



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

González Campillo, Guillermo A.; Sánchez Pichardo, Marco Antonio; Sánchez Bravo, Claudia; Gómez López, María Eugenia; Morales Carmona, Francisco A.

Eficiencia de la Derivación al Servicio de Psicología, dentro de un Programa Hospitalario de Pérdida Gestacional Recurrente.

Terapia Psicológica, vol. 25, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 199-204

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525211>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Eficiencia de la Derivación al Servicio de Psicología, dentro de un Programa Hospitalario de Pérdida Gestacional Recurrente.

Efficiency of the Referral to the Psychological Services Department within a Hospital Program for Recurrent Gestational Losses

Guillermo A. González Campillo
Marco Antonio Sánchez Pichardo*
Claudia Sánchez Bravo*
María Eugenia Gómez López*
Francisco A. Morales Carmona**

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes, México.

(Rec: 31 de agosto 2007 - Acept: 31 de octubre 2007)

Resumen

El objetivo del estudio fue valorar a pacientes con pérdidas perinatales remitidas y no al Departamento de Psicología, para determinar si es eficiente el proceso de derivación a la psicoterapia de grupo. Se hizo un estudio con 140 pacientes; 95 pasaron a psicoterapia y 45 no. La validez estadística se determinó con la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Se aplicó el CGS de Goldberg, el IDARE de Spielberger y la EAMD de Zung. De las pacientes caso valoradas con el Idare Rasgo-Estado, 70% son derivadas a grupo terapéutico; con el CGS 80% y con la EAMD, 62%. Un poco más de la mitad de aquellas detectadas como no caso a través del EAMD, y el IDARE, entran a psicoterapia; con el CGS, casi 90%. Los resultados muestran una alta eficiencia en la captura de pacientes con problemática emocional significativa, siendo un poco menor en la depresión.

Palabras clave: Pérdidas perinatales, psicoterapia, derivación.

Abstract

The objective of the study was to evaluate patients with perinatal losses referred and not referred to the Psychology Department to determine the efficiency of the referral process to group psychotherapy. The study was carried out with 140 patients; 95 were referred to psychotherapy, while 45 were not. Statistical validity was determined using Wilcoxon's Matched Pairs Test. The instruments assessed were Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ), Spielberger's State Trait Anxiety Inventory (STAI), and Zung's Self-Rating Depression Scale (SRDS). The analysis showed that from the case patients, 70% of those evaluated with the STAI were referred to group therapy, as were 80% of those evaluated with the GHQ, and 62% of those evaluated with the SRDS. Slightly more than half of those detected as non-case patients with the SRDS and the STAI entered psychotherapy; as did 90% of those evaluated with the GHQ. The Results show a high efficiency in the referral of patients with significant emotional problems, although with slightly inferior results in the case of depression.

Key words: Perinatal losses, psychotherapy, referral.

* Psicólogo investigador adscrito al Depto de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. (INPerIER). Dirección: Montes Urales 800. Col. Lomas de Virreyes. C.P. 11000. México D.F. Tel: 55-20-99-00. Ext. 147.

* Jefe del Depto de Psicología. (INPerIER)

Correspondencia a: Guillermo A. González Campillo, Montes Urales 800. Col. Lomas de Virreyes. C.P. 11000. México D.F. Tel: 55-20-99-00. Ext. 147. E-mail: gagoncamp@yahoo.com

Introducción

El Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (Méjico, DF), es una institución de cuarto nivel de atención, dedicada principalmente a la investigación sobre todo lo relacionado al fenómeno reproductivo. Para tal efecto está organizado en clínicas de especialidad, siendo algunas de ellas la de climaterio, embarazo de alto riesgo, esterilidad, pérdida recurrente del embarazo, etc.; las madres que han tenido pérdidas perinatales y están siendo atendidas en el Instituto, pueden presentar abrumadora vergüenza por no haber podido dar a luz a un niño sano, o culpa por no haber cuidado bien al que se murió, o ambas, como lo señala la literatura sobre el tema (Palacios & Jadresik, 2000).

A nivel asistencial, el Departamento de Psicología se ha ubicado en cada uno de los programas médicos y se ha abocado a atender las reacciones emocionales y problemática psicológica de las pacientes del Instituto a fin de coadyuvar a su atención integral y favorecer la adherencia a sus tratamientos. Ante tal situación ofrece psicoterapia de grupo a mujeres con las características antes descritas y esto da oportunidad, en el caso de las pérdidas perinatales, de analizar y atender sus reacciones emocionales y procesos de elaboración de duelo.

Aunque la finalidad de todo servicio psicológico es que logre prestarse a la mayoría de la población necesitada, esto no siempre se logra ni se conoce; los recursos humanos y físicos no siempre son los óptimos en las instituciones; en cambio, la demanda sí puede llegar a saturar el servicio por períodos cortos o largos y esto implica la necesidad de establecer prioridades, además de saber si se está atendiendo a la población más necesitada. Cálculos estimativos en un año de actividades, han mostrado que de las pacientes derivadas al programa de pérdidas perinatales del servicio de psicología, alrededor del 31% no llegan, y de las que llegan, 24% no ingresa a grupo por varias razones desconocidas; tampoco se conoce su estado emocional de manera objetiva, que justifique una investigación más específica del fenómeno, para poder cumplir con la finalidad del servicio mencionada más arriba.

En el trabajo interdisciplinario institucional, la importancia de hacer una adecuada derivación es señalada en muchos de los cursos de formación académica y también en la literatura clínica sobre el tema (Beltrán-Baquerizo, 2003), para que el paciente llegue al servicio al cual fue remitido y se adhiera (González & Fernández, 1995). Esta inquietud fue la que nos llevó a diseñar la presente investigación, para determinar si había diferencias psicológicas significativas entre las pacientes que eran remitidas a psicoterapia y las que no.

El presente proyecto, evaluó las características emocionales de las pacientes que estuvieron en el grupo psicoterapéutico (grupo A) y las que no recibieron dicha atención (grupo B), dentro del programa institucional de Pérdidas

Perinatales. Se usaron los siguientes instrumentos psicométricos: Idare (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado), (Morales & González, 1990), EAMD (Escala de Auto-medición de la Depresión), (González & Morales, 1993). CGS (Cuestionario General de Salud), (Goldberg, 1972, y Medina Mora ME., et al., 1985), además de la hoja de consentimiento informado. Por los resultados obtenidos a través de esta investigación, es posible afirmar que es pertinente el proceso de derivación de pacientes por parte del personal de salud al programa, aunque con posibilidad de mejora, puesto que se está atendiendo en mayor proporción a las pacientes que lo ameritan. Hay un porcentaje alto de sobrevaloración de la reacción emocional sobre la problemática psicológica, reflejado en los puntajes de la población no caso que ingresa a psicoterapia, el cual puede ser esperado y atribuido al personal de salud, quien hace las derivaciones bajo criterios subjetivos basados en las reacciones emocionales de las pacientes y que no entran dentro de su especialidad, y también al criterio del psicólogo entrevistador que puede ofrecer el servicio como apoyo ocasional.

Método

Población

La muestra estuvo conformada por pacientes del Instituto Nacional de Perinatología que hubieran tenido una o más pérdidas perinatales y que hubieran pasado o no por el servicio de psicología. La muestra se seleccionó por conveniencia de las pacientes que iban llegando al departamento de psicología durante un año y las pacientes que no pasaron a grupo se seleccionaron de la consulta externa.

N= 140	95 Pasaron por el servicio
	45 No pasaron

Diseño

Se realizó un estudio de población, exploratorio, transversal, retrospectivo, no experimental, descriptivo, cerrado.

Instrumentos

Cuestionario General de Salud (CGS)

El Cuestionario General de Salud (CGS) de Goldberg (1972), es un instrumento autoaplicable, diseñado para la detección de pacientes que presenten alteración mental y ameriten tratamiento especializado. En un estudio posterior,

se desarrolló una forma breve (Medina Mora, et al., 1985) con escalas de CGS. De este análisis pudieron derivarse dos versiones del cuestionario: una con seis escalas de cinco reactivos cada una, otra con cuatro escalas de siete reactivos, ambas con niveles de sensibilidad y especificidad similares a la versión de 60 reactivos.

En México, se han realizado varios estudios con el propósito de probar su sensibilidad y especificidad en distintas poblaciones, estableciéndose como punto de corte para determinar caso-no caso en población ginecobstétrica, la puntuación 7-8 (Morales, Luque-Coqui & Barroso 2002; Gómez, Morales, Arieta & Gutiérrez, 1990). Para esta investigación se utilizó la versión de 30 reactivos, por la rapidez de aplicación en un primer nivel de detección, realizándose un ajuste al punto de corte dada las características especiales de las mujeres que han pasado por una o varias pérdidas perinatales, quedando en 15 puntos o menos para la población no caso. Este ajuste se realizó sobre una muestra de 604 pacientes de la clínica de pérdidas perinatales, recolectada durante 16 meses.

Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) de William Zung

Esta escala fue elaborada y usada por William Zung en 1965. Este investigador trató de hacer una escala de evaluación de la depresión para pacientes cuyo diagnóstico fuese trastorno depresivo rápidamente identificado, que incluyera los síntomas de la enfermedad, que fuera simple y corto, cuantitativo, cualitativo y autoaplicable. Esta prueba mide cuantitativamente la intensidad de la depresión sin tener en cuenta el diagnóstico. Comprende 10 reactivos positivos y 10 reactivos negativos; en cada uno existen cuatro posibilidades de respuesta y éstos se contestan inmediatamente ante la lectura de la pregunta. Ahora bien, aun cuando se han desarrollado varias escalas para saber la respuesta clínica en estudios terapéuticos de depresión, son en realidad muy pocas las que se emplean; la EAMD es la más usada debido a que ha demostrado sensibilidad para diferenciar pacientes deprimidos antes y después del tratamiento, en comparación con un grupo control no deprimido. Esta escala fue normalizada para la población obstétrica del INPerIER por González y Morales en 1993.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. (IDARE)

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) es un instrumento que intenta cuantificar los fenómenos de ansiedad. La construcción de la escala se inició en 1964 en Estados Unidos de Norteamérica por Spielberger y Goursuch (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1968), para utilizarse principalmente en investigación con la meta de desarrollar una prueba que tuviera medidas objetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad-estado (A- Estado), como de la ansiedad

rasgo (A- Rasgo). En este país se han realizado diversas investigaciones que han demostrado la utilidad y versatilidad del instrumento en la medición de la ansiedad (Aguilar & Morales, 1995; Mancilla, Durán, Ocampo & López, 1992; Morales & Aldana, 1997). También se ha verificado que su contenido, confiabilidad y validez de constructo se compara favorablemente con otras pruebas que miden ansiedad y que han sido publicadas (Ysseldyke, 1967).

El instrumento consta de dos cuestionarios de 20 reactivos cada uno, destinados a medir ansiedad-rasgo y ansiedad-estado respectivamente, en cuya redacción se utiliza la sintomatología más característica de la ansiedad y se responde de acuerdo a una escala cualitativa progresiva de cuatro opciones. La calificación se hace por medio de una plantilla que presenta los valores correspondientes a la respuesta de cada reactivos.

Este instrumento define la ansiedad de la siguiente manera:

Ansiedad-Estado. Una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetiva, conscientemente percibidos, y por un aumento de actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Ansiedad -Rasgo. Son las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas con la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado (Díaz-Guerrero & Spielberg, 1975). Este instrumento fue normalizado en la población obstétrica por Morales y González, en 1990.

Procedimiento

La hipótesis de trabajo fue que existen diferencias estadísticamente significativas en la respuesta emocional medida a través de los instrumentos propuestos, de las pacientes que son remitidas y las que no al programa de pérdidas perinatales. Las variables estudiadas fueron:

Independiente: el estado emocional de las pacientes que son enviadas y no al programa de pérdidas perinatales y la dependiente, la respuesta ante los instrumentos propuestos para medir el estado emocional.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron:

- Mujeres que presentaran una o más pérdidas gestacionales (óbitos, aborto espontáneo, muerte neonatal)
- Que no hubieran tenido tratamiento psicológico dentro o fuera del INPer por infertilidad.
- Con escolaridad mínima de primaria.
- Que no presentaran ninguna patología psicológica seve-

ra, psicosis o estados emocionales reactivos agudos.

- De nacionalidad mexicana.

Las pacientes que conformaron el grupo A (remitidas a grupo de psicoterapia) fueron reclutadas en el departamento de psicología; y aquellas que conformaron el grupo B (no remitidas a psicoterapia), fueron reclutadas en la consulta externa. Después de invitarlas a participar, se les dio a leer y firmar la carta de consentimiento informado.

Para el análisis estadístico se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para rangos señalados y pares igualados.

Datos sociodemográficos

El rango de edad de las pacientes fluctuaba entre los 25 y 36 años, el cual se sitúa en el óptimo periodo biológico reproductivo y en donde se aglutan también el mayor número de gestas.

El nivel de escolaridad de las pacientes era principalmente de preparatoria (35%) y con un buen porcentaje acumulado de profesionales; alrededor de la tercera parte (28%). Un poco más de 70% de la población se dedicaba al hogar y la cuarta parte trabajaba.

La mayoría de la población está casada por lo civil (75%) y una quinta parte está en unión libre. Las pacientes que se reportan como separadas están en estructuración de una nueva relación o forman parte del estado civil de unión libre.

Casi la cuarta parte de la población (24%) tiene al menos un hijo vivo. Las demás son infériles primarias. De 90% de las pacientes que han tenido pérdidas, la mitad han tenido 1 ó 2 y la otra mitad 3 ó 4, llegando hasta 9 ó 10 perdidas (7% del total de la muestra).

Resultados

Con el CGS que es un instrumento tamiz para determinar grado de malestar psicológico en general, la mayoría de la población caso (83%) ingresa a grupo terapéutico.

Con la prueba de EAMD para medir depresión, 62% de la población caso entra a grupo terapéutico.

Con el Idare-Estado, 76% de la población caso entra a grupo terapéutico y con el Idare Rasgo, 70%.

Con la prueba del CGS, se encontró que de las pacientes remitidas a psicoterapia de grupo la gran mayoría no puntúan como caso, sin embargo sí llegan mayor número de pacientes caso a psicoterapia que las que quedan fuera. Una posible explicación se dará más adelante.

Tabla 1

C.G.S. Estratificado		Total
Caso	No caso	
Terapia Sí	10 (11%) o.....85 (89%)►	95
Terapia No	2 (4%) o.....43 (96%)►	45
Total	12 (9%) o.....128 (91%)►	140

sig. 000

En la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) con una significancia limítrofe, un poco más de la mitad de las pacientes que son remitidas a grupo son caso y de toda la población que puntúa como caso, 52% es remitido a psicoterapia.

Tabla 2

E.A.M.D. Estratificado		Total
Caso	No caso	
Terapia Sí	49 (52%)	46 (48%)
Terapia No	30 (67%) o.....15 (33%)►	45
Total	79 (56%) o.....61 (44%)►	140

Sig.066

En el Idare-Estado que mide problemática emocional ocasional caracterizada por sensación de desasosiego y manifestada en reacciones somáticas (sudoración, palpaciones, etc.), 76% de las pacientes caso de la muestra son remitidas a psicoterapia.

Tabla 3

ANSIEDAD ESTADO Estratificado		Total
Caso	No caso	
Terapia Sí	47 (49%) o.....48 (51%)►	95
Terapia No	15 (33%) o.....30 (67%)►	45
Total	62 (44%) o.....78 (56%)►	140

Sig.000

La ansiedad-rasgo mide esta sintomatología como un dato permanente de la personalidad; al grupo de psicoterapia son remitidas 70% de las pacientes con estas características que puntuaron como caso de acuerdo al punto de corte del instrumento.

Tabla 4

ANSIEDAD RASGO			Estratificado
	Caso	No caso	Total
Terapia Sí	50 (53%)	45 (47%)	95
Terapia No	21 (47%)	24 (53%)	45
Total	71 (51%)	69 (49%)	140
			Sig.003

Discusión

Considerando las características psicosociales de la muestra, en relación a las pacientes que trabajan, dedicadas al hogar y al alto nivel académico, estos datos contrastan y desde la experiencia clínica se observa que incrementan los niveles de ansiedad, porque las pacientes aplazan proyectos de realización personal por el proyecto reproductivo o éste interfiere en las que llevan una vida laboral activa.

Aunque el balanceo para estas características no es el adecuado para una fundamentación estadística ni se tuvo como propósito de la investigación, sí presenta tendencias que pueden sugerir investigaciones posteriores, como es la presentación de más sintomatología según los instrumentos utilizados, en las pacientes dedicadas al hogar contra las que trabajan. Así mismo, en las mujeres con hijos vivos, estos no parecen representar un factor compensatorio de peso en el problema, como pudiera suponerse. De aquí el problema más que reproductivo, parecería ser un problema de imagen corporal.

Desde el punto de vista del propósito principal de la presente investigación, nos damos cuenta que en el caso de los instrumentos utilizados, son más específicos el Idare y el Zung para registrar los estados emocionales de esta circunstancia reproductiva, que el CGS. Aunque la mayoría de las pacientes caso, excepto en la Escala de Automedición de la Depresión (Zung), llegan a la atención psicológica, sin embargo, ameritaría por las proporciones dadas, poder saber qué obstáculos se presentan a las demás para tener acceso al servicio. En el caso de la depresión (Zung), un factor que podría estar influyendo es el aislamiento característico de este estado emocional como parte del proceso de resolución del mismo.

De acuerdo con lo observado, se puede decir que:

- 1.- Está quedando fuera de los servicios de psicoterapia más de la mitad de la población deprimida. (tabla 2)
- 2.- Según la psicodinámica de la depresión, asentada en la literatura psicológica (Bowlby, 1990; Fernández Mc Gregor, 1988, en Atkin, Arcellus, Fernández & Tolbert), dentro de las primeras etapas por las que atraviesa una persona en duelo, está la negación y la ira, lo cual hace

proclive a la persona al aislamiento, siendo ésta una de las manifestaciones principales de la depresión. Hay que recalcar que todas estas pacientes fueron remitidas al Departamento de Psicología pero no todas ingresaron al grupo de psicoterapia, por lo que lo inmediatamente mencionado puede ser una razón para que se estén quedando fuera de la atención psicológica. Según los resultados con la EAMD, este instrumento es más específico y muestra una derivación más eficiente respecto a este estado emocional.

- 3.- La reacción de ansiedad en nuestra población corresponde, principalmente dentro de la consulta institucional, al inicio de la etapa de estudios pregestacionales y el enfrentamiento a la decisión de un nuevo embarazo. En este sentido, se está cumpliendo con una de nuestras funciones de atención como es el apoyo y fortalecimiento yoico y dentro de una estrategia preventiva de la depresión, dados los riesgos de una pérdida en el siguiente embarazo.

Por los resultados obtenidos a través de la presente investigación, podemos darnos cuenta de la utilidad de tener los datos de funcionamiento de un servicio para medir su eficiencia en aras del beneficio de las pacientes, posibilitando la elaboración de estrategias de mejoramiento y acciones remediales apoyados en cifras objetivas. Es posible afirmar que el proceso de derivación de pacientes por parte del personal de salud al programa de pérdidas perinatales, es pertinente con posibilidad de mejora, puesto que se están atendiendo en mayor proporción a las pacientes que lo ameritan.

Hay un porcentaje alto de sobrevaloración sintomática reflejado en los puntajes de la población no caso, el cual puede ser esperado y atribuido al personal de salud, quien hace las derivaciones bajo criterios que no entran dentro de su especialidad, como es la psicología. Esta diferencia es mayor en el CGS respecto a los demás instrumentos, y podría atribuirse a su falta de especificidad, señalada más arriba. En este sentido ya se ha instaurado dentro del Departamento de Psicología el Cuestionario General de Salud como instrumento tamiz. Valdría la pena valorar para el programa de pérdidas perinatales la Encuesta de Autoevaluación de la Depresión, junto con una encuesta personal de datos generales en relación con el impacto subjetivo de las pérdidas, a fin de que el ingreso a la psicoterapia sea más acorde a las necesidades reales, sobre todo en los momentos en que el servicio esté saturado. También se ha incluido en el programa, una plática de información general sobre tópicos del padecimiento, aspectos psicológicos y de funcionamiento institucional, para abatir fantasías no sustentadas, que pudieran estar influyendo en los niveles de ansiedad reactiva.

Referencias

- Aguilar, V.D. & Morales Carmona, F. (1995). Ansiedad y autoconcepto en pacientes embarazadas diabéticas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 9 (2), pp. 99-105.
- Beltrán-Baquerizo, G. (2003). Maestría en Terapia Familiar. Artículo: La terapia familiar sistemática en el marco del trabajo interdisciplinario hospitalario. Disponible en: http://www.ucsg.edu.ec/catolica/secundarias_ucsg/html/publicaciones/desafios/htm/maestrias/terapia/articulo.htm
- Bowlby, J. (1990). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Díaz-Guerrero, R. & Spielberger, C.D. (1975). *Idare: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. (Manual e Instructivo)*. México D.F: El Manual Moderno.
- Fernández, A. (1988). Reacción emocional ante la pérdida Perinatal. En: Atkin, L.C., Arcellus M., Fernández-MacGregor, A. & Tolbert, K. (Eds). *La Psicología en el Ámbito Perinatal*. México. D.F. Instituto Nacional de Perinatología, p. 247.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire Maudsley Monograph*. Londres: Oxford University Press.
- Gómez, E.M., Morales, F., Arieta, P.A. & Gutiérrez, E. (1990). Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 58, 112-6.
- González, G. & Morales, F. (1993). Normalización de un Instrumento para Medir la Depresión (EAMD) en Mujeres Embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 7 (3), 110-113.
- González, M.A., Fernández, A. (1995). Enseñanza de la psicoterapia psicoanalítica a los residentes de psiquiatría. *Psiquiatría*, 7 (2), 53-61.
- Mancilla, J.M., Durán, A., Ocampo, M.T. & López, V.E. (1992). Rasgos de personalidad comunes en obesos. *Salud Pública de México*, 34(5), 533-539.
- Medina Mora, M.E., Padilha, G.P., Mas, C.C., Caraveo, A.J., Campillo, S.C. & Corona, J. (1985). Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 31, 53-61.
- Morales, F. & Aldana, E. (1997). Ansiedad durante el climaterio. *Perinatología y Reproducción Humana*, 11(2), 103-110.
- Morales, F. & González, G. (1990). Normalización del Instrumento de Ansiedad (IDARE) en Mujeres Embarazadas. *Revista Mexicana de Psicología*, 7 (1 y 2), 75-80.
- Morales, F., Luque-Coqui, M. & Barroso, J. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos gineco-obstétricos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 16, 157-62.
- Palacios, E. & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: Una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena de Neurología y Psiquiatría*, 38 (2), 94-103. SIN 0717-9227.
- Spielberger, C.D., Gorusch, R.L. & Lushene, R.R. (1968). *State Trait Anxiety Inventory. Preliminary test manual form X*. Florida State Univ: Tallahassee.
- Ysseldyke, D.N. (1967). *Personality Research Form Manual*. E.U.A.: Goshen. New York Research Psychologist Press.