

PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN FAMILIAS DE REPRODUCCION ASISTIDA (FRA)

del Barrio V
Facultad de Psicología.
UNED

RESUMEN

Se presenta una revisión de la investigación sobre los problemas psicológicos detectados en las familias generadas mediante reproducción asistida. Los primeros trabajos de los años ochenta se centran fundamentalmente en el estudio de la reacción psicológica de estrés relacionados con la esterilidad y su tratamiento, en donde se destaca una situación emocional negativa especialmente en lo referente a los niveles de ansiedad y depresión. La investigación más reciente estudia, además de estas dimensiones, aspectos tales como la calidad de la crianza, las relaciones matrimoniales y el bienestar de los padres y las características de los hijos. La tendencia general es que en los primeros tiempos se advertía una mayor problematicidad en estas familias y actualmente se tienden a encontrar situaciones muy semejantes a las de los padres naturales con excepción de la sobreprotección, el control de la conducta de los hijos.

Palabras clave: infertilidad, familia, crianza, problemas infantiles.

ABSTRACT

Recent literature on the psychological problems that can be found in families employing assisted reproduction to have children has been reviewed. Early works, in the 80's, focused on parent's stress due to suffered sterility and its therapeutic

treatment. Anxiety and depressive reactions were principally detected and evaluated. More recently, new aspects have been taken into account such as rearing quality, marital relationship, parents well-being and children characteristics in these families. While in the beginnings higher levels of problems seem to appear in ARF families as compared to normal ones, recent studies seem to detect higher overprotection and lower discipline levels in the parent-child relationship.

Key words: infertility, family, rearing, childrens' problems.

INTRODUCCIÓN

Es sobradamente conocido que todo tratamiento médico conlleva una reacción psíquica negativa más o menos intensa en función de las molestias que implica el tratamiento, la gravedad e incapacidad que acompaña a la enfermedad y el pronóstico de la misma y la significación con que lo vive el paciente.

La infertilidad es una limitación de la función reproductora, que tiene considerables implicaciones biográficas y psicológicas.

Recientemente, nuevas técnicas médicas han hecho posible superarla, permitiendo la constitución de familias con descendencia en situaciones previamente impensables. Se trata, desde luego de grupos minoritarios que todavía tienen al presente hijos muy jóvenes, y, hoy por hoy, pertenecen predominantemente a clases sociales altas. Los tratamientos de la infertilidad, aunque no implican peligrosidad, son largos, molestos y con un alto porcentaje de fracasos. Frecuentemente generan estrés y la ansiedad entre los que se someten a ellos. También se ha estudiado la repercusión sobre los hijos de esa situación familiar y sus posibles consecuencias en los hábitos de crianza.

Hay también una larga tradición de prevención de problemas infantiles dirigida a los padres en forma de, investigación, programas formativos, cursos de aprendizajes de técnicas correctoras o simplemente libros de autoayuda. Esta tradición de preocupación por la tarea de la crianza, con raíces clásicas, arranca en nuestra cultura de Gracián y Locke y llega hasta nuestros días con representantes tales como, Hetherington y Parke (1979), Belsky (1990). Una exhaustiva revisión sobre el papel de los padres en el proceso de socialización adecuada del niño puede encontrarse en un excelente trabajo de Maccoby (2000). De una manera u otra, todos los expertos subrayan la importancia del afecto y la firmeza del mantenimiento de las normas en la generación de hábitos adaptativos en el niño, como una de las responsabilidades básicas de la educación parental. Normalmente se ha producido una extensión de los conocimientos del desarrollo armónico infantil en el contexto familiar a otros campos; en relación con la salud física estos programas se centran en la prevención de la enfermedad mediante la inculcación en los hijos de hábitos de vida saludable (Maciá et al. 1991) y el manejo y afrontamiento de problemas

con niños que sufren una enfermedad o presentan algún tipo de minusvalía física o psíquica (Buendía 1999; Olivares 1997).

En el presente trabajo se lleva a cabo una revisión que analiza el estado de la cuestión de si la reproducción asistida produce o no una alteración de la tarea de la crianza y además intenta abstraer, hasta donde hoy se sabe que tipo de problemas son más habituales y por tanto de qué manera se podrá ejercer una acción eficaz sobre este tipo de familias que permita orientarlas en su nueva experiencia como padres. Para ello se ha llevado a cabo una búsqueda de trabajos sobre el tema de familias de reproducción asistida y problemas infantiles en los repertorios habituales PsycLit, PsycDoc y Medline desde la década de los ochenta que es donde aparecen los primeros ítems.

LA FAMILIA, CONSIDERACIONES GENERALES

La familia ha sido considerada desde muchos puntos de vista, pero en general es un todo social organizado e interdependiente con unas leyes o límites que regulan su equilibrio (Hetherington y Parke 1993) y que son condicionantes decisivos del desarrollo biológico, psicológico y social de sus miembros y en especial de los descendientes que en ella se integran. La familia ha estado sometida a evolución y tiene hoy características muy diferentes a las de otras épocas históricas.

Una serie de acontecimientos han generado un espectacular cambio del papel femenino en la sociedad actual y una profunda transformación del mundo familiar que estaba basado en la dependencia y en la permanencia de la mujer en el hogar. Las sociedades occidentales han venido asistiendo a un imparable proceso de liberación de la mujer. Al mismo tiempo la medicina y la biología han hecho posibles la elección del número de hijos, el distanciamiento de sus nacimientos, la edad paterna al tiempo de su concepción e incluso la procreación lograda en circunstancias en las que antes nunca había sido posible. Este último es el caso de la procreación asistida que ha venido a cambiar la suerte de muchas parejas.

La familia, ya sea natural o artificialmente lograda, tiene una estructura y unas funciones. En todo caso, cualquiera que sea su composición, la familia tiene como función el apoyo mutuo de sus miembros para lograr la supervivencia y la adaptación al medio y ésta es su meta básica (del Barrio 1996).

Los estudiosos de las funciones de la familia han llegado a establecer unos elementos básicos en que se funda la acción de la crianza (Baumrind 1971; Olson, et al. 1982; Maccoby 1992; etc.). Sus nombres difieren según distintos autores, pero todos ellos se podrían sintetizar así: Afecto, Legislación y Comunicación.

El Afecto (apego, cariño y emocionalidad positiva) implica una comunicación que tiene especial relevancia en los primeros años (0-3), en una especial entre madre e hijo que tiene una importante función socializadora. La Legislación supo-

ne las normas que regulan las relaciones entre los miembros de una familia y de estos con el entorno y, mediante las cuales, cada individuo puede ordenar su propia conducta y sabe a qué atenerse respecto de la conducta de los otros. La Comunicación es nexo básico entre los individuos que componen el grupo familiar.

Se han propuesto combinaciones plurales de estos elementos, la óptima incluiría una comunicación fluida, unas normas flexibles y afectividad; por el contrario la combinación más negativa resultaría ser aquella con mala comunicación, normas rígidas y falta de afectividad.

La aparición de problemas de conducta o problemas de personalidad son síntomas de alarma que indican que algo va mal en el proceso de educación y socialización de un niño.

El problema que ahora se presenta es si la función de crianza de los padres se puede ver afectada o perturbada por el hecho de haberse visto sometida a un proceso de reproducción asistida, y ello tanto en lo que respecta a los hábitos de crianza como a su situación psíquica general.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La infertilidad es definida como la incapacidad de una pareja con vida sexual regular para tener descendencia, deseada y no lograda, durante un período entre uno año o dos años según diferentes expertos. Esta limitación afecta a un 10% de la población general y a un 20% de la considerada dentro del rango habitual de edad normal para tener hijos (entre 20 y 40 años) (Mosher 1990). Tradicionalmente, este problema había sido combatido mediante la adopción. Este método resulta cada vez más difícil y menos deseado por las dificultades que entraña. No sólo está afectado por el descenso de la natalidad en general, sino también por la implantación de una legislación más estricta e intervencionista y por la inseguridad de los frecuentes factores de riesgo asociados a aquellos niños que forman la población adoptable. A todo ello se une el indudable deseo legítimo de lograr hijos propios y a la existencia de nuevas posibilidades de lograrlo ofrecidas por la actual ciencia médica.

En efecto, se ha logrado solucionar las causas menos complicadas de infertilidad y mediante técnicas crecientemente complejas se van venciendo las más graves. Entre ellas se encuentran la fecundación *in vitro*, donación de óvulos y esperma y el alquiler de úteros. Todo ello abre nuevas posibilidades y también nuevas incógnitas sobre los escollos que puedan presentar estas nuevas formas aún no exploradas totalmente. Los aspectos éticos, psicológicos y legales se están estudiando en los últimos tiempos.

Se considera que en las parejas infértiles el 50% de los casos el problema es debido a la mujer, en el 30% al hombre y en un 20% de los casos a ambos. Las técnicas para combatir la infertilidad se han multiplicado y perfeccionado en los últimos tiempos. En unos casos, se ha conseguido incrementar la propia capacidad de concebir; también se ha recurrido a la donación de esperma y de óvulos, técnica que ha tardado más en dominarse (1984). De la población que se somete a este tipo de tratamiento sólo un 30 o 50% de ellos conseguirá ver cumplido su deseo (Colins et al 1984), siempre y cuando se hayan sometido a aquellos métodos de tratamiento que han resultado ser más exitosos (33%): la hiperestimulación ovárica, unida a la fecundación en útero. De todos modos, las tasas de éxito varían mucho según sean las condiciones legales impuestas por los gobiernos de diferentes países; mientras en algunos se alcanza el 50% en otros que tienen una legislación dura respecto del proceso de fecundación (por ejemplo Francia) las tasas de éxito caen al 7%.

La primera niña-probeta, Louise Brown, vino al mundo el año 1978, desde entonces, este tipo de nacimientos no ha hecho más que crecer. En 1989 se calculaban en 40.000 el número de niños nacidos de parejas estériles tratadas con diferentes técnicas. Hoy muy probablemente este número se ha multiplicado considerablemente y se estima que el 1% de los niños nacidos en las sociedades desarrolladas es resultado de una reproducción técnica (van Balen 1996).

Las parejas que se someten a tratamientos de reproducción asistida tiene ciertas características sociales bastante definidas: son mayoritariamente de raza blanca, de clase media alta, y con un nivel de estudios superior.

Por ello los datos de las investigaciones sobre este grupo han de ser tomados con precaución, sobre todo a la hora de generalizar los resultados. En todo tipo de temas, los primeros tiempos son de exploración y de hallazgo de datos contradictorios que con la consolidación y dilatación de la investigación llegan a unificarse. En lo que respecta a la fertilidad asistida todavía estamos en una primera fase de datos contradictorios aunque tendentes a la estabilización.

PROBLEMAS DETECTADOS EN PADRES DE REPRODUCCION ASISTIDA

En un primer momento, y especialmente desde la psicología dinámica, se ha sugerido la posibilidad de que este tipo de familias presente una problematicidad especial (Kraft et al. 1980) tanto antes como después de tener hijos.

Algunos han planteado que las familias que resultan de una intervención médica de la infertilidad, podrían presentar estos problemas, bien por un estrés debido a la misma infecundidad y otro derivado de su tratamiento (Cook et al. 1989). También se ha apuntado a que algunos problemas pudieran deberse al hecho

de que esos hijos no tengan relación genética con uno o con ambos padres (Warnock 1984). El planteamiento de estos posibles problemas ha estimulado la investigación en este campo.

Se puede hablar ya de dos épocas de obtención de datos y además de distintos períodos del proceso a los que se aplica esta labor de investigación.

La primera época se nutre de datos procedentes de muestras clínicas en la que abundan, como es lógico, la asociación de la fecundación asistida y problemática psicológica. La ansiedad, frustración, depresión, desamparo, baja autoestima, conflictos matrimoniales, problemas de manejo de los niños y problemas de identificación sexual son las dificultades psicológicas que más habitualmente aparecen en los sujetos estudiados durante esta primera fase. La segunda época se caracteriza porque los datos provienen ya de la investigación de estos mismos problemas en muestras más extensas (treinta o cuarenta familias) y llevadas a cabo más objetivamente: se usan instrumentos de evaluación y se parte de algún tipo de diseño. Sin embargo, esas muestras, aunque no clínicas, todavía son excesivamente pequeñas y heterogéneas en lo que se refiere a edad, tipo de intervención, ser o no primíparas las mujeres que participan en ellas, etc. Esto explica la disparidad de datos obtenidos. Así, mientras muchos investigadores sostienen que existen los problemas antes descritos, otros los niegan (McMahon et al. 1995).

Por otro lado se distinguen, a la hora de investigar, distintos períodos o fases: El período previo al tratamiento o de “toma de decisiones” el del “tratamiento”, el de “embarazo” y el de “crianza”. Los resultados presentan la época del tratamiento como la más conflictiva tanto en intensidad como en cantidad de variables psicológicas afectadas. Las otras fases ofrecen una focalización de la problemática y ésta, en líneas generales, tiende a descender. Vamos a revisarlo rápidamente.

FASE DE TOMA DE DECISIONES

La incertidumbre genera ansiedad, por tanto es esencial en esta fase no sólo acelerar el proceso sino facilitar una elección correcta. Durante esta fase el factor esencial es la información sobre los distintos elementos implicados en la toma de decisión que son:

- a) conocimiento de las características propias
- b) conocimiento del proceso del tratamiento
- c) conocimiento de los cambios que la paternidad va a introducir en la vida.

a) El conocimiento de las características propias.

Es evidente que las expectativas erróneas son fuente de conflictos, de ahí la importancia del conocimiento de la propia instalación psíquica personal ante la paternidad y por tanto es muy conveniente y esclarecedor el análisis del proceso mediante el cual la pareja accede a la paternidad.

Normalmente parece que son las mujeres quienes se sienten más proclives a tomar la decisión de buscar la fecundación asistida. Los motivos parecen ser la mayor presión que la sociedad ejerce sobre la mujer respecto de su rol de crianza (Crowe 1985, Willians 1988). Los varones son más resistentes a tomar la decisión de ponerse en tratamiento; en primer lugar, porque no necesitan tanto de los hijos y en segundo lugar, porque parecen tener una mayor resistencia a aceptar el hecho de su infertilidad. Respecto a qué género se siente más afectado por la infertilidad, hay división de opiniones, pero parece que a la mujer le afecta más el no ser madre y al varón el ser infértil (Abbey et al. 1991).

Otra decisión importante a tomar es la del método de procreación asistida, en alguna de sus diversas formas (*in vitro* con gametos paternos, mediante estimulación ovárica, por donación de espermatozoides o óvulos), frente a otras soluciones, como la adopción. Aunque, naturalmente, el primer término de la decisión está muy mediatizado por el consejo médico, siempre hay un momento de decisión propia. Normalmente la primera opción es la de la paternidad asistida, puesto que implica una acción mucho más autónoma, más ligada al proceso natural y con la posibilidad de la continuidad genética (Callan et al. 1986). Sin embargo, como la tasa de fracaso suele ser alta (se estima en un 50%), la mitad de las parejas toman la decisión de ponerse en la lista de adopción al mismo tiempo que comienzan el tratamiento de fecundación asistida. Las listas de espera de adopción tienen un plazo de 2 a 7 años para los niños blancos, pequeños y sanos, con una media estimada de 5 años de espera. Los niños mayores o con problemas son dados en adopción de inmediato, pero, naturalmente, éste es más un acto de heroísmo que una decisión de ser padre y por tanto tiene menos aspirantes.

Parte de los que intentan la fecundación asistida desisten de la adopción, pero otros mantienen el proyecto de adoptar, porque no quieren tener un solo hijo y tampoco dilatar o volverse a someter al tratamiento.

Las parejas que optan exclusivamente por la reproducción asistida han sido acusadas de primar los aspectos biológicos de la paternidad y estar más preocupadas por la procreación como un problema personal a resolver que por la paternidad misma (Willians 1992). Sin embargo hay que reconocer que la adopción se ha vuelto crecientemente difícil por diversas razones: el control de la natalidad, la dificultad de la legislación al respecto, los límites de edad etc. Por otra parte se sabe que la población de adopción es generalmente una población de riesgo (Jackson 1993), puesto que normalmente se trata de hijos no deseados con embarazos y

contexto social no son muy adecuados. Repetidamente aparece que esta población presenta significativamente más problemas de conducta, más problemas personales y con doble frecuencia necesita atención psicológica, si se los compara con población no adoptada (Sharma et al. 1998).

Antes de decidir el uso de la asistencia en la fecundación y reproducción se debe también tomar la decisión de si ha de ser un acto público o privado. Muchas parejas, sobre todo en el caso de los varones, quieren guardar la privacidad de este acto médico, puesto que no quieren hacer pública su infertilidad. Es un derecho que no tienen todos los ciudadanos, puesto que la legislación de algunos países exige su constatación. Este no es el caso de la legislación española que permite la absoluta discreción sobre el tema (Guerra 1998). Se sabe que el 86% de las parejas no lo comunica y el 82% de la gente que sí lo ha hecho estaría más dispuesta a guardar secreto, si volviese a empezar (Mason 1993); y parece no faltarles razón, porque el ajuste matrimonial es más alto en el silenciamiento (Berger 1980). Sin embargo, a este respecto no hay datos concluyentes, pues algunos autores sostienen que la publicidad reporta dificultades (Munro et al. 1992), otros no encuentran ningún tipo de problema (Halasz et al. 1993).

La *American Fertility Society* recomienda decir a los niños la forma de su concepción, probablemente, porque se ha generalizado a este campo lo que se sabe de la adopción. Sin embargo todavía no hay suficientes datos objetivos en los que pueda basarse este consejo. En el caso de la adopción, al intervenir muchas personas y exigir unos trámites legales con participación de múltiples estamentos, la posibilidad de que un niño llegue a enterarse de manera inconveniente de la existencia de unos padres biológicos, recomienda la publicidad, pero este no es el caso de la reproducción asistida. Algunos recomiendan la constatación de los datos de los padres biológicos por razones médicas, pero el que consten en una historia clínica datos médicos relevantes no afectaría a la privacidad de la concepción.

Otro punto de información es el tema económico. Aunque la reproducción asistida puede resultar cara, (500.000 pts. parece una cifra mínima base), sobre todo en el caso de que haya de ser repetida ante el fracaso de todo el proceso del tratamiento, la adopción se mueve en torno al millón de pesetas o más si se acude a agencias no oficiales.

Todo ello supone que las parejas tienen más motivos para optar por la procreación asistida que la simple priorización de los aspectos biológicos de la paternidad.

b) El conocimiento sobre el proceso del tratamiento

Las parejas que toman decisiones sobre este tema tienen derecho a saber el grado de expectativas de éxito que las aguarda. Como ya se ha dicho oscila entre el 30 y el 50%. También han de ser informadas sobre la duración media del tratamiento, que se estima en 2 o 3 años (van Balen 1996). Pero, sobre todo, han de ser informados del riesgo de partos múltiples, especialmente en el caso de que haya estimu-

lación ovárica, muchas parejas optan por el aborto terapéutico, pero este es un estrés más que ha de ser afrontado con conocimiento de causa.

Por otra parte es imprescindible comunicar todo tipo de efectos secundarios y molestias que pueda llevar la medicación y las intervenciones necesarias para la consecución del embarazo. El conocimiento de los procesos terapéuticos a que se les va a someter hace que decrezca la ansiedad ante los mismos, sobre todo en el caso de pacientes educados, como es el caso de la población que usa este tipo de asistencia.

Toda esta información sobre el proceso de la reproducción asistida y cada una de sus incidencias es esencial para una adecuada toma de decisiones y por tanto para la consecución de la meta final que se pretende.

c) El conocimiento de los cambios que la paternidad va a introducir en la vida.

Si la toma de decisiones no incluye información sobre este aspecto, la decisión de tener hijos, sea cualquiera que sea el método que se utilice, puede abocar al fracaso (Cox et al. 1989). Los hijos suponen un cambio violento en la vida de los padres y más en aquellas parejas que han tenido la experiencia de una dilatada vida en solitario. Se tiende a enfatizar la influencia de los padres sobre los hijos, pero es evidente que éstos ejercen una influencia sobre sus padres y cambian no sólo sus hábitos, sino sus vidas y sus relaciones (McDermid et al. 1990).

El efecto de los hijos sobre los padres puede ser positivo, pero también negativo (Ambert 1992). De nuevo son las mujeres las que presentan un mayor impacto de los hijos en sus vidas, sobre todo desde el tercer trimestre de embarazo y durante el primer año de vida (Aldous 1990). El incremento de las tareas del hogar, el recorte del tiempo de ocio y la repercusión negativa en las relaciones maritales son las dificultades que más habitualmente han sido detectadas. También se ha considerado que el deseo de tener hijos, hipertrofiado por la dificultad de tenerlos, puede arrastrar a las parejas infértiles a generar unas expectativas no realistas ante la paternidad que al no ser ajustadas a la realidad pueden dar origen a frustraciones.

FASE DE TRATAMIENTO

Durante el período de tratamiento, los problemas más frecuentemente hallados por los investigadores han sido de muy diverso orden, pero fundamentalmente emocionales y de relación matrimonial.

Los problemas emocionales más destacados han sido la ansiedad, depresión (Abbey et al. 1992; Guerra y Veiga 1994), el aislamiento, baja autoestima, problemas de identificación sexual y frustración (Kraft et al. 1980).

Es cierto que la ansiedad es común a la mayor parte de los tratamientos que conllevan incomodidad, sobrecarga y medicación, como ocurre en este caso. Muchos expertos piensan que no es justificada la ansiedad ante este tipo de tratamiento puesto que no se asocia a enfermedad, ni muerte y cuya expectativa, muy por el contrario, es el logro de un deseo, pero es evidente que esta suposición no es adecuada, porque la presencia de ansiedad durante el período de tratamiento aparece consistentemente en todo tipo de investigaciones sobre parejas infértiles. El miedo al fracaso y las incomodidades ligadas al tratamiento parecen ser los desencadenantes más habituales del problema de ansiedad, y esto mismo ocurre en estudios donde aparece la ansiedad ligada a otro tipo de tratamientos ginecológicos (Groat 1990).

Se han detectado también problemas de autoestima y de identificación sexual. Ambos parecen derivar de la interpretación de la infertilidad como una carencia de una capacidad muy básica y natural de la que se encuentran privados. Es especialmente curioso el caso de las mujeres, quienes tienen una mayor propensión a responsabilizarse del problema (Link y Darlin 1986).

Por el contrario, existen algunos estudios que han llevado a cabo estudios comparativos y no han encontrado diferencias entre los padres sometidos a tratamiento de infertilidad y los que conciben de forma natural respecto depresión ansiedad y autoestima (Halman et al. 1995). Otros se limitan a negar la existencia de depresión en este tipo de pacientes (Mazor 1984).

Otro de los problemas estudiados durante esta etapa es la calidad de las relaciones matrimoniales. La mayor parte de los estudios subrayan que las fricciones en el matrimonio se relacionan con el hecho de la aceptación de la infertilidad (Cook et al. 1989), pero también hay quien sostiene que aparece una mayor armonía matrimonial entre las parejas de reproducción asistida (Halasz et al. 1993).

Algunas investigaciones han llevado a cabo un seguimiento de la evolución emocional de las parejas sometidas a tratamiento; los resultados indican que la primera fase (en el inicio del tratamiento) y la última (tres años después) es en donde se dan los más altos niveles de alteración y en general disminuyen en la etapa intermedia (Berg y Wilson 1991).

EMBARAZO

El embarazo en este tipo de población supone el éxito del tratamiento y por tanto el fin de la incertidumbre y preocupación respecto de su capacidad de conseguir tener un hijo. En principio, se podría pensar que cesarían gran parte de las preocupaciones con el logro de la meta buscada. Sin embargo, algunos estudios apuntan a un simple cambio de los motivos de preocupación. Así, por ejemplo McMahon y colaboradores (1995) siguen encontrando altos niveles de ansiedad cuya causa es

principalmente la consecución del alumbramiento. Tal preocupación es bastante justificada, puesto que la morbilidad y mortalidad del feto en este tipo de concepción es más alta de lo normal (Lancaster 1991; Rufat et al. 1994).

Otro motivo de ansiedad son los miedos a las malformaciones, pero éstos no son específicos de los padres sometidos a tratamientos de fertilidad, sino que son comunes a todo tipo de padres, especialmente madres.

Es también frecuente que se produzcan hipertrofias de la búsqueda de asistencia médica e incluso negación del embarazo (Garner 1985; Shapiro 1986).

Algunos autores sostienen que aunque la ansiedad se mantiene durante todo el embarazo, los niveles descienden respecto de la época del tratamiento (Thiering et al. 1993) e incluso se subraya la poca firmeza de los datos en este caso (Staton y Golombok 1993), puesto que existen estudios que no han encontrado diferencias en niveles de ansiedad entre mujeres embarazadas artificialmente y otros grupos de riesgo de problemas en el embarazo (Reading et al. 1989). Esto apoyaría la tesis que es el alto riesgo y no la forma de concepción la que tendría relación con la elevación de los niveles de ansiedad. De todas formas en este estudio no se equipararon los meses de embarazo el ser o no primíparas o por tener o no embarazo múltiple. Otros estudios tampoco encuentran diferencias en los niveles de ansiedad en diversos tipos de embarazos, equiparados en todas sus condiciones, como los de Staton y Glombok (1993), pero estos resultados han sido criticados por el escaso número de la muestra, compuesta sólo por 15 embarazadas en cada grupo.

Se ha estudiado también la relación de apego entre la madre y el feto en muchos tipos de embarazo de alto riesgo y también en éste. Algunos estudios sostienen que las madres de reproducción asistida generan con frecuencia una relación distante para evitar su implicación en una empresa que puede acabar en fracaso (Raphael-Leff 1991). En algunos casos, se ha detectado un aumento del apego con la visión del feto mediante ultrasonido o por visualización del óvulo fecundado antes de su implantación. Por el contrario, otros estudios no encuentran diferencias en calidad de apego entre madres de embarazo asistido y grupo control (Staton y Glombok 1993).

ETAPA DE LA CRIANZA

La tesis más extendida sobre todo de los datos procedentes de las poblaciones clínicas es que los padres que han conseguido un hijo por medios artificiales tienden a producir una crianza, parecida a la que aparece en los de los padres con hijos enfermos o hogares de hijo único, caracterizada por la sobreprotección, la falta de disciplina y control.

Entre las causas que se aducen, para que este tipo de crianza, se encuentran determinadas condiciones personales de los padres, tales como su estado emocional y la naturaleza de sus expectativas.

Parece ser que los padres de niños concebidos asistidamente, en mayor proporción que los pertenecientes la concepción natural, tienen miedo de contrariar al hijo y miedo a perder su cariño. Otro problema es que, fundamentalmente las madres, pueden estar sometidas a altos niveles de ansiedad o depresión y ello siempre supone una dificultad para ejercer adecuadamente las tareas de educación de un niño puesto que ambas emociones dificultan el control y la atención.

a) Expectativas

Una de las cuestiones muy estudiadas en las relaciones padres-hijos son las expectativas. Las expectativas, como casi todo, son una cuestión de equilibrio. Cuando éstas son muy altas o excesivamente bajas pueden llegar a ser inadecuadas para llevar a cabo la tarea formativa, en la que consiste la labor de padres. Muchos expertos sostienen que la paternidad asistida conlleva unas expectativas excesivas, y no sólo sobre el hijo, tan deseado, sino también sobre sí mismos como padres. En ocasiones esto puede llevar a una decepción respecto de la realidad misma (Condon y Dunn 1988), ya que la realidad no alcanza ser tan buena como lo esperado. Hay por el contrario quienes sostienen que esas altas expectativas, lejos de ser un problema, se convierten en una garantía de cuidado sumo y buena actitud hacia la crianza (Morin et al. 1989).

b) Sobreprotección

Esta actitud paterna resulta ser un problema, porque inhibe la capacidad de adaptación activa que todo niño tiene que desarrollar para su adecuada socialización. Los síntomas de la sobreprotección se han precisado en: demasiado contacto con la madre, mayor infantilidad en el niño, menor grado de libertad que sus congéneres, ausencia de disciplina, poco control sobre la conducta del niño y mayores niveles de ansiedad materna.

Algunos estudios no encuentran diferencias, en este punto, entre los niveles adecuados de crianza de los padres de fecundación asistida y los naturales (Mushin et al. 1986). Otros autores han encontrado, por el contrario, mejores actitudes y sentimientos positivos hacia la crianza en los padres sometidos a tratamiento de fertilidad, aunque también se muestran más sobreprotectores (Weaver et al. 1993), sin embargo, otras investigaciones no apoyan estos resultados. Por ejemplo Golombok et al. (1995), han encontrado características muy positivas en el tipo de crianza de los padres con fecundación asistida, tales como una mejor calidad de la crianza, incluso con más altos niveles de afectividad, una mayor implicación en la educación y una mejor comunicación con los hijos; mientras que, por el contrario, el nivel de estrés es menor en los padres naturales (Golombok et al. 1995).

c) Problemas emocionales

Uno de los pocos trabajos longitudinales que se ha llevado a cabo comparando dos grupos de paternidad asistida y natural ha encontrado ligeros niveles superiores en depresión materna (Raoul-Duval et al. 1993), estos resultados difieren de los encontrados por Golombok y colaboradores (1995). Estos autores han llevado a cabo un minucioso estudio sobre 45 familias con hijos procedentes de inseminación *in vitro* y donación de óvulos o espermatozoides comparadas con otros grupos. Cada grupo ha sido equiparado con los demás desde el punto de vista demográfico. El grupo control estaba compuesto por 43 familias naturales y 55 procedentes de adopción. Los resultados indican que no sólo no aparece más depresión y ansiedad en madres de reproducción asistida, sino que eran más elevados en las en las familias de reproducción natural.

d) Calidad de la relación matrimonial

La mayor parte de los estudios subrayan que en esta etapa las relaciones matrimoniales entre los padres de hijos nacidos con reproducción asistida son mejores que las de las familias con reproducción natural, puesto que mayoritariamente informan de un menor nivel de conflictividad en la familia (Halasz et al. 1993; Golombok et al. 1995). Se cree que la razón de ello puede ser que la grave decisión de fundar una familia en estas circunstancias adversas consolida los lazos matrimoniales. En un estudio longitudinal sobre la calidad de vida global, comparando un grupo de parejas con hijos naturales y otro de reproducción asistida, se ha mostrado que ésta se incrementa en las mujeres previamente infértiles y en los hombres fértiles, después de la aparición de los hijos (Abbey et al. 1994), lo que, una vez más, muestra la diferente instalación del hombre y la mujer ante la familia. Sin embargo, en este mismo trabajo se constata una disminución de la calidad de las relaciones matrimoniales en las familias previamente infértiles, lo que también apunta a diferencias entre la calidad de vida en general y la satisfacción matrimonial.

e) Calidad de la crianza

A pesar de los temores iniciales parece que los estudios más recientes y objetivos tienden a encontrar que la calidad de las relaciones entre padres e hijos procedentes de reproducción asistida son más cálidas y su competencia en la realización de la tarea de padres más eficaz (van Balen 1996). Otros trabajos subrayan que el número de riñas entre madres e hijos procedentes, de una u otra forma, de material genético sólo paterno o adoptados son más intensas (Golombok et al. 1999). Los datos en este campo todavía encuentran resultados controvertidos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS HIJOS

Hay muy poca investigación acerca de este tema, sin embargo es interesante reunir los datos que se desprenden de ella, respecto de las cuestiones que pueden resultar relevantes en la dinámica familiar.

a) Mortalidad

Ya se ha hecho referencia a que las tasas de morbilidad y mortalidad de los niños procreados artificialmente es más alta, pero se refieren principalmente a problemas prenatales, perinatales y neonatales (Halasz, et al. 1993). El bajo peso, los nacimientos múltiples y prematuridad parecen ser las causas más habituales de este hecho. Las tasas de supervivencia después de los primeros meses parecen normales. Esta peligrosidad inicial explicaría la aparición de ansiedad y sobreprotección paterna.

b) Social

Respecto de aspectos psicosociales hay que hacer notar, en primer lugar, que estos niños tienen menos hermanos que las familias naturales, se estima que un 50% menos (Halasz, et al. 1993). Esto es un elemento clave para entender la dinámica familiar paralela a los hogares de hijo único.

c) Intelectual

El desarrollo intelectual de estos niños parece ser absolutamente normal, aunque los estudios llevados a cabo en este campo carecen de grupo control (Wennerholm et al. 1991). Las únicas dificultades constatadas en relación con el desarrollo intelectual son, como ocurría en el caso de la supervivencia, los asociados a otros factores de riesgo como bajo peso y prematuridad, al igual que ocurre con la población general (Halasz, et al. 1993).

Algunos autores han subrayado que los niños procedentes de la fecundación *in vitro* tienen un desarrollo superior al que se da en la población normal, aunque ello se ha achacado a veces al efecto de hijo único y de clase social alta (Halasz et al. 1993).

d) Psicológicos

Respecto a otros problemas psíquicos, un trabajo realizado sobre 26 niños entre 2 y 5 años de edad muestra que, aunque el número de éstos con problemas de conducta es mayor en el caso de las familias con paternidad asistida y adoptados que en las familias naturales, la bajísima incidencia de los casos y el tamaño de la muestra no ha dado lugar a sacar conclusiones concluyentes (Gomblok et al. 1990).

En este mismo trabajo no se han encontrado diferencias respecto de problemas emocionales o competencia social.

Se dan casos de investigaciones que encuentran una superioridad en los niños procedentes de reproducción asistida. Van Balen (1996) encontró en ellos menores

niveles de obstinación y más sociabilidad que los hijos naturales. Otros autores señalan que los niños que no tienen lazos genéticos con sus padres se perciben a sí mismos como mejor desarrollados sociemocionalmente que los hijos naturales (Colombok et al. 1999).

El que se constate la existencia de problemas de conducta apuntaría a la posible existencia de una falta de control de la conducta del niño.

e) Comunicación de su origen

No se tiene una idea exacta de la perturbación que a un niño, concebido artificialmente, pueda ocasionarle el enterarse o no de este dato, dado que la mayor parte de ellos no lo saben (Klock y Maier 1991) y por tanto no son posibles estudios comparativos entre los que lo saben y los que no. Un trabajo llevado a cabo por Cook y colaboradores (1995) sobre 55 familias de niños adoptados, 41 familias con un hijo de fertilización *in vitro* y 45 con donante de esperma u óvulo mostró que ninguno de los padres con uso de donantes dijo a su hijo la forma en que había sido concebido, y aunque un 4% había previamente decidido decírselo a los siete años no habían cumplido su promesa; por el contrario todas las familias con niños adoptados lo habían dicho; y, por último, de los padres que habían utilizado la fecundación *in vitro* sólo un tercio se lo había dicho. La razón por la que se guarda el secreto es en general la protección del niño o de los padres, en el caso de la donación. Pero en este trabajo no se dan datos acerca de los posibles problemas de los hijos.

Otro trabajo sobre este mismo tema (Golombok et al. 1999), ha encontrado que ninguno de los padres habló con nadie de la forma de concepción de su hijo en el caso gametos paternos, sin embargo, sí se lo comunicaron el 51% de los padres que usaron la técnica de inseminación con donante, el 72% con donación de óvulos, pero sólo se dijo a los abuelos maternos; en el caso de que los abuelos fuesen paternos, las cifras descienden y sólo se comunicó al 20% y el 63% respectivamente. En el caso de otros miembros de la familia o amigos íntimos, lo ha comunicado el 30% de los padres del grupo de inseminación con donante y el 71% del de donación de óvulos. En este mismo trabajo se ha investigado las razones por la que los padres tienen planes o no de comunicarlo a los hijos en el futuro. Entre los que la decisión ha sido no comunicarlo a nadie y nunca se alega que es por proteger al niño y esta actitud se da en el 49% del grupo de inseminación y el 69% del de donación de óvulo. Por otra parte el 19% de los de inseminación con donante y el 23% de los de donación de óvulos, dan como razón de ello la protección de la madre y en el caso de que se diga por proteger al padre está el 69% y el 23% respectivamente. De estos datos se extrae la conclusión que la donación de esperma es una técnica que produce una reacción de secretismo más fuerte que la donación de óvulos y esto puede ser por dos razones: a) por la mayor dificultad de obtener óvulos y, por tanto, una mayor necesidad de conocer a la donante, con el consi-

guiente conocimiento de mayor número de personas sobre el proceso de fecundación, y b) porque la esterilidad masculina continua siendo todavía un tabú más fuerte que la femenina. Futuras investigaciones podrán dar luz sobre este punto que hoy permanece inclarificado. En este trabajo tampoco se estudian las repercusiones en los hijos de haber sido o no informados acerca del tema.

Algunos autores sugieren que guardar secreto sobre la procedencia genética puede causar problemas en los niños (Snowden 1990), pero muy probablemente se trata de extrapolaciones traídas de la situación de adopción, en donde sí se ha demostrado la inconveniencia de guardar secreto.

Hay autores que sugieren que la razón de posibles problemas en estos niños no es el secretismo, sino que la aceptación de un hijo no genético produce un menos grado de aceptación por parte de los padres (Burns 1990).

Tabla 1.- Cuadro resumen de problemas en familias de reproducción asistida

1979-1989	1990-1999
PADRES	PADRES
Más aislamiento	Más ansiedad (discutido)
Menos autoestima	Más depresión (discutido)
Más culpabilidad	Menos apego en embarazo (dis)
Más fricciones matrimoniales	Más conflicto familiar (dis)
Menor identificación sexual +	Sentimientos de crianza +
Más hipocondría	Más sobreprotección
Excesivas expectativas	Más afecto
Más frustración	Más implicación en crianza
	Más estrés
	Más comunicación con hijos
	Mejores relaciones padre-hijo
	HIJOS
	Más mortalidad
	Más hijos únicos
	Más CI (discutido)
	Más sociabilidad
	Más problemas de conducta

Como es evidente, en la primera época los estudios encuentran problemas en los padres sin discusión ni matices, en la segunda aparecen ya distintos tipos de resultados respecto de alteraciones emocionales y se advierte que, en ocasiones, las condiciones de las familias de reproducción asistida son superiores a las naturales, por último los datos sobre los hijos sólo aparecen en la segunda época dado que en

la primera la población infantil, nacida mediante las nuevas técnicas, era todavía excesivamente pequeña.

Como resumen de todo lo dicho anteriormente se pueden exponer los datos de un reciente y cuidado trabajo Golombok et al. (1999). En él se intentan establecer precisiones sobre la variabilidad de la crianza en distintos niveles de proximidad genética y los posibles problemas de los niños y de los padres los diferentes tipos de relación biológica entre padres e hijos. Así, llevaron a cabo un estudio comparando familias con o sin relación genética. En un grupo (41) los hijos se obtuvieron con la fertilización *in vitro*, por tanto la relación genética se daba con ambos progenitores y los niños en el momento del estudio tenían entre 4-8 años; el segundo grupo (21) la familia tenía un hijo mediante donación de óvulos, en este caso la relación genética se daba sólo con el padre y los niños tenían 3 años; en otro grupo (45) la fertilización se había conseguido por donación de esperma, aquí la relación genética se daba sólo con la madre y los hijos estaban en un rango de edad entre 4-8 años y por último el grupo de familias adoptivas (55), y por tanto sin ninguna relación genética con los padres, tenía hijos en este mismo rango de edad, todas ellas habían adoptado a sus hijos en los primeros seis meses de vida del niño y pertenecían a la misma etnia que sus padres. Se cuidó que hubiese una misma proporción de niños y niñas y la equiparación de los niveles socioculturales, también se descartaron todos los niños con problemas orgánicos. Los resultados de este reciente y cuidado estudio muestran algunas diferencias entre estos grupos. Las madres del grupo de donación de óvulos y los hijos del grupo de adopción son más mayores. Lo que apunta a que la decisión del método elegido para tener hijos esta modulado por la edad de la madre. La clase social del grupo de donación de óvulos es significativamente superior a la de los otros. Este dato tiene una clara interpretación económico cultural. Curiosamente las madres que no tenían relación genética con sus hijos presentaban una mayor satisfacción marital, independientemente que los padres la tuvieran o no. En el caso de los padres varones no se encontraron estas diferencias. Esto vuelve a mostrar diferencias sexuales puesto que en la mujer parece tener más importancia la maternidad. En el caso de la ansiedad aparece un perfil inverso los padres presentan menores niveles de ansiedad, si el niño no tiene relación genética con la madre sea cual sea la suya y las madres no presentan diferencias. Los padres tienen también más bajos niveles de estrés de crianza, si el hijo no tiene relación genética con la madre. En el caso de la madre el estrés es más bajo cuando ella no tiene relación genética con el hijo, pero sólo en el caso de que el niño esté relacionado genéticamente con su marido. La madre da respuestas de desiderabilidad social más alta cuando los hijos están relacionados con ella y con su marido. En el padre se da una baja tasa de este tipo de respuesta, pero sólo en el caso de que el niño no esté relacionado genéticamente con la madre. El calor materno presenta niveles más altos cuando la madre y o el padre están relacionados genéticamente con el hijo. La coordinación del control y la disciplina

sobre el hijo presenta niveles más altos cuando se da una relación genética sólo con el padre y los niveles más bajos aparecen el grupo de inseminación en vitro con relación genética con ambos padres. Las disputas con la madre son más frecuentes cuando no existen lazos de sangre.

No se han encontrado diferencias entre tipos de relación y niveles de depresión, aceptación materna, aceptación de hermanos, competencia física, implicación emocional, interacción padres hijo y colaboración paterna. Parece que las funciones de control y amor que hemos consideradas básicas en la familia se dan más fuertemente asociadas con la relación genética.

CONCLUSIÓN

En resumen, se puede mantener que así como en los primeros tiempos se tendía a encontrar más problemas emocionales y dificultades en la crianza de los padres de reproducción asistida; sin embargo, en los últimos tiempos se tiende a mantener que los problemas descienden, e incluso aparecen ciertas ventajas.

Considerados globalmente los pocos datos controlados científicamente de que disponemos sobre este complejo tema apuntan a la inexistencia de problemas importantes en estos niños y en sus padres con excepción los que se derivan de la acumulación de riesgos biológicos o de la sobreprotección, como puede ocurrir en cualquier otro tipo de familias que tienen un hijo único o afectado por cualquier tipo de minusvalía.

Hay una cierta evidencia de que la relación genética con los hijos incrementa la deseabilidad social y el control de la conducta de los hijos.

Por tanto se podría afirmar que no existe una dinámica especial en las familias que utilizan las nuevas técnicas de procreación atendiendo al método conceptivo; sin embargo, si existen unos riesgos basados en el hecho de ser una familia con hijos únicos, muy deseados, cuya tentación es facilitar al máximo la vida de sus hijos.

Si comparamos estos resultados con las funciones familiares, presentadas al comienzo, parece que se da una deficiente función normativa y un exceso de interacción afectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach TM, Howell CT, McConaughy S. Six-year predictors of problems in a national sample of children and Youth:II. Signs of disturbance. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995; 34: 488-498.
- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Gendre's role in responses to infertility. *Psychol Women Q*, 1991; 15: 295-316.
- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertiltity and subjective well-being: the mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *Journal of Mariage and Family*, 1992; 54: 408-417
- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Psychosocial predictors of life quality. How are affeted by infertility, gender and parenthood?. *J Fam Issues*, 1994; 15: 253-271
- Aldous J. Family development and the life course: Two perspectives on family chage. *J Mariage Fam*, 1990; 52: 571-583.
- Ambert AM. *The effect of children on parents*. New York: Haworth Press; 1992.
- Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol Monograph*, 1971; 4: 1-103.
- Belsky J. Parental and non parental child care and children's socioemocional development: A decade in review. *J Marriage Fam*, 1990; 52: 885-903.
- Berger D. Couple's reaction to male infertility and donor insemination. *Am J Psychiatry*, 1980; 137: 1047-1049.
- Berger BG, Wilson FJ. Psychological functioning across stages for infertility. *J Behav Med*, 1991; 14: 11-26.
- Burns. An exploration study of perceptions of parenting after infertility. *Fam Syst Med*, 1990; 8: 177-189.
- Callan VJ, Hennessey JF. IVF and adoption, : The experiences of infertile couples. *Aust J Early Child*, 1986; 11: 32-36.
- Colins JA, Garner JB, Wilson EH, Wrixon W, Casper RF. A proportional hazard's alalysis of the clinical characteristics of infertile couples. *Am J Obstet Gynecol*, 1984; 148: 527-532.
- Condon JT, Dunn DJ. The nature and determinants of parents-to-infant sttschment in the early postnatal period. *J Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988; 27: 293-299.
- Cook R, Parsons J, Manson B, Golombok S. Emotional, marital and sexual functioning in patiens embarking on IVF and AID treatment for infertility. *J Reprod Infant Psychol*, 1989; 7: 87-93.

- Cook R. The relationship of prenatal postpartum dimensions to women's satisfaction with their childbirth experience [Tesis doctoral]. University of Wisconsin; 1986.
- Cook R, Golombok S, Bish A, Murray C. Disclosure of donor insemination: parental attitudes. *Am J Orthopsychiatry*, 1995; 65(4): 549-559.
- Cox MJ, Owen MT, Lewis JM, Henderson VK. Marriage, adult adjustment and early parenting. *Child Dev*, 1989; 60: 1015-1024.
- Crowe C. "Women want it": *in vitro* fertilization and women's motivation for participation. *Women's Stud Int Forum*, 1985; 8: 547-552.
- Del Barrio V. Educación y nuevos tipos de familia. *Psicología Educativa*, 1998; 4: 23-49.
- Garner CH. Pregnancy after infertility. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 1985; 14(supl): 58-62.
- Golombok S, Cook R, Bish A, Murray C. Families created by new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development in children. *Child Dev*, 1995; 66: 285-298.
- Golombok S, Murray C. Social versus biological parenting: family functioning and socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40(4): 519-527.
- Groat H, Neal G, Wicks JW. Sterilization anxiety and fertility control in the later years of childbearing. *J Marriage Fam*, 1990; 52: 249-258.
- Guerra D. Niños de nuevas técnicas de reproducción: sobre un proyecto multicéntrico. *Cuad Med Psicosom*, 1994; 28: 126-128.
- Guerra D, Veiga A. Aspectos Psicosomáticos en el tratamiento de la esterilidad. *Cuad Psicol Psicosom*, 1994; 30: 117-123
- Guerra D. Barcelona: Planeta, 1998.
- Halman LJ, Oakley D, Laderman R. Adaptation to pregnancy and motherhood among subfecund and fecund primiparous women. *Mater Child Nurs J*, 1995; 23: 91-100.
- Halasz G, Munro J, Saunders K, Astbury J, Spensley J. *The growth and development of children conceived by IVF*. Report to Commonwealth Department of Health, Housing, Local Government and Community Services Research and Development Grant Advisory Committee, and Victorian Health Promotion Foundation; 1993.
- Hetherington EM, Parke RD. Family interaction. En HC Quay, JS Werry (eds.). *Psychopathological disorders of childhood*. New York: Wiley; 1979.
- Hetherington EM, Parke RD. *Child Psychology*. New York: McGraw-Hill; 1993.

- Klock SC, Maier D. Psychological factors related to donor insemination. *Fertil Esteril*, 1991; 56: 489-495.
- Kraft AD, Palombo J, Mitchell D, Dean C, Meyers S, Smith AW. The psychological dimensions of infertility. *Am J Orthopsychiatry*, 1980; 50: 618-628.
- Lancaster PAL. Assisted conception health services and evaluation. *Int J Technol Assess Health Care*, 1991; 7: 485-499.
- Link P, Darling C. Couples undergoing treatment for infertility: Dimensions of life satisfaction. *J Sex Marital Ther*, 1986; 12: 46-59.
- Maccoby EE. The role of parents in the socialization of children. *Dev Psychol*, 1992; 28: 1006-1017.
- Maccoby EE. Parenting and its effects on children: on reading and misreading behavior genetics. *Ann Rev*, 2000; 51: 1-27.
- Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En EM Hetherington (ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed). New York: Wiley; 1983.
- Maciá D, Méndez X, Olivares J. Intervención comportamental-educativa para la salud en atención primaria. *Revista de Psicología de la Salud*, 1991; 3: 119-146.
- Mason MC. *Male infertility: men talking*. New York: Routledge; 1993.
- Mazor M. Emotional reactions to infertility. En M Mazor, H Simons (eds.), *Infertility: medical, emotional and social considerations*. New York: Human Sciences Press; 1984.
- MacDermid SM, Huston TL, McHale SM. Changes in marriage associated with the transition to parenthood: Individual differences as a function of sex-role attitudes and changes in the division of household labor. *J Marriage Fam*, 1990; 52: 475-486.
- McMahon CA, Ungerer JA, Beaurepair J, Tennant C, Saunders D. Psychosocial outcomes for parents and children after *in vitro* fertilization: a review. *J Reprod Infant Psychol*, 1995; 13: 1-16.
- Morin NC, Wirth FH, Johnson DH, Frank LM, Presburg HJ, Van the Water VL, Chee EM, Mills JL. Congenital malformations and psychosocial development in children conceived by *in vitro* fertilization. *J Pediatr*, 1989; 115: 222-227.
- Munro J, Ironside W, Smith GC. Successful parents of *in vitro* fertilization (IVF) the social repercussions. *J Assis Reprod Genet*, 1992; 9: 170-176.
- Mosher WD. Fecundity and infertility in the United States, 1965-1988. *Advanced Data*, 192. U.S. Department of Health and Human Services; 1990.
- Mushin DN, Barreda-Hansen MC, Spensley JC. *In vitro* fertilization children: early psychosocial development. *J In Vitro Fert Embryo Transf*, 1986; 3: 247-252.

- Olivares J, García López JM. Estado actual del entrenamiento de padres en España. *III Congreso internacional de Psicología Conductual AEPC Granada*; 1997.
- Olson D, Bell R, Portner J. *FACES II*. St. Paul: University of Minnesota; 1982.
- Raoul-Duval A, Bernard-Savais M, Frydman R. Comparative prospective study of the psychological development of children born by *in vitro* fertilization and their mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 1993; 14: 11-126.
- Raphael-Leff J. Psychological processes of childbearing. Londres: Chapman y Hall; 1991.
- Reading AE, Chang LC, Kerin JF. Attitudes and anxiety levels in women conceiving through *in vitro* fertilization and gamete intrafallopian transfer. *Fertil Steril*, 1989; 52: 95-99.
- Rufat P, Olivennus F, De Mouzon J, Dehan M, Frydman. Task force report on the outcome of pregnancies and children conceived by *in vitro* fertilization (France 1987-1989). *Fertil Steril*, 1994; 61: 324-330.
- Shapiro CH. Is pregnancy after infertility a dubious joy?. *Soc Casework*, 1986; 66: 306-313.
- Sharma AR, McGue MK, Benson PL. The Psychological adjustment of United States adopted adolescents and their nonadopted siblings. *Child Dev*, 1998; 3: 791-802.
- Snowden R. The family and artificial reproduction. En D Bromham (ed.), *Philosophical ethics in reproductive medicine* (Pg. 70-185). Manchester, UK: Manchester University Press; 1990.
- Stanton F, Golombok S. Maternal-fetal attachment during pregnancy following *in vitro* fertilization. *J Psychosom Obst Gynecol*, 1993; 14: 153-158.
- Thiering P, Beaurepaire J, Jones M, Saunders D, Tennant C. Mood state as a predictor of treatment outcome after *in vitro* fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *J Psychosom Res*, 1993; 37: 481-491.
- Van Balen F. Child rearing following *in vitro* fertilization. *J Child Psychol Psychiatry*, 1996; 37: 687-695.
- Warnock M. *Report of the committee of inquiry into human fertilization and embryology*. Londres: HMSO; 1984.
- Weaver SM, Clifford E, Gordon AG, Hay DM, Robison J. A follow-up study of 'successful' IVF/GIFT couples: social-emotional well-being and adjustment to parenthood. *J Psychosom Obst Gynecol*, 1993; 14: 5-16.
- Wennerholm UB, Janson PO, Wennergren M, Kjellmer I. Pregnancy complications and short-term follow-up of infants born after *in vitro* fertilization and embryo transfer (IVF/ET). *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991; 70: 565-573.

Willians LS. *Wanting children badly: An exploratory study of the parenthood motivation of couples seeking in vitro fertilization*. [Doctoral dissertation]. University of Toronto; 1988.

Willians LS. Adoption Actions and attitudes of Couples seeking *in vitro* fertilization. An exploratory study. *J Fam Issues*, 1992; 13: 99-113.

Correspondencia

Victoria del Barrio
Facultad de Psicología-UNED
Ciudad Universitaria sn
28040 MADRID
Tf. 913986253
Vbarrio@psi.uned.es