican que existen diferencias significativas en afecto negativo entre hombres y mujeres infértiles, $t(87,679)=-4,402$; $p=0,001$), mostrando las mujeres un mayor nivel de afecto negativo que los hombres, en cambio no aparece dicho efecto en el caso de personas fértiles. Los resultados también indican que

Tabla 4
Análisis de las interacciones que han resultado significativas

Interacciones	<i>T</i>	Diferencia de medias	<i>P</i>
DERA (Desajuste emocional)			
Sexo en infértiles	(99)=-3,617	-10,883	0,001*
Sexo en fértiles	(88)=0,527	1,880	0,600
Fertilidad en hombres	(85)=-1,126	-3,426	0,263
Fertilidad en mujeres	(102)=2,763	9,336	0,007*
STAI (Ansiedad estado)			
Sexo en infértiles	(86,025)=-4,249	-7,504	0,001*
Sexo en fértiles	(88)=-1,417	-1,417	0,509
Fertilidad en hombres	(60,888)=0,071	0,132	0,944
Fertilidad en mujeres	(102)=3,084	6,220	0,003*
STAI (Ansiedad rasgo)			
Sexo en infértiles	(75,457)=-5,479	-8,991	0,001*
Sexo en fértiles	(88)=-1,384	-2,713	0,170
Fertilidad en hombres	(53,710)=-1,848	-3,126	0,070
Fertilidad en mujeres	(102)=1,658	3,153	0,100
PANAS (Afecto negativo)			
Sexo en infértiles	(87,679)=4,402	-4,971	0,001*
Sexo en fértiles	(88)=-0,577	-0,787	0,565
Fertilidad en hombres	(85)=-1,153	-1,237	0,252
Fertilidad en mujeres	(102)=2,228	2,974	0,028*

Notas: DERA=Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad; STAI=State-Trait Anxiety Inventory; PANAS=Positive and Negative Affect Schedule; TAS-20=Toronto Alexithimia Scale.

Se ha utilizado la prueba de Levene para comprobar el supuesto de homogeneidad de varianza. En caso de violación del supuesto se han aplicado las correcciones oportunas.

existen diferencias significativas en afecto negativo entre mujeres fértiles e infértiles, $t(102)=2,228$; $p=0,028$), mostrando mayores niveles de afecto negativo las mujeres infértiles que las mujeres fértiles. No aparece dicho efecto en el caso de los hombres (tablas 1 y 4).

Finalmente, los resultados del MANCOVA considerando el diseño factorial entre grupos fertilidad x sexo y como covariado la variable edad sobre las subescalas de la TAS-20 (dificultad para identificar sentimientos, dificultad de expresión emocional, pensamiento orientado externamente y alexitimia total), muestran un efecto significativo de las variables fertilidad, Wilks' Lambda=0,952; $F(3,182)=3,035$; $p=0,031$) y sexo (Wilks' Lambda=0,945; $F(3,182)=3,521$; $p=0,016$), resultando en ambos casos tamaños de los efectos bajos ($\eta^2_p=0,048$ y $\eta^2_p=0,055$, respectivamente). Los efectos de la interacción fertilidad x sexo y del covariado edad no resultaron significativos (tabla 2).

Los resultados de los ANOVAS realizados independientemente sobre las diferentes subescalas de la TAS-20 indican un efecto significativo de la variable sexo sobre las variables dificultad de expresión emocional, $F(1,184)=4,492$; $MCE=39,594$; $p=0,035$, y pensamiento orientado externamente, $F(1,184)=3,740$; $MCE=19,990$; $p=0,050$, resultando en ambos casos tamaños bajos de los efectos ($\eta^2_p=0,024$ y $\eta^2_p=0,020$, respectivamente), indicando que los hombres puntúan significativamente más alto en dichas dimensiones comparados con las mujeres. También se encuentra un efecto significativo de la variable fertilidad sobre la variable dificultad de expresión emocional, $F(1,184)=4,726$; $MCE=19,990$; $p=0,035$, con un bajo efecto del tamaño del efecto ($\eta^2_p=0,024$), mostrando las personas infértiles mayor dificultad de expresión emocional que las fértiles. No se encuentran efectos significativos ni para los efectos principales y para las interacciones en el resto de las variables que evalúa la TAS-20 (tablas 1 y 3).

Discusión

En nuestro estudio previo (Del Castillo *et al.*, 2009) en el que participó la misma muestra de mujeres infértiles, ya informamos de que éstas sufrían mayor desajuste emocional y afecto negativo en comparación con los hombres infértiles. En el presente estudio se constata, además, que ellas muestran mayor ansiedad-estado y rasgo. Al compararlas con mujeres fértiles se confirma que las primeras presentan mayor desajuste emocional, ansiedad-estado y afecto negativo.

En cuanto al factor de alexitimia "dificultad de expresión emocional", se obtiene un efecto significativo sobre la variable fertilidad, mostrando las personas infértiles (tanto hombres como mujeres) una mayor dificultad de expresión emocional que las fértiles. En los otros dos factores (dificultades en identificar sentimientos y pensamiento orientado a lo externo) no se han encontrado diferencias significativas entre el grupo infértil y fértil. Sin embargo, el grupo de hombres estudiado en su globalidad (tanto infértiles como fértiles), presentan puntuaciones significativamente superiores comparados con el grupo de mujeres tanto infértiles como fértiles, en dos de las escalas de alexitimia, concretamente en el patrón de pensamiento orientado a lo externo y en dificultad de expresión emocional.

En cuanto a los recursos adaptativos y el afecto positivo no se han encontrado diferencias ni entre personas infértiles ni personas fértiles, ni entre los hombres y mujeres estudiados en su globalidad.

Los resultados de esta investigación deben servir para entender los procesos subyacentes a la enfermedad crónica de la infertilidad en la que se observa que cuando la pareja acude por primera vez a la consulta de una unidad de reproducción ya existen diferencias de sexo en ajuste emocional, ansiedad, afectos y expresión de emociones.

Los constructos que aparecen superiores en las mujeres infértiles (desajuste emocional, ansiedad estado y rasgo y afecto negativo) pueden derivarse de la vivencia desde que empezaron los intentos de concepción hasta la primera consulta a la unidad de reproducción. Durante este período las ilusiones, las decepciones, los repetidos intentos, el paso de los meses, del tiempo, de la edad que avanza, significan un proceso estresante para las mujeres infértiles (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2009). De hecho se han descrito diversos momentos de mayor tensión emocional durante las fases que atraviesan las parejas mostrando las mujeres mayores grados de estrés y ansiedad frente a los hombres (Ávila, 1993; Fassino, Pieró, Boggio, Piccioni, y Garzaro, 2002; Seger, 2003), sin que en algunos estudios se detecten diferencias en el nivel de bienestar emocional entre hombres en tratamiento de inseminación y quienes están esperando un hijo (Dhillon, Cumming y Cumming, 2000), aspecto que va en la misma dirección de los resultados encontrados en el presente estudio, en el que no hemos hallado diferencias entre hombres fértiles e infértiles en el desajuste emocional, la ansiedad estado, la ansiedad rasgo y el afecto negativo.

Sin embargo, cuando se comparan mujeres infértiles con mujeres fértiles aparecen diferencias significativas entre ambos grupos, siendo las mujeres infértiles las que muestran mayores niveles de desajuste emocional, ansiedad-estado y afecto negativo. El incremento del nivel de ansiedad estado que manifiestan las mujeres infértiles podría deberse a la situación específica de una primera visita a la unidad de reproducción para el estudio y tratamiento de su infertilidad y no a la propia situación de evaluación, dado que las mujeres controles han sido evaluadas de igual forma. Hecho que corrobora los resultados que se vienen encontrando en parejas infértiles en otras investigaciones, presentando niveles altos de ansiedad, desajuste emocional y de afecto negativo sobre todo en las mujeres infértiles comparadas con otras mujeres sin problemas de fertilidad (Castro *et al.*, 2001; Dyer, Abrahams, Mokoena, Lombard y Van der Spuy, 2005; Moreno-Rosset y Martín, 2009; Verhaak *et al.*, 2007; Wischman, Stammer, Scherg, Gerhard y Verres, 2001).

En cuanto al resultado obtenido sobre la variable alexitimia, cabe destacar las diferencias encontradas entre los grupos infértil y fértil estudiados, en las que el grupo de hombres y mujeres infértiles conjuntamente muestran mayor dificultad de expresión de emociones que el grupo compuesto por hombres y mujeres fértiles. Además, los hombres (infértiles y fértiles) manifiestan frente a las mujeres (infértiles y fértiles) un patrón de pensamiento orientado a lo externo y una mayor dificultad de expresión emocional.

Al intentar comparar nuestros resultados con estudios previos, comprobamos la ausencia de estudios empíricos en los que hayan participado tanto hombres como mujeres infértiles y/o fértiles, observando que la mayoría de trabajos o bien han estudiado sólo a los hombres o bien solamente a las mujeres. Lo que parece evidente es que, con independencia de que los estudios se centren en mujeres, en hombres o en ambos, todos los hallazgos van en la misma dirección de encontrar mayor presencia de aspectos alexitímicos en las personas infértiles frente a las fértiles.

Por ejemplo, Conrad *et al.* (2001) comparan a hombres infértiles con dos grupos controles, uno sin infertilidad y otro con enfermedades psicosomáticas. El grupo de hombres infértiles mostró puntuaciones significativamente superiores en el pensamiento orientado a lo externo frente al grupo fértil, e inferiores al grupo con enfermedades psicosomáticas que se caracteriza por presentar una elevada prevalencia de alexitimia. En un estudio posterior Conrad *et al.* (2002) encontraron puntuaciones superiores en la escala total de alexitimia en hombres infértiles comparados con un grupo estandarizado de hombres sanos. Los estudios realizados sobre muestras de mujeres infértiles frente a fértiles, unos encuentran que las mujeres infértiles obtienen puntuaciones superiores en todos los factores y en la escala total de alexitimia (Shi, Wu y Zhu, 2006) y otros, asimismo en la escala total de alexitimia y en las dificultades en identificar sentimientos (Lamas *et al.*, 2006). A la vista de estos hallazgos, parece evidente que son necesarios estudios en los que se incluyan tanto a hombres como mujeres infértiles, así como grupos de control correspondientes.

En cuanto a los recursos adaptativos, en nuestro análisis no hemos encontrado diferencias significativas entre la población infértil e fértil en ninguno de sus dos factores (recursos personales y recursos interpersonales) ni en el factor total, hecho que contrasta con otro estudio realizado con una muestra de 50 personas infértiles y 50 fértiles que si las han encontrado (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2009), mostrándose la población infértil superior en sus puntuaciones en recursos adaptativos y personales. Estos resultados contradictorios muestran la necesidad de realizar estudios con muestras mucho más amplias con el fin de comprobar la hipótesis de Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores (2008) acerca de que los problemas de salud crónicos, como la infertilidad, pueden acrecentar los recursos personales para afrontar dicha situación.

Existe una considerable literatura sobre el malestar que aqueja a las personas infértiles, sobre todo a las mujeres que padecen esta difícil situación, sin embargo, todavía se sigue aludiendo a la llegada del hijo como solución al malestar sufrido durante el proceso. Por lo que todos los esfuerzos y recursos se encaminan a la realización de los tratamientos médicos que les posibiliten hacer realidad su deseo, pero estos tratamientos no son infalibles y debemos estar preparados tanto para su posible fracaso como para la posibilidad del desarrollo de alguna patología emocional provocada por el constante estrés y malestar que afecta a muchas de estas parejas: promoviendo el fortalecimiento de sus recursos y la expresión de sus emociones tanto positivas como negativas, que faciliten el desahogo y la no acumulación de la tensión sostenida y favoreciendo un mayor nivel de bienestar profiláctico al desarrollo de cualquier tipo de desajuste emocional.

En consecuencia, debiéramos reflexionar sobre estos hallazgos y como psicólogos promover la calidad de vida de las parejas infértiles evaluándolas desde el primer contacto a la unidad de reproducción, momento en el que pueden detectarse aquellas personas con desajustes emocionales y afectivos. Por otro lado, a pesar de que sean las mujeres las que presentan puntuaciones superiores en desajuste emocional, afecto negativo y ansiedad estado y rasgo, debe atenderse las necesidades específicas de cada miembro de la pareja ya que cada parte puede sufrir procesos emocionales distintos y característicos del sexo al que pertenece.

Las aportaciones de este estudio pueden resumirse de la siguiente forma. Primero, y a diferencia de la mayor parte de estudios realizados sólo a mujeres o a hombres infértiles, la evaluación psicológica se ha llevado a cabo a ambos miembros de la pareja y en la primera visita a la unidad de reproducción (habitualmente se evalúan las mujeres durante o al final del tratamiento de reproducción asistida) lo que permite detectar mujeres y hombres vulnerables a desarrollar una psicopatología. Segundo, cabe resaltar que la evaluación psicológica se ha llevado a cabo con rigor ético y científico y por profesionales de la psicología. Recuérdese que muchos de los estudios sobre las características psicológicas de mujeres infértiles se han venido realizando por profesionales de la medicina reproductiva que han centrado su interés en la relación entre los aspectos psicológicos y los resultados de los tratamientos médicos (embarazo o no). Por último, se han elegido instrumentos de evaluación psicológica preferentemente no clínicos. Por un lado se ha utilizado el DERA específico para población infértil junto a otros como el PANAS que mide afecto positivo y negativo o la TAS-20 que mide alexitimia. En cuanto al STAI que mide ansiedad estado y rasgo, ofrece en este estudio información útil y complementaria al incluirlo en la batería de instrumentos seleccionados.

Todo estudio conlleva asimismo limitaciones. En éste podemos aludir al diseño transversal que conlleva la limitación del seguimiento con aplicación de medidas repetidas que permitiría conocer la evolución emocional, afectiva y de recursos de la muestra estudiada en fases posteriores. Además, la cronicidad de la infertilidad es una limitación en sí misma ya que para seguir a las parejas se requeriría un tiempo muy prolongado de años porque muchas repiten tratamiento, otras lo abandonan o buscan otra unidad de reproducción, y a su vez se requeriría una muestra mucho mayor para que no disminuyera significativamente en las evaluaciones de seguimiento.

Finalmente, queremos resaltar que nuestro trabajo responde a las necesidades que Souter, Hopton, Penny y Templeton (2002) destacan en cuanto a que es necesario realizar más trabajos centrados en estadios o fases iniciales de la infertilidad, así como realizar una selección de instrumentos adecuados para la evaluación psicológica ya que, según estos autores, la utilización de tests clínicos ha producido una gran variedad de resultados que oscilan entre el 1% y el 52% de casos positivos de psicopatología clínica en mujeres infértiles, motivo por el que sugieren la necesidad de realizar más estudios en aras a identificar factores predictivos y de riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos en esta población.

Referencias

- Ávila, A. (1993). Estrés y procesos psicológicos en la infertilidad humana. En J. Buendía Vidal (dir.), *Estrés y psicopatología* (pp. 181-200). Madrid: Pirámide.
- Beck, A. T. (1978). *The Depression Inventory*. Filadelfia: Center for Cognitive Therapy.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bagby, R.M., Taylor G. J. y Parker J. D. (1994). The twenty item Toronto Alexithymia Scale-II: convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bayo-Borrás, R., Cànovas, G. y Sentís, M. (2005). *Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida*. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.
- Castro, C., Borrás, C., Pérez-Pareja, F. J. y Palmer, A. L. (2001). Respuestas emocionales en mujeres que se encuentran en tratamiento de reproducción asistida. *Ansiedad y Estrés*, 7, 283-291.
- Cattell, R. B. (1972). The 16PF and basic personality structure: a reply to Eysenck. *Journal of Behavioral Science*, 1, 169-187.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, K. R., Demers-Desrosiers, L. A. y Catchlove, R. F. H. (1983). The SAT9: a quantitative scoring system for the AT-9 Test as a measure of symbolic function central to alexithymic presentation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39, 77-88.
- Conrad, R., Schilling, G., Langenbuch, M., Haidl, G. y Liedtke, R. (2001). Alexithymia in male infertility. *Human reproduction (Oxford, England)*, 16, 587-592.
- Conrad, R., Schilling, G., Haidl, G., Feiser, F., Imbierowicz y Liedtke, R. (2002). Relationship between personality traits, seminal parameters and hormones in male infertility. *Andrologia*, 34, 317-324.
- Cooper, B.C. (2007). Perceived infertility-related stress correlates with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 88, 714-717
- Cwikel, J., Gidron, Y. y Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 117, 126-131.
- Del Castillo Aparicio, M., Moreno-Rosset, C., Martín Díaz, D. y Ramírez-Uclés, I. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo/Gender differences in affect, emotional maladjustment and adaptive resources in infertile couples: a positive approach. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 41-48. *Annuary of Clinical Health Psychology*, 5, 39-46.
- de Klerk, J. A., Hunfeld, E. M., Heijen, M. J., Eijkemans, B. C., Fauser, J. P. y Macklon, N. S. (2008). Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Human Reproduction*, 23, 112-116.
- Dhillon, R., Cumming, C. E. y Cumming, D. C. (2000). Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 74, 702-706.
- Derogatis, (1977).
- Dyer, S. J., Abrahams, N., Mokoena, N. E., Lombard, C. J. y Van der Spuy, Z. M. (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human Reproduction*, 20, 1938-1943.
- Edelmann R. J. y Connolly, K. J. (2000). Gender differences in response to infertility and infertility investigation: Real or illusory. *British Journal Health Psychology*, 5, 365-375.

- Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V. y Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17, 2986-2994.
- Fekkes, M., Buitendijk, S. A., Verrips, G. H., Braat, D. D., Brewaeyts, A. M., Dolfing, J. G., Kortman, M., Leerentveld, R. A. y Macklon, N. S. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, 18, 1536-1543.
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: el "DERA" una prueba creada en España. *Papeles de Psicólogo*, 29, 176-185.
- Jordan, C. y Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341-357.
- Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P. y Corcos, M. (2006). Alexithymia in infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 23-30.
- Lintsen, A. M., Verhaak, C. M., Eijkemans, M. J., Smeenk, J. M. y Braat, D. D. (2009). Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Human Reproduction*, 1, 1-7.
- Llavona, L. y Mora, R. (2006). *Inventario de problemas psicológicos en infertilidad (IPPI)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Martín, M. D. (2009). Emociones positivas y salud. En E. G. Fernández-Abascal (dir.), *Emociones positivas* (pp. 27-46). Madrid: Pirámide.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7, 19-32.
- Martínez-Sánchez, F. y Ortiz, B. (2000). La evaluación de la alexitimia. En M. Casullo y Páez, D. (dirs.), *Alexitimia y cultura* (pp. 35-51). Buenos Aires: Paidós.
- Moral de la Rubia, J. y Retamales Rojas, R. (2000). Estudio de validación de la Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Psiquiatría.com*, 4, 1-10.
- Moreno-Rosset, C. (2008). Infertilidad y psicología de la reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29, 154-157.
- Moreno-Rosset, C. (2009a). *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. (2009b). *Infertilidad ¿por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Madrid: Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. (2010). *Infertilidad*. Madrid: Síntesis.
- 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, 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, 79-90.
- Moreno-Rosset, C. y Martín, M. D. (2009). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 15, 97-109.
- Newton, C. R., Sherrard, W. y Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72, 54-62.
- Pook, M. y Krause, W. (2005). The impact on treatment experiences on the course of infertility distress in male patients. *Human Reproduction*, 20, 825-828.
- Rodríguez-Marín, J., Perol, M. C., López-Roig, S. y Pastor, M. A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 59-84.

- Sandín, B. (1981). Consideraciones sobre el Cuestionario 8SQ. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 169, 323-327.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Schanz, S., Baeckert-Sifeddine, I. T., Braeunlich, C., Collins, S. E., Batra, A., Gebert, S., Hautzinger, M. y Fierlbeck, G. (2005). A new quality-of-life measure for men experiencing involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 20, 2858-2865.
- Shi, S. -B., Wu, P.-L. y Zhu, X.-Z. (2006). Alexithymia and its features in patients with infertility. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 14, 403-404.
- Seger, L. (2003). El impacto de la infertilidad en las primeras fases de la reproducción asistida. *Psicología Conductual*, 11, 95-113.
- Souter, V. L., Hopton, J. L., Penny, G. C. y Templeton, A. A. (2002). Survey of psychological health in women with infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23, 41-49.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). *Manual STAI Cuestionario de ansiedad estado rasgo*. Madrid: TEA (orig. 1970).
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaijmaat, F. W. y Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13, 27-36.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I. y Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human Reproduction*, 16, 1753-1761.

RECIBIDO: 18 de enero de 2010

ACEPTADO: 16 de octubre de 2010

FE DE ERRATAS

En la revista volumen 19, número 2, 2011, en la página 349 donde dice:

- 2) Déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional.

Debe decir:

- 2) Déficit de regulación por ausencia de eficacia.

6.3 Tercer artículo

Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: Analysis of the moderating role of gender

Ramírez-Uclés, I. M., Del Castillo-Aparicio, M., y Moreno-Rosset, C. (2015). Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: Analysis of the moderating role of gender. *Clínica y Salud*, 26(1), 57-63.

País de publicación: España

ISSN: 1130-5274

Área: Psicología

Factor de Impacto:

En el año 2011: 0.275 (fecha de última publicación índices impacto IN-RECS)

El factor de impacto publicado en la propia revista en un periodo de dos años es de: 0.1351

Posición de la revista en el área: 24

Número de revistas en el área: 68

En el año 2011: Segundo cuartil

OBSERVACIONES: La Revista Clínica y Salud ha sido admitida en el Journal of Citation Report en 2015. Por tanto, los primeros datos aparecerán en 2016.



Psychological predictor variables of emotional maladjustment in infertility: Analysis of the moderating role of gender

Isabel M. Ramírez-Uclés^{a*}, M. Del Castillo-Aparicio^{a,b}, and C. Moreno-Rosset^a

^aSpanish University of Distance Education (UNED), Madrid, Spain

^bQUIRÓN, Zaragoza, Spain

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscript received: 28/11/2014
Revision received: 23/12/2014
Accepted: 13/01/2015

Keywords:
Emotional maladjustment
Anxiety
Affects
Alexithymia
Adaptive resources
Infertility

ABSTRACT

The objective of this study is to find out if the variables state-anxiety, trait-anxiety, positive-affect, negative-affect, alexithymia, and adaptive (personal and interpersonal) resources can predict emotional maladjustment in infertile people, taking into account the potentially moderating role of gender. A sample of 101 participants with an infertility diagnosis (51 males and 50 females) completed a battery of psychological tests (DERA, Emotional Maladjustment and Adaptive Resources in Infertility questionnaire, State-Trait Anxiety Inventory [STAI], PANAS, Positive and Negative Affect Schedule, and TAS-20, [Toronto Alexithymia Scale]). The moderating, partial, and interactive effects of the variables were analyzed using hierarchical regression analysis. The resulting model explained 71.1% of total variance, resulting in gender as an important moderating variable and trait anxiety, state anxiety, negative affect, and low interpersonal resources as strong predictors of emotional maladjustment in infertile people. These results provide guidance in selecting the most appropriate psychological support and treatment for the emotional adjustment of infertile women and men.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Production by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Variables psicológicas predictoras del desajuste emocional en personas infértiles: análisis del papel modulador del sexo

RESUMEN

El objeto del estudio es determinar si las variables ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, afecto positivo, afecto negativo, alexitimia y recursos adaptativos (personales e interpersonales) pueden predecir el desajuste emocional en personas infértiles, analizando el posible papel modulador del sexo en dicho desajuste. Participaron en el estudio 101 personas con un diagnóstico de infertilidad (51 hombres y 50 mujeres) que respondieron a una batería de pruebas psicológicas (DERA, Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [STAI], PANAS, Escala de Afectos Positivos y Negativos y TAS-20 [Escala de Alexitimia de Toronto]). Los efectos moduladores, parciales y de interacción de las variables se analizaron mediante un análisis de regresión de orden jerárquico. El modelo resultante explica el 71.1% de la varianza total, constituyendo el sexo una importante variable moduladora, mientras las variables ansiedad-rasgo, ansiedad-estado, afecto negativo y bajos recursos interpersonales actúan como importantes predictores del desajuste emocional en personas infértiles. Los resultados pueden ayudar en la elección de apoyos y tratamientos psicológicos y adecuados para alcanzar el ajuste emocional en hombres y mujeres infértiles.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Producido por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Palabras clave:
Desajuste emocional
Ansiedad
Afectos
Alexitimia
Recursos adaptativos
Infertilidad

The World Health Organization considers infertility, the inability of a couple to conceive children, a chronic disease. This disease does not usually manifest physical symptoms. Generally, it is detected after several months of regular intercourse without achieving pregnancy.

A year of failed attempts is the criterion for requesting diagnostic tests, but most couples come to assisted reproduction units after trying much longer and so the interval is considered by Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro, and Gómez (2009) as a stressful life event that makes infertility an anxious process that increases as months pass without achieving the desired child and which affects different areas (social, work, family, etc.) of women, men, and couples.

Medicine and Reproductive Biology have focused on developing assisted reproductive technology (ART) to achieve pregnancy in in-

*Correspondence concerning this article should be sent to Isabel M. Ramírez Uclés. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). C/ Juan del Rosal, 10. 28040-MADRID. E-mail: iramirez@psi.uned.es

fertile people. Louise Joy Brown was the first person born in the UK through IVF in 1978. In Spain, Victoria Anna was the first in 1984 and during this period investigation focused on the physiological and biological aspects of people who could not achieve pregnancy by natural means.

Later, together with the medical aspects, infertility has been studied by Reproductive Psychology, which evaluates and treats the emotional pain caused by this disease without physical symptoms but with clear signs such as the appearance of menstruation as an indication of no pregnancy. All processes related to the reproductive cycle, although natural, can lead to significant emotional alterations such as PMS or postpartum depression, among others. As indicated by Nereu, Neves, and Casado (2013), the stages a pregnant woman passes through constitute a kind of emotional 'merry go round', but when she does not become pregnant the suffering increases, turning into a "roller coaster". Perhaps for these reasons the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) defines infertility as the "disease" that afflicts people who do not get pregnant after a year of regular sexual relations.

Looking back on the psychological study of infertility, we see an evolution of the focus of interest coupled to the models and psychological schools that have developed. So, the psychological causes of infertility have been sought from psychoanalytic approaches in the beginning (Feder, 1980; Goldschmidt & Jürgensen, 1985). Later, the perspective widens, analyzing the effects and consequences that infertility and assisted reproduction treatments cause (Eugster & Vingerhoets, 1999). Furthermore, not taking men into account has been criticized since most studies initially focused on women as females undergo the most painful part of the ART treatments (Greil, 1997). This author in his literature review also highlights the need to apply methodology and assessment tools that are suitable and specific to the field.

Classically, the main variables studied have been anxiety and depression without finding conclusive results in many cases (Verhaak et al., 2007). Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro, & Ávila-Espada (2008) provide a review of emotional changes before an infertility diagnosis, during treatment, and during pregnancy and parenting, highlighting the need to differentiate between emotional maladjustment and psychopathological alteration in infertile people in order to detect those couples that are vulnerable to developing psychopathology.

The new approaches on health and prevention investigate variables such as distress or emotional discomfort as well as emotional imbalance, which, not being clinical measures, become psychopathology risk indicators for people undergoing stressful processes. This is true in chronic diseases such as cancer, in which emotional distress has been studied (Hernández & Cruzado, 2013) or in infertility that, although not affecting individuals' survival, shows parallelism with the processes of cancer patients. One third of infertile people studied by Van Dongen, Kremer, Van Sluisveld, Verhaak, and Nelen (2012) are at risk of emotional maladjustment before the start of ART treatments. El Kissi et al. (2014) found greater emotional maladjustment, emotional disturbances, and worse quality of life in infertile couples compared to general population. Also, variables such as coping strategies and alexithymia were analyzed with an interest in their relationship with the emotional distress experienced in infertility (Phillips, Elander, & Montague, 2014; Shi, Wu, & Zhu, 2006).

Another perspective on the rise more recently is Positive Psychology, which proposes wellbeing, strengths, and resource variables to help manage the psychological distress. How positive and negative affects interact with biological variables such as the number of transferred oocytes and term pregnancies has been studied, as well as stress and anxiety (Coughlan, Walters & Ledger, 2014; Mahajan et al., 2010; Schalet, Cook, Choi, & Cella, 2014). Resilience and post-traumatic growth, suggesting that there is a strengthening of the welfare of the couple and the individual by overcoming the difficulty faced

by infertile couples, have also been studied (Hermann et al., 2011; Yu et al., 2014).

In short, a significant evolution in the study of psychological factors in infertility can be seen. In addition to the evaluation of the clinical aspects, such as anxiety and depression, the protective variables of couple wellbeing were added and hence the present study can be considered part of a holistic view of the emotional health of infertility that includes clinical and non-clinical variables, with the aim of detecting prodromal symptoms to alert of possible subsequent psychopathological problems.

The aim of this study was to determine whether state-anxiety, trait-anxiety, positive-affect, negative-affect, alexithymia, and adaptive (personal and interpersonal) resources can predict emotional maladjustment in infertile people. In addition, gender is analyzed as a possible moderating effect on the analysis of the prediction.

Method

Participants

The sample consisted of 101 participants with infertility problems, 51 males and 50 females, who attended a private assisted reproduction unit in Zaragoza, Spain, asking for assisted reproduction treatment. One female participant was not included in the study due to a mistake when completing the questionnaire. The mean age for the male group is 35.88 years ($SD = 4.37$), minimum 27 and maximum 47, and the mean age for the female group is 34.42 ($SD = 4.37$), minimum 25 and maximum 44. Both groups are homogeneous in terms of educational level ($\chi^2 = 1.719, p = .787$). All participants were required: a) to be legally married or living with a partner in a heterosexual relationship; b) be over 18; c) be intelligent enough to understand the questionnaires; and d) have no major medical or psychological problems.

Procedure

Infertile couples who consulted the Assisted Reproduction Unit for treatment of their infertility were informed about the research and asked to collaborate in it. The couples that agreed to participate signed the corresponding consent form and became part of the study's sample group. In general terms, people invited to participate voluntarily did so. Only those couples who had time problems turned down the offer. The selection of the sample was carried out over six months. The instruments for psychological assessment were individually completed by each member of the couple in the clinic. This procedure (in situ and each one independently) avoided any possible assessment bias. The study had been previously approved by the Healthcare Ethics Committee of the Center for Assisted Reproduction.

Measures

Participants were assessed by means of the following instruments:

- *Emotional Maladjustment and Adaptive Resources in infertility questionnaire* (DERA; Moreno-Rosset, Antequera, & Jenaro, 2008). This instrument consists of 48 elements with a five-point Likert type response format that asks the extent to which the subject agrees with each of the statements presented. It consists of four factors: emotional maladjustment, personal resources, interpersonal resources, and adaptive resources. Cronbach's alpha coefficient is .85 for the global scale and .90, .57, .78 and .74, respectively for the individual scales. The validity studies convergent with the questionnaire on ways of coping with stressful events (CEA; Rodríguez-Martín, Terol, López-Roig, & Pastor, 1992) give evidence of the validity of the instrument.

Table 1
Descriptive and Gender Differences in the Study Variables

	Males		Females		<i>t</i>	<i>p</i>
	Mean	SD	Mean	SD		
Emot. maladjustment	54.16	13.62	65.04	16.50	<i>t</i> (99) = -3.61	.000**
State anxiety	15.22	7.03	22.72	10.36	<i>t</i> (86.02) = -4.24	.000**
Trait anxiety	14.57	5.56	23.56	10.21	<i>t</i> (75.45) = -5.47	.000**
Positive affect	37.59	4.91	35.62	5.32	<i>t</i> (99) = 1.93	.050*
Negative affect	20.57	4.60	25.54	6.56	<i>t</i> (87.67) = -4.40	.000**
Alexithymia	45.63	12.14	46.49	13.16	<i>t</i> (98) = -0.34	.734
Personal resources	40.51	4.22	41.58	8.21	<i>t</i> (72.86) = -0.82	.414
Interpersonal resources	43.39	3.78	44.92	4.93	<i>t</i> (91.86) = -1.74	.085
Adaptive resources	83.90	6.48	86.50	10.28	<i>t</i> (82.35) = -1.51	.134

Note. The assumption of homogeneity of variances was verified using the Levene's test; adjustments were made to the degrees of freedom in case of violation.

p* < .05, *p* < .01

Other psychometric data can be found in the study by Moreno-Rosset, Antequera, and Jenaro (2009).

- *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988), Spanish adaptation by Sandín et al., (1999). This scale consists of 20 items. It measures affect in two independent non-correlated dimensions. The positive affect reflects the extent to which someone feels enthusiastic, active, alert, energetic, and with pleasant participation. The negative affect shows a general dimension of subjective ill-being and unpleasant participation, including a variety of aversive emotional states, such as annoyance, anger, blame, fear, and nervousness. Cronbach's alpha coefficients for the Spanish version used in this study are .89 for the positive affect scale and .91 for the negative affect scale for males and .87 for the positive affect scale and .89 for the negative affect scale for females (Sandín et al., 1999).
- *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970), Spanish version by TEA (2008). It consists of two scales, state anxiety and trait anxiety, with 40 items, 20 items for each scale describing respectively – how the subject feels at a given moment and how they feel generally. The Spanish version of this scale presents indices of internal consistency for the state-anxiety scale of between .90 and .93 and for the trait-anxiety scale of between .84 and .87. Reliability values calculated by the two halves method reach a value of .94 in state anxiety and .86 in trait anxiety.
- *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby, Parker, & Taylor, 1994), Spanish adaptation by Martínez-Sánchez (1996). The TAS-20 is a 20-item self-report measure, which measures the degree of alexithymia. It consists of three factors: difficulty identifying feelings and distinguishing physiological sensations that accompany emotional arousal, difficulty describing feelings and pattern of externally oriented thinking. This adaptation has an internal consistency of .78 and a test-retest reliability of .71. Of the various techniques used for the assessment of alexithymia, the TAS-20 is the most frequently used because its outstanding psychometric properties (Bagby, Taylor & Parker 1994; Martínez-Sánchez & Ortiz, 2000). The stability and replicability of the factorial structure has been confirmed in both clinical and non-clinical samples.

Data Analysis

First, descriptive analysis and *t*-test analysis for independent samples were performed to observe possible differences in study variables between men and women. Analysis of correlations between emotional maladjustment and the remaining variables using the Pearson's correlation coefficient were also carried out.

Finally, partial and interactive effects of the variables were analyzed using a multiple regression analysis with hierarchical order of inclusion. The model was analyzed using participants' gender as potentially moderating variable in step 1. The main predictors of emotional maladjustment (state-anxiety, trait-anxiety, positive-affect, negative-affect, alexithymia, personal resources, interpersonal resources, and adaptive resources) were included in step 2. Interactions between gender and the main predictor variables were analyzed in step 3.

Statistical significance was set at a confidence interval of 95% and *p* < .05 as the criterion. Analyses were performed using SPSS v. 19 for Windows.

Results

Previous Analysis

Table 1 shows the means and standard deviations of the study variables. It can be seen that women tend to have higher scores on all variables except for positive-affect, where men scored higher. These differences are significant in the case of the variables emotional maladjustment, *t*(99) = -3.617, *p* = .000, state anxiety, *t*(86.02) = -4.249, *p* = .000, trait anxiety, *t*(75.45) = -5.479, *p* = .000, negative affect, *t*(87.67) = -4.402, *p* = .000, and positive affect, *t*(99) = 1.931, *p* = .050.

With the aim to explore the relationship between the emotional maladjustment variable and the other variables, two correlation analysis based on participants' gender were performed. The results are shown in Table 2.

Table 2
Correlations among Emotional Maladjustment and the Remaining Variables for Infertile Men and Women

Variables	Emotional maladjustment	
	Males	Females
State-anxiety	.577**	.658**
Trait-anxiety	.638**	.812**
Positive affect	.244	-.499**
Negative affect	.606**	.725**
Alexithymia	.332	.650**
Personal resources	-.169	.005
Interpersonal resources	-.508**	-.427**
Adaptive resources	-.407**	-.201

p* < .05, *p* < .01

For men, there are significant positive correlations between emotional maladjustment and state anxiety (.577, $p = .000$), trait anxiety (.638, $p = .000$), negative affect (.606, $p = .000$) and alexithymia (.332, $p = .017$) and significant negative correlations between emotional maladjustment and interpersonal resources (-.508, $p = .000$) and adaptive resources (-.407, $p = .000$). As for women, significant positive correlations were found between emotional maladjustment and state anxiety (.658, $p = .000$), trait anxiety (.812, $p = .000$), negative affect (.725, $p = .000$), and alexithymia (.650, $p = .000$) and significant negative correlations between emotional maladjustment and positive affect (-.499, $p = .000$) and interpersonal resources (-.427, $p = .002$).

Predictive Analysis: Moderating, Partial and Conditioned Effects

Partial and interactive effects of the variables were analyzed using a multiple regression analysis with hierarchical order of inclusion. The model was analyzed using participants' gender as a potentially modulating variable in step 1. The main predictors of emotional maladjustment were included in step 2 and interactions between gender and the main variable predictors were analyzed in step 3. This model explained 71.7% of the variance in psychological maladjustment in infertile people.

As shown in Table 3, step 1 indicates a significant effect of the variable gender ($\beta = .343$, $p = .000$). This moderating variable explained 11.8% of the variance in emotional maladjustment in infertile people.

Results in step 2 show that state anxiety ($\beta = .173$, $p = .045$), trait anxiety ($\beta = .396$, $p = .000$), negative affect ($\beta = .237$, $p = .016$), and interpersonal resources ($\beta = -.173$, $p = .013$) all contributed significantly to emotional maladjustment. Collectively, these variables explained an additional 57.9% of the variance in emotional maladjustment in infertile people. Finally, results of analyses in step 3 indicate that the interactions between gender and predictor variables in-

Table 3
Hierarchical Regression Analyses Predicting Emotional Maladjustment in Infertile People

Predictors	$B_{\text{typlified}}$	p	R^2	ΔR^2
Step 1			.118	.118**
Constant	43.171			
Gender	.343**	.000		
Step 2			.697	.579**
Constant	43.324			
State anxiety	.173*	.045		
Trait anxiety	.396**	.001		
Positive affect	-.020	.780		
Negative affect	.237*	.016		
Alexithymia	.087	.216		
Personal resources	-.031	.612		
Interpersonal resources	-.173*	.013		
Step 3			.717	.020**
Constant	90.103			
Gender x State anxiety	.182	.676		
Gender x Trait anxiety	.162	.784		
Gender x Positive affect	.397	.459		
Gender x Negative affect	-.766	.220		
Gender x Alexithymia	.022	.954		
Gender x Personal resources	.853	.166		
Gender x Interpersonal resources	1.000	.224		

* $p < .05$, ** $p < .01$

crease the overall variance explained by the model by 2%. However, there is no significant concrete interaction effect.

Figures 1 and 2 graphically show the results of the hierarchical regression analysis predicting emotional maladjustment from typi-

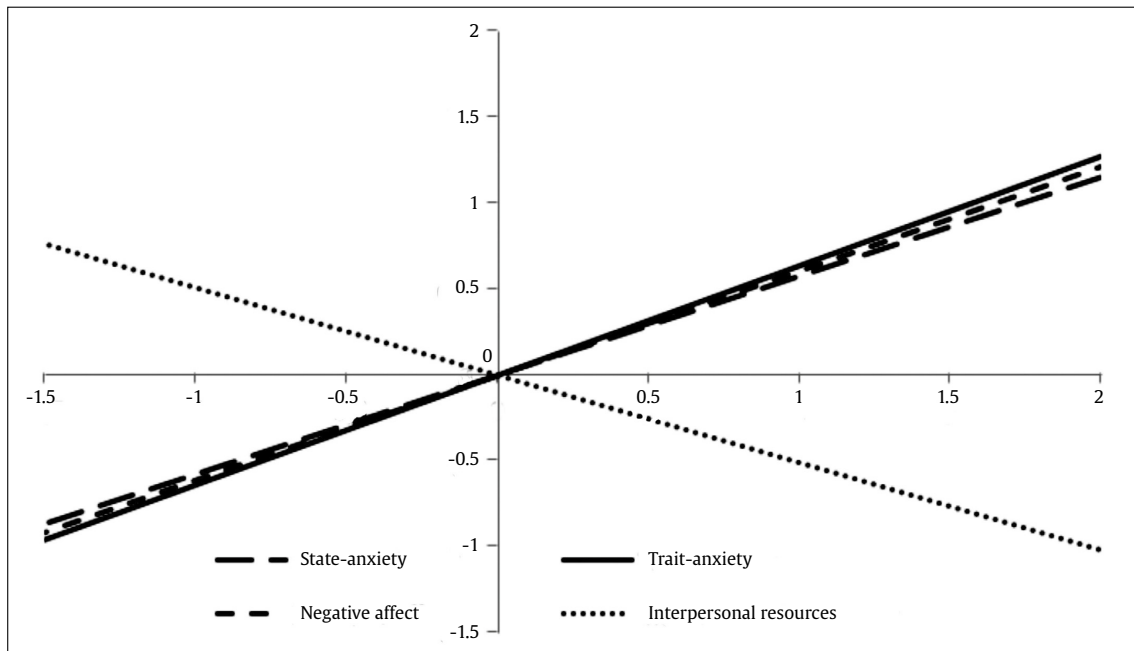


Figure 1. Prediction of Emotional Maladjustment from Typical Scores Obtained for the Predictor Variables (infertile males).

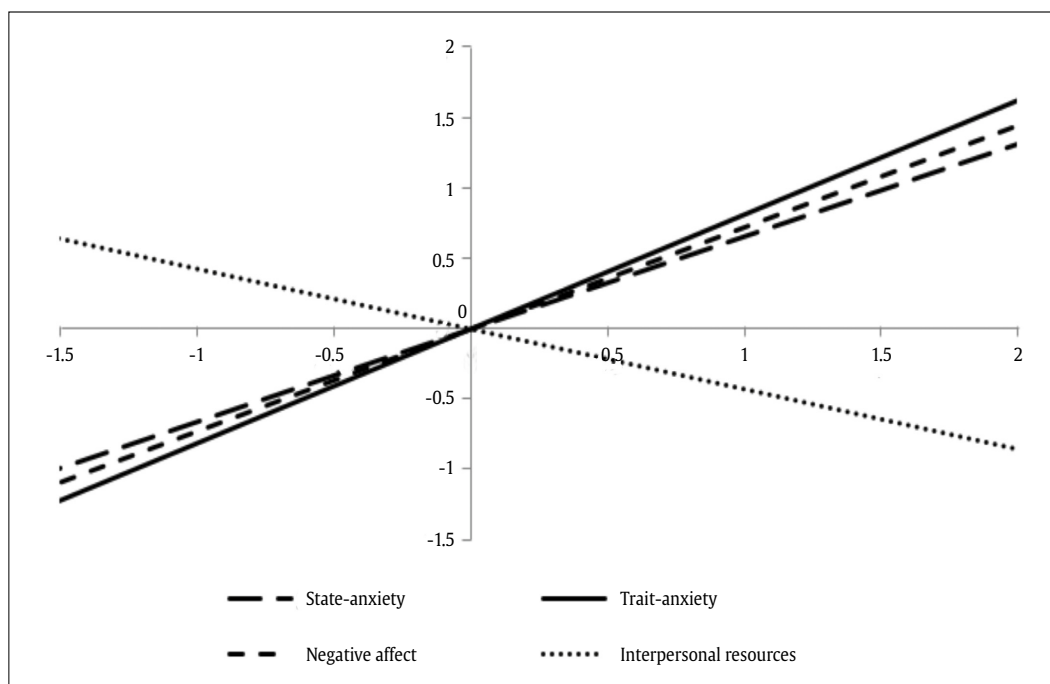


Figure 2. Prediction of Emotional Maladjustment from Typical Scores Obtained for the Predictor Variables (infertile females).

cal scores obtained from the variables trait anxiety, state anxiety, negative affect, and interpersonal resources for infertile men and women, respectively.

Discussion

In previous work we have found that infertile women in the study sample had a higher level of emotional maladjustment and negative affect, while men had higher positive affect (Del Castillo, Moreno-Rosset, Martín, & Ramírez-Uclés, 2009). We also found that women experience higher levels of state and trait anxiety (Moreno-Rosset, Del Castillo, Ramírez-Uclés, & Martín, 2011). In this paper we propose to establish a predictive model of emotional maladjustment in infertility and know the potentially moderating role of gender in order to help design support and psychological interventions targeting women and men at first contact with Assisted Human Reproduction Units.

The results obtained from regression analysis lead us to conclude that gender acts as a moderating variable with partial effects from trait anxiety, to a larger extent, followed by negative affect, state anxiety and low interpersonal resources in explaining emotional maladjustment in infertile people.

The moderating effect of the variable gender suggests that infertile women have higher risk of emotional maladjustment. Therefore, being a female can predispose to suffer emotional maladjustment, which is in agreement with studies such as Huppelschoten et al. (2013) that found that 63.8% of infertile females and 45.6% of infertile males had, at least, one risk factor for developing emotional maladjustment. It is no coincidence that most infertility literature is focused on women, since they are who receive medical treatment and are most likely to develop emotional disorders during assisted reproduction treatment (Chiaffarino et al., 2011; Culley, Hudson, & Lohan, 2013).

Regarding the psychological variables evaluated, trait anxiety has a greater predictor effect. Psychological factors, such as trait-anxiety

and depression, have proved to be predictors of quality of life in chronic diseases such as diabetes mellitus type 1 (Machado, Anarte, & Ruiz de Adana, 2010), so it is shown that people with chronic levels of activation are emotionally vulnerable when faced with diseases that compromise physical and reproductive health, especially in infertile women.

In the analyzed regression model it can be seen how negative affect and state-anxiety are also actively involved in predicting emotional maladjustment in the early stages of diagnosis and treatment of infertility. Thus, emotions that make up negative affect such as anger, guilt, fear, and nervousness, may be a risk factor for emotional maladjustment if the most suitable care and management are not received. Similar results are reported by Pápay, Rigó, and Nagybányai (2013) who, in a multiple regression analysis, found that it is negative affect and avoidant coping which positively predict the distress or emotional discomfort associated with infertility.

Also, note that low interpersonal resources predict emotional maladjustment in this study's sample, a fact in agreement with abundant literature in different areas of health and that also support its protective effect (Barrón, 1996; Östberg & Lennartsson, 2007). In the case of infertility, the couple may be the first and closest social support, as reflected in marital satisfaction (Darwiche et al., 2013), although it is important that it is not the only interpersonal resource. Mahajan et al. (2009) found that interpersonal resources accounted for 28.4% of the variance of the adjustment to infertility, satisfaction of the couple being among them.

As for the variable alexithymia, despite maintaining a clear positive correlation with emotional maladjustment, it is not predictive as it is the maladjustment itself that triggers the alexithymia found in infertility (Conrad, Schilling, Langenbuch, Haidl, & Liedtke, 2001; Shi et al., 2006). In fact, alexithymia is proposed as a defense for suffering, which at first can reduce it while ultimately creating different psychosomatic problems due to the failure to resolve the denied problem (Berry & Pennenbaker, 1993; Lumley, Neely, & Burger, 2007).

It can even reduce the chances of getting pregnant because of the physiological responses produced by repression and denial of emotional stress (de Klerket al., 2008).

Conclusions

We can conclude that it will be important to assess the emotional maladjustment at first contact with Assisted Human Reproduction Units, in order to prevent treat trait anxiety, state anxiety, and negative affect as well as to enhance interpersonal resources, especially in women.

In relation to gender, the predictor difference should not exclude the masculine facet from research. Infertility is about couples and the man can be a potential in the couple, representing an invaluable interpersonal resource for the women (Del Castillo, Arnal, Moreno-Rosset, Ramírez-Uclés, & Urries, 2014). In this line, Pápay et al. (2013) found that satisfaction and partner communication predict negative distress or psychological distress associated with infertility.

Thus, family and social relationships, in addition to the dampening effect of emotional distress (Lechner, Bolman, & Van Dalen, 2007), provide us space to refresh ourselves, to leave behind the issue that concerns us and to contact more positive emotions. Greenglass and Fiksenbaum (2009) note the existence of a relationship between social support, positive affect, and a high level of wellbeing.

As a limitation of this study, we note the size of the sample and that further research with a larger sample of women and men is necessary to allow us to continue investigating on the prediction of emotional maladjustment in infertility and the moderating effect of gender. The challenge is not to improve emotional adjustment in all patients with fertility problems but to identify in advance who is at risk of developing serious emotional maladjustment and to offer treatment tailored to their individual vulnerabilities (Verhaak, Lintsen, Evers, & Braat, 2010).

The need for the important role played by a psychologist has been recognized in Assisted Reproduction Units (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro, & Gómez, 2009). A proper psychological assessment allowing early detection of people at emotional risk will allow the treatment of anxiety and negative affect associated with infertility. Likewise, the support of loved ones and especially the partner will ease emotional adjustment in infertility.

Conflict of Interest

The authors of this article declare no conflict of interest.

Financial Support

This article was funded as part of the actions to aid the dissemination of the UNED Research Promotion Plan.

References

- Antequera-Jurado, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C., & Ávila-Espada, A. (2008). Principal Psychological Disorders associated with infertility. *Papeles del Psicólogo*, 2, 167-175. Retrieved from <http://www.papelesdel psicologo.es/english/1583.pdf>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: aspectos teóricos y aplicaciones* [Social support: theoretical aspects and applications]. Madrid: Siglo XXI.
- Berry, D. S., & Pennebaker, J. W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy and psychosomatics*, 59, 11-19.
- Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D'Orsi, C., ... Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 158, 235-241.
- Conrad, R., Schilling, G., Langenbuch, M., Haidl, G., & Liedtke, R. (2001). Alexithymia in male infertility. *Human Reproduction*, 16, 587-592.
- Coughlan, C., Walters, S., & Ledger, W. (2014). A comparison of psychological stress among women with and without reproductive failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 124, 143-147.
- Culley, L., Hudson, N., & Lohan, M. (2013). Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. *Reproductive BioMedicine Online*, 27, 225-235.
- Darwiche, J., Favez, N., Maillard, F., Germond, M., Guex, P., Despland, J. N., & De Roten, Y. (2013). Couples resolution of an infertility diagnosis before undergoing in vitro fertilization. *Swiss Journal of Psychology*, 72, 91-102.
- De Klerk, C., Hunfeld, J. A. M., Heijnen, E. M., Eijkemans, M. J., Fauser, B. C., Passchier, J., & Macklon, N. S. (2008). Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Human Reproduction*, 23, 112-116.
- Del Castillo, M., Arnal, B., Moreno-Rosset, C., Ramírez-Uclés, I., & Urries, A. (2014). *¿Existen diferencias de género en la reacción emocional frente a la infertilidad? [Are there gender differences in emotional reactions to infertility?]* (Dissertation). Presented at the symposium "Advances in Reproductive Psychology". III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud [3rd Ibero American Congress on Health Psychology]. Sevilla, Spain.
- Del Castillo, Moreno-Rosset, C., Martín, M. D., & Ramírez-Uclés, I. (2009). Gender differences in affect, emotional maladjustment and adaptive resources in infertility couples: a positive approach. *Annals of Clinical and Health Psychology*, 5, 39-46. Retrieved from http://institucional.us.es/apcs/php/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=11
- El Kissi, Y., Amamou, B., Hidar, S., Idri, K., Khairi, H., & Hadj Ali, B. B. (2014). Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 125, 134-137.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine*, 48, 575-589.
- Feder, L. (1980). Preconceptive ambivalence and external reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 161-78.
- Goldschmidt, O., & Jürgensen, O. (1985). Psychoanalytic study of functionally sterile couples. Case histories and critical review. *Psyche*, 39, 538-552.
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect, and wellbeing. *Human Reproduction*, 14, 29-39.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45, 1679-1704.
- Hermann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28, 1111-1117.
- Hernández, M., & Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento [Psychological care of cancer patients: from evaluation to treatment]. 1º premio de la XIX edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgeta" 2012. *Clínica y Salud*, 24, 1-54.
- Huppelschoten, A. G., van Dongen, A. J., Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Kremer, J. A., & Nelen, W. L. (2013). Differences in quality of life and emotional state between infertile women and their partners. *Human Reproduction*, 28, 2168-2176.
- Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22, 288-294.
- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of personality assessment*, 89, 230-246.
- Machado, A., Anarte, M. T., & Ruiz de Adana, M. S. (2010). Predictores de calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 [Predictors of quality of life in patients with Type 1 Diabetes Mellitus]. *Clínica y Salud*, 21, 35-47.
- Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., & Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction*, 24, 906-912.
- Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., & Taplin, J. E. (2010). Changes in affect and state anxiety across an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycle. *Fertility and Sterility*, 93, 517-526.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación Española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). [Spanish adaptation of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)]. *Clínica y Salud*, 7, 19-32.
- Martínez-Sánchez, F., & Ortiz, B. (2000). La evaluación de la alexitimia [Evaluating alexithymia]. In M. Casullo & D. Páez, D. (Eds.), *Alexitimia y cultura* (pp. 35-51). Buenos Aires: Paidós.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., & Jenaro, C. (2008). DERA. *Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad* [DERA. Emotional Maladjustment and Adaptive Resources in Infertility Questionnaire]. Premio TEA ediciones 2007. Madrid: Ediciones TEA.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., & Jenaro, C. (2009). Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA) [Validation of the Emotional Maladjustment and Adaptive Resources in infertility questionnaire - DERA]. *Psicothema*, 21, 118-123.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C., & Gómez, Y. (2009). Reproductive Psychology: the need for a psychologist in Human Reproduction Units. *Clínica y Salud*, 20, 79-90.
- Moreno-Rosset, C., del Castillo Aparicio, M., Ramírez-Uclés, I., & Martín Díaz, D. M. (2011). Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con

- personas fértiles [Emotional and affective states in infertility: a comparative study with fertile people]. *Psicología Conductual*, 19, 683-703.
- Nereu, M. B., Neves, S., & Casado, M. I. (2013). Estrategias de relajación durante el periodo de gestación. Beneficios para la salud [Relaxation strategies during the gestation period. Health Benefits]. *Clínica y Salud*, 24, 77-83.
- Östberg, V., & Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 197-204.
- Pápay, N., Rigó, A., & Nagybányai, O. (2013). A meddőlő segítségű distressz alakulása a megküzdési stratégiák és egyéb pszichoszociális változók függvényében [Level of infertility-specific distress in function of coping strategies and other psychological variables]. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68, 399-418.
- Phillips, E., Elander, J., & Montague, J. (2014). Managing multiple goals during fertility treatment: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 19, 531-543.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., Lopez-Roig, S., & Pastor, M. A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes [Evaluation of coping with stress: psychometric properties of the questionnaire on ways of coping with stressful events]. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 59-84.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. (1999). Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural [The PANAS scale on positive and negative affect: factorial validation and cross-cultural convergence]. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Schalet, B. D., Cook, K. F., Choi, S. W., & Cella, D. (2014). Establishing a common metric for self-reported anxiety: Linking the MASQ, PANAS, and GAD-7 to PROMIS Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 88-96.
- Shi, X., Wu, P., & Zhu, X. (2006). Alexithymia and its features in patients with infertility. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 14, 403-404.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). Manual for the State/Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press [versión española, Madrid: Ediciones TEA, 2008].
- Van Dongen, A. J., Kremer, J. A., Van Sluisveld, N., Verhaak, C. M., & Nelen, W. L. (2012). Feasibility of screening patients for emotional risk factors before in vitro fertilization in daily clinical practice: a process evaluation. *Human Reproduction*, 27, 3493-3501.
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M., Evers, A. W., & Braat, D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25, 1234-1240.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaijaat, F. W., & Braat, D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13, 27-36.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215, 401-405.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbey, A., Andrews, F.M., y Halman, L.J. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: what is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 455–469.

Agencia EFE (2013). La tasa de infertilidad llega al 17% de la población y seguirá creciendo. *La Vanguardia*. Artículo de divulgación. Recuperado el día 12 Julio 2015 de: <http://www.lavanguardia.com/salud/20130405/54370951544/tasa-infertilidad-llega-17-poblacion-y-seguira-creciendo.html>.

Akhondi, M. M., Binaafar, S., Ardakani, Z. B., Kamali, K., Kosari, H., y Ghorbani, B. (2013). Aspects of psychosocial development in infertile versus fertile men. *Journal of Reproduction & Infertility*, 14(2), 90.

Andalib, A., Rezaie, A., Oreizy, F., Shafiei, K., y Baluchi, S. (2006). A study on stress, depression and NK cytotoxic potential in women with recurrent spontaneous abortion. *Iran Journal of Allergy Asthma Immunology*, 5, 9–16.

Antequera, R. (2009). Cuando las técnicas de reproducción asistida llegan al final. En C. Moreno –Rosset (Coord.) *La Infertilidad ¿por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Madrid: Ed. Pirámide.

Antequera-Jurado R., Moreno-Rosset C., Jenaro C., y Ávila-Espada A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 2, 167-175.

Apfel, R., y Keylor, R. (2002). Psychoanalysis and infertility: Myths and realities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 83, 85–104.

Ávila, A. (1993). Estrés y procesos psicológicos en la infertilidad humana. En J. Buendía (Coord). *Estrés y Psicopatología* (pp.181-200) Madrid: Ed. 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.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., y Taylor, G.J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., y Taylor, G.J. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.

Balen, F. V. (2005). Late parenthood among subfertile and fertile couples: motivations and educational goals. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 276-282.

Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., y Tennant, C. (1994). Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(3), 229-240.

Benedek, T., Ham, G.C., Robbins, F.P., y Rubenstein, B.B. (1953). Some Emotional Factors in Infertility. *Psychosomatic Medicine*, 15, 485-499

Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2325-2341.

Boivin, J., Griffiths, E., y Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *British Medical Journal*, 342, 223

Boivin, J., Scanlan, L.C., y Walker, SM. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counseling? *Human Reproduction*, 14, 1384-1391.

Borneskog, C., Svanberg, A. S., Lampic, C., y Sydsjö, G. (2012). Relationship quality in lesbian and heterosexual couples undergoing treatment with assisted reproduction. *Human Reproduction*, 27, 779-86.

Brody, L. (1993). On understanding gender differences in the expression of emotions: gender roles, socialization and language. En Ablon, S., Brown, D., Khantzian, E. y Mack, J. (ed.): *Human feelings: explorations in affective development and meaning*. Hillsdale NJ: Analytic Press.

Brody, L. R., y Hall, J. A. (2000). Gender, emotion, and expresión. En: M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 338-349). New York: Guilford Press.

Brucker, P. S., y McKenry, P. C. (2004). Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(5), 597-603.

Burbridge, C. B. (2012). *The impact of experienced trauma, alexithymia, and thought suppression on endocrine function in women undergoing infertility treatment*. University of Connecticut. ProQuest Dissertations & Theses.

Campagne, D. (2002). Psiconeuroendocrinología de la infertilidad. *Boletín SEF*, 10(4). Recuperado de: URL: www.sefertilidad.com/boletin/2002/vol4/04.php

Cattell, R. B. (1972). The 16PF and basic personality structure: a reply to Eysenck. *Journal of Behavioral Science*, 1, 169-187.

Chen, T. H., Chang, SP., Tsai, CF., y Juang, KD. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 9, 2313-2318.

Christie, G.L. (1998). Some sociocultural and psychological aspects of infertility. *Human Reproduction*, 13(1), 232-241.

Cincunegui, S., Kleiner, Y., y De Woscoboinik, P. (2004). *La infertilidad en la pareja: cuerpo, deseo y enigma*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Clark, L. A., y Watson, D. (1988). Mood and the mundane: relations between daily life events and self-reported mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(2), 296.

Cohen, K. R., Demers-Desrosiers, L. A., y Catchlove, R. F. H. (1983). The SAT-9: a quantitative scoring system for the AT-9 Test as a measure of symbolic function central to alexithymic presentation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39, 77-88.

Conrad, R., Schilling, G., Hagemann, T., Haidl, G., y Liedtke, R. (2003). Somatization and alexithymia in male infertility. A replication study. *Der Hautarzt*, 54(6), 530-5.

Conrad, R., Schilling, G., Haidl, G., Geiser, F., Imbierowicz, K., y Liedtke, R. (2002). Relationships between personality traits, seminal parameters and hormones in male infertility. *Andrología*, 34(5), 317 – 324.

Conrad, R., Schilling, G., Langenbuch, M., Haidl, G., y Liedtke, R. (2001). Alexitimia in male infertility. *Human Reproduction*, 16(3), 587-592.

Cooper, B.C., Gerber, J.R., Mcgettrick, A.L., y Johnson, J.V. (2007). Perceived infertility-related stress correlates with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 88, 714–717.

Coughlan, C., Walters, S., Ledger, W., y Li, T. C. (2014). A comparison of psychological stress among women with and without reproductive failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 124(2), 143-147.

Culley, L., Hudson, N., y Lohan, M. (2013). Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(3), 225–235.

Curran, J. P., y Cattell, R. B. (1976). *Manual for the Eight State Questionnaire*. Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing.

Darwiche, J., Favez, N., Maillard, F., Germond, M., Guex, P., Despland, J.N., y De Roten, Y. (2013). Couples Resolution of an Infertility Diagnosis Before Undergoing in Vitro Fertilization. *Swiss Journal of Psychology*, 72(2), 91-102.

De Gennaro, L., Balistreri, S., Lenci, A., Lombardo, F., Ferrara, M., y Gandini, L. (2003). Psychosocial factors discriminate oligozoospermic from normozoospermic. *Fertility and Sterility*, 79(3), 1571-1576.

de Klerk, C., Hunfeld, J. A. M., Heijnen, E. M. E. W., Eijkemans, M. J. C., Fauser, B. C. J. M., Passchier, J., y Macklon, N. S. (2008). Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Human Reproduction*, 23(1), 112-116.

Deka, P.K., y Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 333-336.

Del Castillo, M., Arnal, B., Moreno-Rosset, C., Ramírez-Uclés, I., & Urries, A. (2014). *¿Existen diferencias de género en la reacción emocional frente a la infertilidad? (Are there gender differences in emotional reactions to infertility?)* (Dissertation). Presented at the symposium "Advances in Reproductive Psychology". III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud (3rd Ibero American Congress on Health Psychology). Sevilla, Spain. Actas de congreso pp. 102.

Del Castillo, M., Moreno Rosset, C., Martín, M. D., García-Fernández, E., y Urries, A. (2008). *Evaluación de afectos y emociones en parejas infértiles*. Comunicación presentada al VII Congreso Internacional de la Sociedad Española

para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS). Benidorm (Alicante). Actas de congreso pp. 45.

Dhaliwal, L. K., Gupta, K. R., Gopalan, S., y Kulhara, P. (2003). Psychological aspects of infertility due to various causes-prospective study. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 49(1), 44-48.

Dhillon, R., Cumming, C.E., y Cumming, D.C. (2000). Psychological well being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 74, 702-706.

Diener, E., y Fujita F. (1995). Resources, personal strivings and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.

Domar, A.D., y Kelly, A.L. (2002). *Conquering infertility: Dr. Alice Domar's Mind/Body Guide to enhancing fertility and coping with infertility*. New York: Penguin Books.

Durning, P.E., y Williams, R.S. (2004). Factors influencing expectations and fertility-related adjustment among women receiving infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 82, S101 - S101.

Dyer, S.J., Abrahams, N., Mokoena, N.E., y Van Der Spuy, Z.M. (2002). 'Men leave me as I cannot have a children': womens experiences with involuntary childness. *Human Reproduction*, 17(6), 1663-1668.

Ebbesen, S.M., Zachariae, R., Mehlsen, M.Y., Thomsen, D., Hojg-aard, A., Ottosen, L., Petersen, T., y Ingerslev, H.J. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Human Reproduction*, 24, 2173-2182.

Eskiocak, S., Gozen, A.S., Yapar, S.B., Tavas, F., Kilie, A., y Eskiocak, M. (2005). Glutathione and free sulphydryl content of seminal plasma in healthy medical students during and after exam stress. *Human Reproduction*, 20(9), 2595-600.

Fabes, R.A., y Martin, C.L. (1991). Gender and age stereotypes of emotionality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 532-540.

Fassino, S., Piero, A., Boggie, S., Piccioni, V., y Garzazo, I. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17(11), 2986-94.

Feder, L. (1980). Preconceptive ambivalence and external reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 161-78.

Fernández, H., Valle, T., Fernández, I., y Ramírez, N. (2013). Caracterización de la infertilidad en el municipio Pinar del Río. *Ciencias Médicas*, 17(5), 64-73.

Flores, N., Jenaro, C., y Moreno-Rosset, C. (2008). Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 205-212.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 20, 547-561.

González, L.I. (2002). La infertilidad, maternaje frustrado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 3, 7-9.

Grossman, M., y Wood, W. (1993). Sex difference in intensity of emotional experience: a social interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1.010-1.022.

Hendrick, V., Gitlin, M., Altshuler, L., y Korenman, S. (2000). Antidepressant medications, mood and male infertility. *Psychoneuroendocrinology*, 25(1), 37-51.

Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., y Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor

against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28, 1111–1117.

Himmel, W., Ittner, E., Kochen, M.M., Michelmann, H.W., Hinney, B., Reuter, M., Kallerhoff, M., y Ringert, R. H. (1997). Management of involuntary childlessness. *British Journal of General Practice*, 47(415), 111-118.

Hobfoll, S. E., y Freddy J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, eds. *Professional burnout: Recent development in theory and research*. Philadelphia: Taylor & Francis; 1993. 115-129.

Huppelschoten, A. G., van Dongen, A. J. C. M., Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Kremer, J. A. M., y Nelen, W. L. D. M. (2013). Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Human Reproduction*, 28(8), 2168-2176.

Hynes, G.J., Callan, V.J., Terry, D.J., y Gallois, C. (1992). The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: The effects of coping. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 269–278.

Iribarne, C., Mingote, C., Denia, F., Martín, A., Ruiz, J., y De la Fuente, P. (2003). Alteraciones emocionales en mujeres infértiles. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 78-88.

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.

Jordan, C., y Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 341-358.

Kelly, J., y Hustson-Comeaux, S. (1999). Gender-emotion stereotypes are context specific. *Sex Roles*, 40, 107-20.

Keylor, R., y Apfel, R. (2010). Male infertility: integrating an old psychoanalytic story with the research literature. *Studies in Gender and Sexuality*, 11(2), 60-77.

Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., y Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76(4), 675 – 687.

Kowalcek, I., Kasimzade, T., y Huber, G. (2003). Expectations for success in fertility treatment involving assisted reproduction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 268(2), 78-81.

Kraaij, V., Garnefski, N., y Schroevers, M.J. (2009). Coping, Goal Adjustment, and Positive and Negative Affect in Definitive Infertility. *Health Psychology*, 14(1) 18-26. doi: 10.1177/1359105308097939. Online version of this article can be found at: <http://hpq.sagepub.com/cgi/content/abstract/14/1/18>

Kring, A., y Gordon, A. (1998). Sex differences in emotion: expression, experience and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 686-703.

Lalos, A. (1999). Breaking bad news concerning fertility. *Human Reproduction*, 14(3), 581-585.

Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P., y Corcos, M. (2006). Alexithymia in infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(1), 23-30.

Lechner, L., Bolman C., y van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22, 288–294. doi: 10.1093/humrep/del327

Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., y Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(3), 190.

Llavona L. (2008). The psychological impact of infertility [Special Section "Infertility and reproductive psychology"]. *Papeles del Psicólogo*, 29, 158-166.

Li, W., Newell-Price, J., Jones, G.L., Ledger, W.L., y Li, T.C. (2012). Relationship between psychological stress and recurrent miscarriage. *Reproductive Biomedicine Online*, 25 (2), 180-189.

Lok, I.H., Lee, D.T., Cheung, L.P., Chung, W.S., Lo, W.K., y Haines, C.J. (2002). Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53(4), 195-9.

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, 319-32

Louis, G.M., Lum, K.J., Sundaram, R., Chen, Z., Kim, S., Lynch, C.D., Schisterman, E.F., y Pyper, C. (2011). Stress reduces conception probabilities across the fertile window: evidence in support of relaxation. *Fertility and Sterility*, 95, 2184–2189.

Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.

Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., y Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction*, 24(4), 906-912.

Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., y Taplin, J. E. (2010). Changes in affect and state anxiety across an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycle. *Fertility and Sterility*, 93(2), 517-526.

Maillet, M.H. (2003). Infertility and marital adjustment: The influence of perception of social support, privacy preference and level of depression. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 63(11-A), 4093.

Malin, M., Hemminki, E., Räikkönen, O., Sihvo, S., y Perälä, M. L. (2001). What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Social Science & Medicine*, 53(1), 123-133.

Mata, M., Saéñz, G., y Ramirez R. (2007). Infertilidad y control del estrés: Una visión desde la medicina conductual. *Revista Reflexiones*, 86(1), 77-86

Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación Española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.

Martínez-Sánchez, F., y Ortiz, B. (2000). La evaluación de la alexitimia. En M. Casullo y Páez, D. (Ed.), *Alexitimia y Cultura* (pp. 35-51). Buenos Aires: Paidós.

McQueeney, D.A., Stanton, A.L., y Sigmon, S. (1997). Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 313-331.

Moral de la Rubia, J., y Retamales Rojas, R. (2000). Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Revista Electrónica de Psicología*, 4(2).

Recuperado de http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol4num2/art_3.htm.

Morales-Carmona, F., Rodríguez-Ogaz, S., Peralta-Hernandez, M., y Villanueva-Díaz, C. (1995). Autoconcepto y características de personalidad: estudio comparativo entre hombres y mujeres estériles y fértiles. *Perinatología y Reproducción Humana*, 9(2), 93-98.

Morelli, G., De Gennaro, L. , Ferrara, M., Donderob, F., Lenzib, A., Lombardob, F. y Gandinib, L. (2000). Psychosocial factors and male seminal parameters. *Biological Psychology*, 53(1), 1-11.

Moreno-Rosset, C. (2008). Infertilidad y psicología de la reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29, 154-157.

Moreno-Rosset, C. (2009). *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Pirámide.

Moreno-Rosset, C., Antequera, R., y Jenaro, C. (2008). DERA. *Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Premio TEA ediciones 2007. Madrid: Ediciones 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-Espada, A., de Castro-Pita, F. J., y Rodríguez-Muñoz, M. F. (2015). Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI). Primeros datos sobre efectividad clínica a través de un estudio de caso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24, 5-12

Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A. W. A., Khadijah, M. B. S., Hayati, M. Y., Midin, M., Jaafar, N., Das, S., Sidi, H., y Ravindran, A. (2014). A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 55, S65-S69.

Oddens, B.J., Tonkelaar, I., y Nieuwenhuys, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems, a comparative survey. *Human Reproduction*, 14(1), 255-61.

Östberg, V., y Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 197-204.

Palacios, E., y Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales de la infertilidad: revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 38(2), 94-103. doi: 10.4067/S0717-92272000000200004

Palacios, E., Jadresic, E., Palacios, F., Miranda, C., y Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67(1), 19-24.

Paramo, D., Rodríguez, G., y Villalpando, D. (2007). Aspectos específicos del duelo por la infertilidad. *Interpsiquis*. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4134>

Perez-Ortega, M., y Barraca-Mairal, J. (2015). Estrés percibido, ansiedad, depresión e ira en el proceso de reproducción asistida. Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 40. 53-71. Recuperado de: <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2614>

Peterson, B. D. (2002). *Examining the individual and dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression*. Doctoral dissertation. Virginia: Tech. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10919/28809>

Peterson, B. D., Newton, C. R., y Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital

adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59–70. doi: 10.1111/j.1741-3729.2006.00372.x

Pook, M. y Krause, W. (2005). Stress reduction in male infertility patients: A randomized, controlled trial. *Fertility and Sterility*, 83(1), 68-73.

Pook, M., Krause, W., y Drescher, S. (2002). Distress of infertile males after fertility workup: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1147-1152.

Pook, M., Krause, W., y Rohrie, B. (2000). A validation study on the negative association between an active coping style and sperm concentration. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(3), 249.

Read, J. (1995). *Counselling for fertility problems*. London: Sage.

Reading, A. E. (1989). Decision making and in vitro fertilization: the influence of emotional state. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 10(2), 107-112.

Rivero, N., Quintero, E., Montiel, C., Karame, A., y Alarcón, A. (2015). Desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles con tratamiento de reproducción asistida: hallazgos preliminares. *Redieluz*, 4(1). 25-32

Rodríguez-Marin, J., Terol, M.C., Lopez-Roig, S., y Pastor, M.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(2), 59-84.

Sánchez-Elvira, M.A. (2004). Los pilares y recursos de la psicología positiva en el crecimiento personal. En M. Rodríguez-Zafra (Ed.). *Crecimiento personal: aportaciones de Oriente a Occidente*. Madrid: Desclée de Brouwer.

Sandín, B. (1981). Consideraciones sobre el Cuestionario 8SQ. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 169, 323-327.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., y Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.

Schmidt, L., Thomsen, T., Boivin, J., y Andersen, A. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling*, 59, 252-262.

Seligman, M. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54(8), 559-562.

Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Sheiner, E.K., Sheiner, E., Carel, R., Potashnik, G., y Shoham-Vardi, I. (2002). Potential association between male infertility and occupational psychological stress. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(1), 1093.

Shi, X., Wu, P., y Zhu, X. (2006). Alexithymia and Its Features in Patients with Infertility. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 14(4), 403-404.

Simon, R.W., y Nath, L.E. (2004). Gender and emotion in the United States: do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *The American Journal of Sociology*, 109(5), 1.137-1.177.

Spielberg, C.D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R.E. (1970). Manual for the State/Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA. *Consulting Psychologist Press* (versión española, Madrid: Ediciones TEA, 2008).

Stacy, Lu. (2004). His job may affect baby-making. *Prevention*, 56(1), 101.

Tarlatzis, I., Tarlatzis, B.C., Diakogiannis, I., Bontis, J., Lagos, S., Gavriilidou, D., y Mantalenakis, S. (1993). Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Human Reproduction*, 8 (3), 396-401.

Terry, D. J., y Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1078.

Thompson, E. H., Woodward, J. T., y Stanton, A. L. (2012). Dyadic goal appraisal during treatment for infertility: how do different perspectives relate to partners' adjustment? *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(3), 252-259.

Turner, K., Reynolds-May, M. F., Zitek, E. M., Tisdale, R. L., Carlisle, A. B., y Westphal, L. M. (2013). Stress and Anxiety Scores in First and Repeat IVF Cycles: A Pilot Study. *Plos One*, 8(5), e63743. doi:10.1371/journal.pone.0063743

Van Dongen, A. J. C. M., Kremer, J. A. M., Van Sluisveld, N., Verhaak, C. M., y Nelen, W. L. D. M. (2012). Feasibility of screening patients for emotional risk factors before in vitro fertilization in daily clinical practice: a process evaluation. *Human Reproduction*, 27(12), 3493-3501.

Verhaak, C. M. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment. *Human Reproduction*, 20(8), 2253-2260.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Van Minnen, A., Kremer, J. A. M., y Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20(8), 2253-2260.

Verhaak, C.M., Smeenk, J.M., Evers, A.W., Kremer, J.A., Kraaijmaat, F.W., y Braat, D.D. (2007). Women`s emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36.

Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1020.

Watson, D., y Clark, L. A. (1994). *The Panas-X. Manual for the positive and negative affect schedule: expanded form*. University of Iowa, Iowa City, IA, USA. Recuperado de: <http://www.psychology.uiowa.edu/Faculty/Clark/PANAS-X.pdf>.

Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1.063-1.070.

Watson, D., y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L., y Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 95(2), 717-721.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., y Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human Reproduction*, 16 (8), 1753-1761.

Wischmann, T. (2008). Implications of psychosocial support in infertility-a critical appraisal. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 83-90.

Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., y Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215(2) 401-405.

8. ANEXOS

Anexo 1: Hoja de Información y Consentimiento Informado (Grupo Infértil)

CLÍNICA QUIRÓN ZARAGOZA

**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE EDUCACIÓN A DISTANCIA**

Proyecto: **EMOCIONES Y AFRONTAMIENTO EN PAREJAS INFÉRTILES: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA POSITIVA**. Colaboración entre la Clínica Quirón de Zaragoza y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

A efecto de cumplir con el deber de informar suficientemente a los pacientes sobre los objetivos y características de todo proyecto, como requisito previo a solicitar su participación voluntaria en el mismo, se detallan a continuación los objetivos y características del mismo:

A. OBJETIVOS

1. Conocer las emociones, síntomas y recursos personales que presentan las personas con un diagnóstico de infertilidad y verificar si hay diferencias entre hombres y mujeres.
2. Comprobar si existe relación entre esas emociones, síntomas, recursos personales y parámetros fisiológicos de la infertilidad con el fin de crear un programa de intervención psicológica, basado en la Psicología positiva, que permita aumentar el bienestar de las parejas que se someten a tratamientos de Técnicas de Reproducción Asistida.
3. Comprobar si la inducción de emociones positivas en los pacientes redundará en una mayor tasa de embarazos.

B. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El protocolo de actuación será paralelo al proceder médico y se realizará en las mismas fechas que se cite a las parejas para acudir a la Unidad de Reproducción Asistida. La primera parte del estudio constará de varias fases:

1. La psicóloga D^a María Flor del Castillo responsable de este estudio les aplicará una entrevista y cuestionarios para conocer las emociones, síntomas y recursos personales de las parejas que acuden a la Unidad de Reproducción.
2. Cuando se inicie el tratamiento de Fecundación in Vitro. Se volverán a aplicar las mismas medidas el primer día del análisis del estradiol o segundo día del ciclo de la mujer.
3. Se repetirá la evaluación en el momento de recogida del esperma del varón y en la extracción de óvulos en la mujer.

C. RIESGOS DERIVADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO

La participación en este proyecto no provoca riesgos.

Y para que conste por escrito a efectos de información de los pacientes a los que se solicita su participación voluntaria en el proyecto antes mencionado, se ha formulado y se entrega la siguiente hoja informativa.

En Zaragoza, a

Fdo. D. Antonio Urries
(Director De la Unidad de Reproducción Asistida)

Nº Identificación:.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./D^a.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado, copia de la cual figura en el reverso de este documento, y la he comprendido en todos sus términos.

He sido suficientemente informada/o y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y procedimiento aplicados en el proyecto: **EMOCIONES Y AFRONTAMIENTO EN PAREJAS INFÉRTILES: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA POSITIVA** que se desarrolla en la Unidad de Reproducción Asistida de la Clínica Quirón de Zaragoza y para el que se ha pedido mi colaboración.

He hablado con D. Antonio Urries (Director de la Unidad de Reproducción Asistida) y comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo igualmente que puedo retirarme del estudio,

- a) Cuando quiera;
- b) Sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; y
- c) Sin que ello repercuta en manera alguna en mi asistencia médica

Para todo lo cual **PRESTO VOLUNTARIAMENTE MI CONSENTIMIENTO** para participar en el citado proyecto.

En Zaragoza a.....

Firma:

Anexo 2: Hoja de Información y Consentimiento Informado (Grupo fértil)

CLÍNICA QUIRÓN ZARAGOZA

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Proyecto: **EMOCIONES Y AFRONTAMIENTO EN PAREJAS INFÉRTILES: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA POSITIVA**. Colaboración entre la Clínica Quirón de Zaragoza y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

A efecto de cumplir con el deber de informar suficientemente a los pacientes sobre los objetivos y características de todo proyecto, como requisito previo a solicitar su participación voluntaria en el mismo, se detallan a continuación los objetivos y características del mismo:

A. OBJETIVOS

El motivo por el que solicitamos su participación, en su condición de persona fértil con hijos en el presente estudio, es porque con su colaboración ayudará a diferenciar las dificultades y necesidades que son específicas de personas infértiles con dificultades para tener hijos, lo que permitirá desarrollar programas de ayuda psicológica específicos para dichas parejas. Los objetivos específicos del estudio se centran en:

1. Conocer las emociones, síntomas y recursos personales que presentan las personas con un diagnóstico de infertilidad y verificar si hay diferencias entre hombres y mujeres.
2. Comprobar si existe relación entre esas emociones, síntomas, recursos personales y parámetros fisiológicos de la infertilidad con el fin de crear un programa de intervención psicológica, basado en la Psicología positiva, que permita aumentar el bienestar de las parejas que se someten a tratamientos de Tratamientos de Reproducción Asistida.
3. Comprobar si la inducción de emociones positivas en los pacientes redundará en una mayor tasa de embarazos.

B. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se habilitará un aula en el colegio donde estudia su hijo donde la psicóloga D^a María Flor del Castillo les aplicará por parejas diversos cuestionarios que permitirán conocer emociones, síntomas y recursos personales que cada uno de ustedes posee.

C. RIESGOS DERIVADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO

La participación en este proyecto no provoca riesgos.

Y para que conste por escrito a efectos de información de las personas a las que se solicita su participación voluntaria en el proyecto antes mencionado, se ha formulado y se entrega la siguiente hoja informativa.

En Zaragoza, a

Fdo: María Flor del Castillo Aparicio
(Investigadora principal)

Nº Identificación:.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./D^a.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado, copia de la cual figura en el reverso de este documento, y la he comprendido en todos sus términos.

He sido suficientemente informada/o y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y procedimiento aplicados en el proyecto: **EMOCIONES Y AFRONTAMIENTO EN PAREJAS INFÉRTILES: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA POSITIVA** que se desarrolla en la Unidad de Reproducción Asistida de la Clínica Quirón de Zaragoza para el que se ha pedido mi colaboración.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio

- a) Cuando quiera;
- b) Sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; y
- c) Sin ningún tipo de repercusión negativa para mí

Para todo lo cual **PRESTO VOLUNTARIAMENTE MI CONSENTIMIENTO** para participar en el citado proyecto.

En Zaragoza a.....

Firma:

Anexo 3: Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008).



Nombre y apellidos

Edad Sexo V M N° identificación

Centro

Evaluador

INSTRUCCIONES

En el reverso de esta hoja encontrará una serie de frases que describen conductas, pensamientos o sentimientos. Léalas detenidamente y valore el grado en que cada frase es verdadera o falsa en su caso. Para ello utilice las siguientes alternativas de respuesta:

- | | | | | |
|------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1. Absolutamente FALSO | 2. Bastante FALSO | 3. Ni VERDADERO ni FALSO | 4. Bastante VERDADERO | 5. Absolutamente VERDADERO |
|------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|

Vea el siguiente ejemplo que aparece a continuación y cómo se ha contestado:

Ej. Me gustan las reuniones sociales. 1 2 3 4 5

La persona ha escogido la opción 2. Considera que es "bastante falso" que le gusten las reuniones sociales.

No hay respuestas buenas ni malas. Sencillamente conteste según su criterio personal.



Autoras: C. Moreno-Rosset, R. Antequera Jurado y C. Jenaro Río.
Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España.
Printed in Spain.

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR, SENTIR O ACTUAR.

1. Absolutamente FALSO	2. Bastante FALSO	3. Ni VERDADERO ni FALSO	4. Bastante VERDADERO	5. Absolutamente VERDADERO		
1	Si creo que tengo razón, intento convencer a los demás aunque me cueste tiempo y energía.	1	2	3	4	5
2	Siempre me han interesado la vida y costumbres de otros pueblos.	1	2	3	4	5
3	Me tiemblan las manos o las piernas.	1	2	3	4	5
4	Me gusta mucho ver programas de información cultural o científica.	1	2	3	4	5
5	Siento desánimo cuando pienso en el futuro.	1	2	3	4	5
6	Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.	1	2	3	4	5
7	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos para ellos.	1	2	3	4	5
8	Los miembros de mi familia confían en mí.	1	2	3	4	5
9	Disfruto y me relajo con las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
10	Si es preciso, no tengo inconveniente en ayudar a un desconocido.	1	2	3	4	5
11	Me falta el aire y mi respiración es agitada.	1	2	3	4	5
12	La sexualidad sigue ocupando un lugar importante en mi vida.	1	2	3	4	5
13	Siempre estoy al día de lo que pasa en el mundo.	1	2	3	4	5
14	Llevo a cabo las decisiones que he tomado.	1	2	3	4	5
15	Puedo contribuir a que la calidad de la atención médica mejore a través de las cosas que hago o las acciones que emprendo (hago preguntas sobre los aspectos que no he comprendido, digo lo que no veo bien, etc.).	1	2	3	4	5
16	Creo que todas las personas tienen algo bueno.	1	2	3	4	5
17	Mis amigos y yo somos muy importantes los unos para los otros.	1	2	3	4	5
18	Fumo, como o bebo demasiado.	1	2	3	4	5
19	Suelo cambiar de humor bruscamente.	1	2	3	4	5
20	Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.	1	2	3	4	5
21	Si fracaso en algo, lo intento de nuevo hasta conseguirlo.	1	2	3	4	5
22	Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior a los demás", "torpe", etc.	1	2	3	4	5
23	Me cuesta concentrarme.	1	2	3	4	5
24	Siento inseguridad.	1	2	3	4	5
25	Mi familia me quiere mucho.	1	2	3	4	5
26	Me quedo inmóvil o mis movimientos son torpes.	1	2	3	4	5
27	Las cosas nunca ocurren como yo quiero.	1	2	3	4	5
28	Siento náuseas o mareo.	1	2	3	4	5
29	Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.	1	2	3	4	5
30	La gente me aprecia mucho.	1	2	3	4	5
31	Puedo contar con mis amigos.	1	2	3	4	5
32	Mis amigos se preocupan por mí.	1	2	3	4	5
33	Llevo a cabo lo que he decidido aunque me suponga un esfuerzo no previsto.	1	2	3	4	5
34	Ahora lloro más de lo normal.	1	2	3	4	5
35	Rara vez confío en que las cosas buenas me ocurran a mí.	1	2	3	4	5
36	Puedo contribuir a que el tratamiento sea efectivo a través de las cosas que hago o las acciones que emprendo (seguir normas médicas, etc.).	1	2	3	4	5
37	Generalmente tiendo a imponerme a las otras personas más que a condescender con ellas.	1	2	3	4	5
38	Generalmente confío en los demás y en sus intenciones.	1	2	3	4	5
39	Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	1	2	3	4	5
40	Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.	1	2	3	4	5
41	Mi cuerpo está en tensión.	1	2	3	4	5
42	Casi nunca espero que las cosas me sean favorables.	1	2	3	4	5
43	Trato de evitar o rehuir las situaciones que pueden producir tensión.	1	2	3	4	5
44	Siento tristeza o depresión.	1	2	3	4	5
45	Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.).	1	2	3	4	5
46	Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.	1	2	3	4	5
47	Puedo contribuir a la probabilidad de conseguir mi objetivo (embarazo, mejorar mi estado de salud) a través de las cosas que hago o las acciones que emprendo (busco apoyo, intento reducir el estrés, etc.).	1	2	3	4	5
48	Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa.	1	2	3	4	5



Autoras: C. Moreno-Rosset, R. Antequera Jurado y C. Jenaro Río.
 Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en **ODS TINTAS**. Si se presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España.
 Printed in Spain.

Anexo 4: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), versión en español de TEA (2008).

Apellidos y nombre

Edad Sexo: Varón Mujer Fecha / /

Centro Curso/puesto

Otros datos

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
A-E	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.				
1	Me siento calmado.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy tenso.	0	1	2	3
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6	Me siento alterado.	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansado.	0	1	2	3
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3
10	Me siento comfortable.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3
15	Estoy relajado.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3
A-R	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.				
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30	Soy feliz.	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33	Me siento seguro.	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Autor: C. D. Spielberger. Copyright © 1982, 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si se presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.



Anexo 5: Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988)

A continuación se indican varias afirmaciones relacionadas con la forma en que suele sentirse o comportarse la gente. Conteste cada pregunta pensando lo que es habitual para usted.

1: Nunca 2: Casi Nunca 3: A veces 4: Frecuentemente 5: Casi Siempre

Me intereso por las personas o las cosas	1	2	3	4	5
Suelo estar irritado/a	1	2	3	4	5
En general, me siento entusiasmado/a	1	2	3	4	5
Me siento tenso/a, con malestar	1	2	3	4	5
Me disgusto o enfado	1	2	3	4	5
Me siento fuerte, enérgico/a	1	2	3	4	5
Me siento orgulloso/a	1	2	3	4	5
Me siento atemorizado/a	1	2	3	4	5
Siento vergüenza	1	2	3	4	5
Me siento inspirado/a, creativo/a	1	2	3	4	5
Estoy nervioso/a	1	2	3	4	5
Me siento estimulado/a, emocionado/a	1	2	3	4	5
Soy una persona decidida	1	2	3	4	5
Mantengo despierta mi atención.	1	2	3	4	5
Siento miedo	1	2	3	4	5
Soy una persona activa	1	2	3	4	5
Me asusto	1	2	3	4	5
Me siento culpable	1	2	3	4	5
Me encuentro despierto/a, despabilado/a, alerta.	1	2	3	4	5
Me comporto de forma hostil	1	2	3	4	5

Anexo 6: Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994)

Lea atentamente la lista que presentamos a continuación. Por favor, conteste con sinceridad a estas preguntas, según la siguiente escala:

1: Totalmente en desacuerdo 2: Moderadamente en desacuerdo 3: No se, Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4: Moderadamente de acuerdo 5: Totalmente de acuerdo

1.	A menudo me encuentro confundido/a sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
2.	Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos	1	2	3	4	5
3.	Tengo sensaciones físicas que ni los médicos entienden	1	2	3	4	5
4.	Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad	1	2	3	4	5
5.	Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos	1	2	3	4	5
6.	Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado/a o enfadado/a	1	2	3	4	5
7.	A menudo estoy hecho/a un lío con las sensaciones que noto en mi cuerpo	1	2	3	4	5
8.	Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido así	1	2	3	4	5
9.	Tengo sentimientos que no puedo identificar	1	2	3	4	5
10.	Es esencial estar en contacto y sentir emociones o sentimientos	1	2	3	4	5
11.	Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente	1	2	3	4	5
12.	La gente me pide que explique con más detalle mis sentimientos	1	2	3	4	5
13.	No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí	1	2	3	4	5
14.	A menudo no sé por que estoy enfadado/a	1	2	3	4	5
15.	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos.	1	2	3	4	5
16.	Prefiero ver en la TV programas superficiales de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos	1	2	3	4	5
17.	Me es difícil revelar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos más íntimos	1	2	3	4	5
18.	Puedo sentirme cercano/a a alguien, comprender sus sentimientos, incluso en momentos de silencio	1	2	3	4	5
19.	Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	1	2	3	4	5
20.	Buscar el significado profundo de las películas distrae de la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse	1	2	3	4	5

Anexo 7: Hoja de datos sociodemográficos (Grupo infértil)

Por favor, responda a estas preguntas, señalando lo que proceda.

1. Sexo: Hombre Mujer
2. Edad:
3. Nacionalidad.....
4. Residencia: Ciudad Pueblo
5. Estudios más altos cursados:
 - Hasta primarios
 - Hasta secundarios o EGB
 - Hasta Bachiller /BUP o Formación Profesional
 - Universitarios
 - Master/Doctorado
6. Trabajo: Sí No
7. En caso afirmativo, por favor, indique el tipo de trabajo:
 - Profesiones Liberales
 - En la Administración
 - Obreros cualificados
 - Obreros no cualificados
8. Causa de infertilidad.....
9. Tratamiento que va a realizar dentro de esta unidad.....

Anexo 8: Hoja de datos sociodemográficos (Grupo fértil)

Por favor, responda a estas preguntas, señalando lo que proceda.

1. Sexo: Hombre Mujer
2. Edad:
3. Nacionalidad.....
4. Residencia: Ciudad Pueblo
5. Estudios más altos cursados:
 - Hasta primarios
 - Hasta secundarios o EGB
 - Hasta Bachiller /BUP o Formación Profesional
 - Universitarios
 - Master/Doctorado
6. Trabajo: Sí No
7. En caso afirmativo, por favor, indique el tipo de trabajo:
 - Profesiones Liberales
 - En la Administración
 - Obreros cualificados
 - Obreros no cualificados

