

Los factores psicológicos y de personalidad y el tratamiento de la fertilización “in vitro” en la mujer

Maria Chatziandreou, MD*
Michael G. Madianos, MD, MPH**
Vasilis C. Farsaliotis, MD***

* Asociado para la investigación, Centro Comunitario de Salud Mental Byron Kessariani, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Atenas

** Profesor de Psiquiatría, Unidad de Psiquiatría Social, Departamento de Salud Mental/Ciencias de la Conducta, Facultad de Enfermería, Universidad de Atenas

*** Asociado para la investigación, Psiquiatra de la Organización de Seguro Social Maroussi, Clínica para pacientes Externos, Atenas

GRECIA

RESUMEN – Han sido analizados los datos provenientes de un estudio comparativo entre un grupo de 26 mujeres primíparas que dieron a luz después de un tratamiento de fertilización “in vitro” (IVF) y un grupo de 26 mujeres también primíparas, quienes dieron a luz tras una concepción natural; todo ello con el fin de explorar la prevalencia de psicopatología en el grupo IVF en relación con el grupo de control. No se encontraron diferencias en relación con los parámetros psicológicos de la depresión entre estos dos grupos. Los resultados de la Eysenck Personality Scale no ofrecieron tampoco diferencias, ni tampoco se descubrieron en tres de las cuatro escalas del EPI (Eysenck Personality Inventory). Solamente en la primera subescala, la correspondiente al *psicoticismo*, mostró como el grupo IVF daba de modo significativo valores más bajos.

Introducción

En años recientes las investigaciones psicósomáticas en el campo de la subfertilidad y las técnicas de fertilización *in vitro* se han centrado, entre otras, en los siguientes temas relativos a la salud mental:

- Existencia previa de psicopatología mayor y trastornos psicosexuales en individuos subfértiles en comparación con la población general. En general estos estudios apuntan al hecho de que no se da una correlación positiva entre la existencia de psicopatología mayor, trastornos psicosexuales y subfertilidad (Mazare 1989).

- Repercusiones psicológicas de la subfertilidad y la reproducción tecnológicamente asistida sobre la salud psicológica de la persona. Los estudios han mostrado que “la falta de fertilidad en la mujer la convierte en una persona frustrada con pérdida de su auto-estima, sentimientos de ser menos femenina, sentimientos de culpa y depresión; existencia de una gran discrepancia entre lo actual y su ideal de sí misma” (Facchinetti 1992). Muchas mujeres infértiles se sienten vacías e incompletas. Este sentimiento de pérdida del control sobre sus funciones corporales es extremadamente estresante. Los hombres parecen ejercer un mayor control de sus emociones. “Entre las mujeres, los resultados sugieren que en relación con el diagnóstico, las mujeres aceptan más los sentimientos de culpa y censura por la infertilidad que sus esposos (Beaurepaire 1994). Estos hechos parecen estar asociados con la hipótesis referente a que la maternidad juega un papel más importante en la construcción de la identidad de la mujer que en el caso del hombre. Las mujeres tienden a lograr niños con el propósito de integrar mejor su propia personalidad, mientras que los hombres tienden a tener niños con el

propósito de sostener su matrimonio. Esta diferencia, de acuerdo con otro estudio, está asociada con el tipo de papel sexual: “las mujeres que ejecutan un papel sexual tradicional son más ansiosas que aquellas otras que realizan otros papeles diferentes (masculinos o indiferenciados) (Cook 1993).

- Los factores psicológicos que contribuyen a la infertilidad. Existe un grupo de alrededor del 10% de personas infértiles entre las cuales no es posible hallar causa funcional o mecánica para su infertilidad. Este grupo idiopático infértil se adapta menos satisfactoriamente al estrés y exhibe los más altos niveles de ansiedad así como un alto grado de *neuroticismo* (Facchinetti 1992). Existe la hipótesis de que el síndrome de deficiencia en la fase luteínica y la endometriosis estén conectados con una serie de características psico-endocrinológicas que no se observan en los ciclos fisiológicos.

- Los mecanismos psico-endocrinos y el resultado de la IVF. La cuestión aquí es hasta qué grado la reacción anticipatoria al estrés causada por la subfertilidad podría llegar a influir sobre los resultados de la IVF tanto en los hombres como en las mujeres... Se ha sugerido que “la prolactina constituye una barrera psicoendocrinológica relativa contra la concepción: la prolactina altera los ciclos espontáneos pero la IVF vence esta barrera” (Boyers 1987). Los estudios han señalado cómo las mujeres con un alto grado de depresión y elevada actividad de “coping” (Mujeres Sisyphus-like) presentan altas concentraciones anticipatorias de cortisol. “Estos altos niveles anticipatorios de cortisol influyen de forma negativa los resultados de la IVF. Se ha sugerido que el cortisol, siendo una gran barrera psicoendocrinológica contra la concepción, el propio procedimiento invasivo de la IVF no consiga vencer la barrera del cortisol” (Lehtinen 1987).

Actualmente nosotros podemos acercarnos y comprender el procedimiento del tratamiento IVF desde el punto de vista psicológico-psiquiátrico en el contexto conceptual de la teoría de las crisis vitales (Hirschowitz 1973; Aguilera 1990). “Las crisis son por definición temporales porque los sistemas de personalidad son autorregulables tendiendo a corregir los desequilibrios producidos en pocas semanas. El desequilibrio se refiere a la disrupción del estado normal cuando el organismo tiene que responder a los cambios internos o externos”. Las crisis tanto del desarrollo como las situacionales facilitan los puntos de apoyo para promover la expansión de la personalidad... En las crisis la personalidad y los sistemas familiares, al abrirse hacen sus linderos más permeables” (Hirschowitz 1973).

Nuestra hipótesis se refiere a la posibilidad de que los aspectos propios del disfuncionamiento psicológico, particularmente la depresión y las peculiaridades de la personalidad influyan sobre la dificultad para concebir de un modo normal. En este caso, el grupo de la IVF poseería los más altos niveles en las escalas EPI y en la de la depresión.

Metodología

La muestra fue seleccionada de entre las pacientes de una clínica privada obstétrica y ginecológica e incluía 52 mujeres primíparas, 26 de las cuales habían recibido tratamiento homólogo IVF (mediante el esperma de sus maridos) y las otras 26 habían concebido de modo natural. Las mujeres tenían edades comprendidas entre los 26 y los 43 años, perteneciendo desde el punto de vista socioeconómico a la clase media.

Los dos grupos (el de la IVF y el control) fueron apareados teniendo en cuenta sus

características demográficas de acuerdo con los criterios propios del estudio (mujeres con edades comprendidas entre 26 y 43 años de clase media y primíparas).

Se realizaron dos entrevistas, la primera durante el embarazo entre la 30 y la 38 semanas, y la segunda entre el cuarto y el sexto mes del periodo postnatal. Todos los cuestionarios fueron rellenados por un entrevistador con el objeto de alcanzar la máxima homogeneidad en la comprensión de las preguntas y sus respuestas. Solo una mujer no volvió para realizar la segunda entrevista.

En el curso de la entrevista se utilizaron los siguientes cuestionarios:

1. Uno que incluía los datos propios de carácter demográfico, edad, educación, profesión (la propia y la de su marido) y la historia psiquiátrica.

2. Una breve hoja que recogía los aspectos ginecológicos (semana del embarazo, historia de abortos, fracasos, embarazos ectópicos, tratamientos previos IVF y sus resultados).

3. La Escala para la Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS), tratándose ésta de una escala psicométrica para la depresión construida especialmente para medir la aparición de una potencial depresión que pudiera aparecer durante el periodo postnatal. Incluye 10 preguntas tipo Likert, 0-1-2-3 (Cox 1987, 1994). La EDPS ha sido estandarizada para la población griega (Torpe 1992).

4. El cuestionario de personalidad de de Eysenck (Eysenck, H. y Eysenck, S. 1975) el cual incluye 84 preguntas de tipo sí/no, así como mide los siguientes parámetros de la personalidad: *psicoticismo*, *emocionabilidad* vs. *estabilidad* y *extroversión* vs. *introversión*. El cuestionario ha sido estandarizado para la población griega (Dimitriou, E. 1977).

Análisis estadístico

Las posibles diferencias en cuanto a las medias de los resultados de las escalas (EDPS de Eysenck) entre los grupos A (IVF) y B (concepción natural) fueron analizadas mediante la aplicación del test Mann-Whitney.

Resultados

Aspectos demográficos

Las mujeres estudiadas tenían una edad comprendida entre los 26 y los 43 años de edad, con una media de edad de 32,6 años. De entre estas mujeres, las que pertenecían al grupo A (IVF) tenían edades comprendidas entre 28 y 43 años con una media de edad de 35 años y una desviación estándar de 4,1, mientras que las que habían concebido de forma natural (grupo B) tenían edades de entre 26 a 37 años con una edad media de 30 años y una desviación estándar de 2,3 años. Así nosotros podemos observar la importante diferencia estadística de la media de edad de 5 años entre los dos grupos (tabla I).

Las mujeres estudiadas tenían una Educación Secundaria en el 28,8% de los casos. El 21,2% poseía una educación tipo “College”,

y el 50% se hallaba en el nivel Universitario. El 30,8% de las mujeres del grupo A poseían Educación Secundaria, el 11,5% educación tipo “College”, y el 57,7% estaban en el nivel Universitario. En el grupo B, el 26,9%, el 30,8% y el 42,3% correspondían respectivamente a los niveles Secundario, tipo “College” y Universitario. Ello supone que las mujeres que llevan a cabo un tratamiento IVF suelen tener unos niveles de superior educación, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas.

Los esposos de las mujeres del estudio poseían edades comprendidas entre los 27 y los 53 años con una media de edad de 36 años. Los pertenecientes al grupo A tenían edades comprendidas entre 30 y 47 años con una media de 38 años y una desviación estándar de +/- 4,1 años, mientras que los pertenecientes al grupo B tenían edades de entre 27 a 53 años con una media de edad de 34 años y una desviación estándar de +/- 5,8 años. En otras palabras, que existe en este caso una importante diferencia estadística en cuanto a la media de edad de 4 años entre los dos grupos.

Los maridos de estas mujeres poseían el 30,5% una educación Secundaria, el 15,4% una educación de tipo “College” y el 53,8% una educación Universitaria. El 23,1% de los del grupo A poseían una educación Secundaria, el 3,8% la poseían del tipo

Tabla I
Edades medias de los hombres y las mujeres

| | Mujeres | | | Hombres | | |
|----------------------|---------------------------------|-----------|------|---------------------------------|-----------|------|
| | N | \bar{x} | S.D. | N | \bar{x} | S.D. |
| A | 26 | 35 | 4,1 | 26 | 38 | 4,1 |
| B | 26 | 30 | 2,3 | 26 | 34 | 5,8 |
| Total | 52 | 32,6 | 4,3 | 52 | 36 | 5,4 |
| Test de Mann-Whitney | Z = -4,38 Valor de p = ,0000 | | | Z = -3,50 Valor de p = ,0005 | | |

“College” y el 73,1% de nivel Universitario. Los pertenecientes al grupo B poseían porcentajes respectivamente de 38,5%, 26,9% y 34,6%. Queda bien claro que el grupo IVF sobrepasa con claras diferencias estadísticas significativas al grupo control en estos aspectos educativos (tabla II).

La ocupación laboral de estas personas se distribuía en las siguientes seis categorías: 1) ama de casa, 2) empleada, 3) empleada con educación universitaria, 4) autónomo 5) en su propio negocio y 6) otras ocupaciones.

De todas ellas, el 7,7% trabajaban como amas de casa, el 34,6% como empleadas, el 36,5% como empleadas con educación universitaria, el 17,3% como autónomo, y el 3,8% trabajaban en un negocio de su propiedad. En el grupo correspondiente al IVF los porcentajes respectivos fueron: 3,8%, 26,9%, 46,2%, 15,4% y 7,7%, mientras que en el grupo de control los porcentajes equivalentes fueron los siguientes: 11,5%, 42,3%, 26,9%, 19,2% y 0,0%. Podemos así observar cómo el grupo IVF contiene, en comparación con el grupo de control, un alto porcentaje de mujeres con trabajo universitario y un bajo porcentaje de mujeres con trabajo exclusivo como amas de casa.

Con respecto a sus maridos, el 25,0% eran empleados, el 30,8% empleados con educación universitaria, el 28,8% eran autónomo, el 13,5% poseían su propio negocio y el 1,9% tenían otros empleos. Los porcenta-

jes equivalentes en el grupo IVF fueron los siguientes: 19,2%, 42,3%, 26,9%, 11,5% y 0,0%, mientras que en el grupo de control eran: 30,8%, 19,2%, 30,8%, 15,4% y 3,8%.

Todo ello parece hablarnos de una superioridad socioeconómica tanto entre las mujeres como entre sus maridos en el grupo IVF cuando lo comparamos con el grupo de control, sin embargo las diferencias no son estadísticamente importantes en relación con la profesión de ningún grupo.

Historia psiquiátrica

Ambos grupos se hallaban libres de psicopatología preexistente que hubiese necesitado de tratamiento psiquiátrico.

Historia ginecológica

Si tenemos en cuenta el número de fracasos previos (tabla III) podemos distinguir tres categorías: *ningún fracaso*, *un fracaso* y *más de un fracaso*. El 7,6% de las mujeres del grupo IVF han tenido más de un fracaso, el 34,6% ha tenido uno, y el 57,7% no tuvo ninguno. La equivalencia en el grupo de control fue de 0,0%, 15,4% y 84,6%. Nosotros no encontramos diferencias significativas entre los dos grupos.

Con relación al número de abortos previos, la muestra se distribuyó en las siguientes cate-

Tabla II
Niveles educativos de hombres y mujeres

| | Mujeres | | | Hombres | | |
|----------------------|--------------|----------|------------------|--------------|----------|------------------|
| | A N | B % | Total N % | A N | B % | Total N % |
| Secundaria | 8 | 30,8 | 15 28,8 | 6 | 23,1 | 16 30,8 |
| “College” | 3 | 11,5 | 11 21,2 | 1 | 3,8 | 8 15,4 |
| Universidad | 15 | 57,7 | 26 50,0 | 19 | 73,1 | 28 53,8 |
| Test de Chi-Cuadrado | $X^2 = 2,95$ | D.F. = 2 | Valor de p = ,23 | $X^2 = 7,84$ | D.F. = 2 | Valor de p = ,02 |

Tabla III

Número de fracasos y abortos previos en los grupos A, B y totales

| | Grupo A | | | Grupo B | | |
|-------------------------|--------------|---|----------|--------------------|---|-----|
| | Ninguno | 1 | >/2 | Ninguno | 1 | >/2 |
| N.º de fracasos previos | 15 | 9 | 2 | 22 | 4 | - |
| N.º de abortos | 20 | 3 | 3 | 17 | 6 | 3 |
| Test de Chi-Cuadrado | $X^2 = 5,25$ | | D.F. = 2 | Valor de $p = ,08$ | | |
| Test de Chi-Cuadrado | $X^2 = 1,25$ | | D.F. = 2 | Valor de $p = ,5$ | | |

gorías: *no abortos, un aborto, y más de un aborto*. El 76,9% de las mujeres del grupo IVF no había tenido abortos, el 11,5% tuvo un solo aborto y el 11,5% tuvo más de un aborto. Los porcentajes respectivos en el grupo de control fueron los siguientes: 65,4%, 23,1% y 11,5%. Nosotros no encontramos diferencias significativas entre los dos grupos.

En relación con el grupo de control IVF, hemos encontrado que el 15,4% alcanzaron el éxito en la primera tentativa, el 30,8% lo alcanzaron en la segunda tentativa, el 19,2% en la tercera tentativa, el 19,2% en la cuarta tentativa, el 3,8% en la quinta o sexta tentativa, el 3,8% en la séptima u octava tentativa, el 3,8% en la novena, y finalmente otro 3,6% había realizado más de nueve intentos. Observamos que el más alto porcentaje de éxitos se dieron entre el segundo y el cuarto intento de IVF.

Escala de Personalidad (Eysenck Personality Inventory)

De entre las cuatro subescalas (tabla IV) solo se comprobó una diferencia significativa importante en la subescala I (*psicoticismo*). El valor medio de la subescala I fue de 1,6 para el grupo IVF y de 2,6 para el grupo de control (valor de $p = 0,04$).

Escala para la Depresión postnatal (EPDS)

Nosotros no hemos detectado sintomatología depresiva en estos dos grupos. Solamente hemos visto que el grupo IVF posee puntuaciones más bajas que el grupo de control, aunque no significativamente importantes. (tabla V).

Tabla IV

Las cuatro subescalas de Eysenck

| | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 4 | | |
|----------------------|--------------------|-----------|------|--------------------|-----------|------|--------------------|-----------|------|--------------------|-----------|------|
| | N | \bar{x} | S.D. | N | \bar{x} | S.D. | N | \bar{x} | S.D. | N | \bar{x} | S.D. |
| A | 25 | 1,6 | 1,55 | 25 | 9,2 | 4,09 | 25 | 14,5 | 4,30 | 25 | 10,5 | 3,04 |
| B | 26 | 2,6 | 1,89 | 26 | 8,8 | 4,96 | 26 | 13,8 | 3,37 | 26 | 11,1 | 3,74 |
| Test de Mann-Whitney | Z = -2,02 | | | Z = -,43 | | | Z = -1,34 | | | Z = -,78 | | |
| | Valor de $p = ,04$ | | | Valor de $p = ,66$ | | | Valor de $p = ,18$ | | | Valor de $p = ,43$ | | |

Tabla V

Escala EPDS: Valores medios antes y después del parto en los grupos A y B

| | Antes del parto | | | | | Después del parto | | | | |
|---|-----------------|-----------|------|-----|------------|-------------------|-----------|------|-----|------------|
| | N | \bar{x} | S.D. | Z* | Valor de p | N | \bar{x} | S.D. | Z* | Valor de p |
| A | 26 | 3,7 | 3,72 | - | ,77 | 25 | 1,77 | 3,0 | - | ,69 |
| B | 26 | 3,9 | 4,41 | ,28 | | 26 | 2,15 | 3,9 | ,40 | |

* Test de Mann-Whitney.

Discusión

Una observación inicial concierne a la desviación de las edades entre los dos grupos, tanto en el caso de las mujeres como en el caso de los hombres. La desviación es importante con cinco años de media para la mujer (valor de $p < 0,001$) y con cuatro años de media para los hombres (valor de $p < 0,001$); esto sucedió a pesar de nuestros intentos por asegurar la máxima homogeneidad posible de la muestra. Ello podría ser explicado por el hecho de que nosotros decidimos como criterio que las mujeres fuesen primíparas. Como resultado de ello cabría esperar que las mujeres del grupo IVF son mayores; teniendo en cuenta que el hecho de que ellas recurrieron a las técnicas IVF después de años de intentar la concepción sin éxito. Lo mismo puede aplicarse al caso de la edad de sus cónyuges.

En este sentido el presente estudio concuerda con los procedentes de la bibliografía internacional, de manera que los datos demográficos de muchos de estos estudios señalan como la edad media de participación en los programas IVF es de alrededor de 33 años, y ello es independiente de la localización geográfica (Mazure 1989).

Otra observación en relación con los datos sociodemográficos hacen referencia a los niveles educativos más altos de los maridos que participan en los grupos IVF en comparación con los grupos de control (valor de p

$< 0,05$). Las mujeres del grupo IVF muestran una tendencia a ofrecer también niveles educativos superiores a las del grupo de control, aunque estas diferencias no son estadísticamente importantes. Fuertemente en conexión con el punto anterior es la observación de que existen diferencias en relación con status profesional. El grupo IVF muestra una tendencia a poseer un superior nivel profesional en comparación con el grupo de control, y ello tanto en el caso de los hombres como de las mujeres. Esta diferencia puede ser explicada por el hecho de que las parejas con un más elevado nivel socioeducativo recurren más a las técnicas IVF. Esta observación ofrece dos parámetros: 1) Generalmente las personas que están fuertemente centradas en su carrera profesional demoran los planes para tener hijos, y esto de acuerdo con especialistas en fertilidad es una razón fundamental para entender su estado de subfertilidad. 2) Las personas con un bajo status socioeconómico no suelen iniciar los tratamientos IVF, principalmente debido al alto coste que estos representan.

Estos hechos están de acuerdo con los datos emanados de la bibliografía internacional, en el sentido de que los que participan en los programas IVF tienden a pertenecer a las clases medias y con alto nivel socioeconómico (Mazure 1989). Ello concuerda con el hecho de que la política de seguros nacionales no compensan a sus asegurados por la participación que tengan en los programas IVF.

Los resultados concernientes a la historia ginecológica no ofrecen diferencias significativas entre los dos grupos.

Los resultados obtenidos mediante el EDPS tampoco muestran diferencias importantes entre los dos grupos en lo referente al parámetro de la depresión, ni antes ni después del parto. Ambos grupos ofrecían bajos niveles para la depresión.

Los resultados de la Eysenck Personality Scale, tampoco mostraron diferencias entre el perfil de la personalidad de las mujeres del grupo IVF y las que conciben de un modo natural. Tampoco se encontraron diferencias en tres de las cuatro escalas del EPI (Eysenck Personality Inventory). Únicamente en el caso de la subescala primera (*psicoticismo*) el grupo IVF mostró más bajas puntuaciones con una significación estadística.

Este hecho podría ser explicado al pensar que el grupo IVF estaría constituido por personas psicológicamente más flexibles, ya que se trata de mujeres que poseen mecanismos adaptativos más flexibles en el sentido de que son más capaces de utilizar los tratamientos IVF para llegar a concebir. Debemos señalar aquí que en el caso de la mujer y por extensión de la pareja, para entrar en un programa de este tipo se requiere una determinada organización psicológica, ya que hasta que se consiga el éxito de la concepción va a ser necesario un considerable tiempo de espera así como varios intentos. Ello absorbe un gran gasto de la energía psicológica de los participantes. Hay que tener en cuenta que durante la concepción natural y el embarazo el mayor gasto corre a cuenta de la mujer. Este hecho está relacionado con la fisiología de la reproducción y por extensión con su acompañamiento psicológico.

Tomando éste como un punto de inicio, un estudio futuro de gran interés sería el que se centrara en estudiar el perfil psicológico

de la mujer infértil, incluso de aquellas que no van a seguir un programa de IVF, o aquellas que sí lo siguen pero fallan en los intentos. Un anterior estudio siguió esta línea de pensamiento (Shrednick, 1987), llegando a la conclusión de que las parejas subfértiles que entran en los programas de IVF demuestran una más alta satisfacción marital en comparación con otras parejas subfértiles. En cualquier caso tal como se ha sugerido (Newton 1992) “los hombres y mujeres cuyo motivo para tener niños se crea en un contexto positivo poseen más adaptación para generar habilidades”. La misma investigación señala la necesidad de estudiar los parámetros cognitivos con el propósito de comprender mejor las reacciones emocionales en los intentos de IVF que fracasan.

Se ha hecho notar también (Bringhenti, 1997) que “las mujeres infértiles que entran en un programa IVF no necesariamente muestran signos de mal ajuste psicológico. Su nivel de ansiedad-estado puede considerarse como una respuesta situacional al estrés del tratamiento. La condición de infertilidad y su tratamiento puede efectivamente llevarse a cabo por mujeres que poseen una buena disposición personal, un alto nivel de autoestima, que están satisfechas con su trabajo y con las relaciones con su esposo, y que están dispuestas a adoptar a un niño como última solución a su necesidad materna”.

La ausencia de diferencias psicológicas entre las mujeres IVF y las que conciben naturalmente ha sido señalada muchas veces por diferentes investigadores. Por ejemplo, en un relativamente reciente estudio (McMahon 1997) se ha señalado que “las madres que conciben mediante IVF-ET no difieren pasados los cuatro meses del parto de las madres del grupo de control en cuanto a su ansiedad, depresión postnatal, satisfacción marital o utilización de los servicios de soporte”.

Al final pero indirectamente relacionado se argumenta que las mujeres del grupo IVF que han cohabitado largo tiempo como pareja, poseen una mejor integración de sus relaciones, lo que significa que ellas pueden elaborar mucho mejor el cambio que significa la llegada de un niño a la familia. Debemos hacer notar que la carga de la IVF acompañada por una crisis en la relación de pareja conduce a una relación colaboradora y consecuentemente a una mayor armonía.

Finalmente, intentaremos contestar la cuestión teórica que propusimos al comienzo de este estudio:

No parece existir una mayor psicopatología entre las mujeres que conciben mediante tratamiento IVF comparado con las que conciben de modo natural. Por el contrario, si tenemos en cuenta el hallazgo inesperado de las altas puntuaciones de *psicoticismo* entre el grupo de control, podemos considerar que en general, las mujeres que conciben mediante tratamiento IVF homólogo parecen estar mejor integradas psicológicamente.

Ello puede atribuirse al hecho de que las mujeres del grupo IVF son de mayor edad, han pasado por diversas experiencias que las han enriquecido en cuanto a su nivel de madurez y han pasado por un largo periodo de tiempo entre la primera formación de su deseo de tener un hijo y la actual concepción.

Bibliografía

AGUILERA, D.C. *Crisis Intervention. Theory and Methodology*. The C.V. Mosby Company, St Louis, Baltimore, Philadelphia, Toronto, 1990.

BEAUREPAIRE, J., JONES, M., THIERING, P., SAUNDERS, D., TENNANT, C. Psychosocial Adjustment To Infertility And Its Treatment: Male And Female Responses At Different Stages Of IVF/ET Treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 38, 3, pp. 229-240, 1994.

COOK, R. The Relationship Between Sex Role And Emotional Functioning In Patients Undergoing Assisted Conception. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 14, pp. 31-40, 1993.

COX, J.L., HOLDEN, J.M., SACOVSKY, R. Detection Of Postnatal Depression: Development Of The 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, vol. 150, pp. 782-786, 1987.

COXL, J. Prevention Of Postnatal Mental Illness: Sociocultural Facets. Christodoulou GN., Kontaxakis VP. (eds) *Topics in Preventive Psychiatry* Bibl Psychiatr. Basel, Karger n.º 165, pp. 40-48, 1994.

BOYERS, S.P., LAVY, G., RUSSEL, J.B., POLAN, POLAN, M.L., DE CHERNEY, A.H. Serum Prolactin Response to Embryo transfer During Human in vitro Fertilization and Embryo Transfer. *J. Vitro Fert. Embryo Transfer* 4, 269, 1987.

BRINGHENTI, F., MARTINELLI, F., ARDENTI, R., LA SALA, G.B. Psychological Adjustment Of Infertile Women Entering IVF Treatment: Differentiating Aspects And Influencing Factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76, pp. 431-437, 1997.

DIMITRIOU, E. To Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) στη μελέτη της προσωπικότητας του Έλληνα και η χρήση του στην κλινική πράξη. Διατριβή για Υψηλούς, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη 1977.

EYSENCK, H.J., EYSENCK, S.B. *Manual of the E.P.Q.* (Personality Questionnaire). Hodder and Stoughton Educational, London, 1975.

FACCHINETTI, F., DEMYTTENAERE, K., FIORONI, L., NERI, I., GENAZZANI, A. Psychosomatic Disorders Related To Gynecology. *Psychotherapy Psychosomatics*, 58, pp. 137-154, 1992.

HIRSCHOWITZ, R.G. Crisis Theory: A Formulation. *Psychiatric Annals* vol. 3, Dec 1973, pp. 33-47, 1973.

LEHTINEN, A.M., LAATIKAINEN, T., KOSKIMIES, A.I., HOVORKA, J. Modifying Effects of Epidural Analgesia or General Anaesthesia on the Stress Hormone Response to Laparoscopy for In Vitro Fertilization. *J. Vitro Fert. Embryo Transfer*, 4, 23, 1987.

MAZURE, C., GREENFELD, D. Psychological Studies Of In Vitro Fertilization/Embryo Transfer Participants. *Journal of IVF & Embryo Transfer*, vol. 6, n.º 4, pp. 242-256, 1989.

McMAHON, C.A., UNGERER, J.A., TENNANT, C., SAUNDERS, D. Psychosocial Adjustment And The Quality Of The Mother-Child Relationship At Four Months Postpartum After Conception By IVF. *Fertility & Sterility*, vol. 68, n.º 3, pp. 492-500, 1997.

NEWTON, C.P., HEARN, M.T., YUZPE, A.A., HOULE M. Motives For Parenthood And Response To Failed IVF: Implications For Counselling. *J. of Assisted Reproduction and Genetics*, vol. 9, n.º 1, pp. 24-31, 1992.

SHREDNICK, A. *Positive Effects of IVF on Marital Status*. Presented at 5th World Congress IVF/ET, Norfolk, VA, 1987 AFS, Programme supplement (abstracts) pp. 95, 1987.

THORPE, K.J., DRAGONAS, T., GOLDING, J. The Effects Of Psychosocial Factors On The Emotional Well-Being Of Women During Pregnancy: A Cross-Cultural Study Of Britain And Greece. *J. of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 10, pp. 191-204, 1992.

THORPE, K.J., DRAGONAS, T., GOLDING, J. The Effects Of Psychosocial Factors On The Mother's Emotional Well-Being During Early Parenthood: A Cross-Cultural Study Of Britain And Greece. *J. of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 10, pp. 205-217, 1992.

Dirección para correspondencia:

Maria Chatziandreou

E-mail: mchatziandreou@hotmail.com

Centro Comunitario de Salud Mental Byron Kessariani,
Departamento de Psiquiatría, Universidad de Atenas

14, Delou street

GR-1612 1 Atenas

GRECIA