

**Trabajo de Fin de Grado
Curso 2016/17**



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**MADRES SOLAS POR
ELECCIÓN.
APOYO EMOCIONAL DE
ENFERMERÍA.**

Autor/a: Montserrat Vara Ferrero

Tutor/a: Violeta Rueda Mena



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

“Al igual que la diversidad de especies es un indicador de la salud de un ecosistema, la diversidad familiar debería ser contemplada como evidencia de la salud de una sociedad, en tanto que muestra el grado en que sus miembros pueden ejercer la libertad de elegir y desarrollar el modo de vida en familia que les hace más felices”.

(Scanzoni, 2004; 18)



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

ABREVIATURAS

MSPE: Madres solas por elección

TRHA: Técnicas de Reproducción Humana Asistida

IA: Inseminación Artificial

IAD: Inseminación Artificial con semen de donante

FIV/ICSI: Fecundación In Vitro/Inyección Intracitoplásmica

SEF: Sociedad Española de Fertilidad

HCUV: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

RN: Recién nacidos

UCIP: Unidad de cuidados intensivos pediátrica



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

RESUMEN:

Durante algún tiempo, la adopción fue el único recurso ético y legal que tenía una mujer sola para formar su propia familia.

Madres solas por elección hace referencia a una familia monoparental encabezada por la madre y su/s hijo/s. Estas mujeres se han apoyado en dos grandes pilares, a) la Ley 14/2006 que indica que toda mujer mayor de 18 años puede ser usuaria de las técnicas de reproducción, independientemente de su estado civil y b) el gran avance que las técnicas de reproducción humana asistida han experimentado en los últimos años. Esto ha sido aprovechado por las mujeres, que sin tener pareja, pueden optar a ser madres biológicas.

Objetivo: Identificar las intervenciones enfermeras ante las distintas situaciones de necesidad de apoyo emocional en las Unidades de Reproducción Asistida con MSPE.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos en las bases de datos de ciencias de la salud más usuales.

Conclusiones: La consulta de enfermería debe ser uno de los pilares básicos de las unidades de reproducción asistida para desarrollar intervenciones de apoyo emocional ante el estrés experimentado por las mujeres solas que se enfrentan a un duro e ilusionante proceso de maternidad. Se considera necesario aportar formación al personal de enfermería para identificar estas situaciones de riesgo apoyándose en escalas validadas y así proporcionar unos cuidados basados en la excelencia.

Se propone continuar investigando en este sentido a lo largo de todo el proceso: toma de decisión, fecundación, embarazo o duelo, parto y crianza, ya que las líneas de investigación nacionales son escasas.

Palabras clave

Madres solas por elección, monoparental, reproducción asistida, apoyo emocional.



Índice:

1.	Introducción.....	1
2.	Justificación.....	4
3.	Objetivos.....	6
4.	Metodología.....	7
5.	Desarrollo.....	9
5.1	Métodos de reproducción asistida en MSPE.....	9
5.1.1	Inseminación Artificial.....	9
5.1.2	Fecundación In Vitro o Micro-inyección Espermática.....	11
5.2	NANDA-NIC-NOC en reproducción asistida de MSPE.....	13
5.3	Carga psicológica y sus implicaciones en las TRHA.....	16
6.	Discusión.....	17
7.	Conclusiones.....	19
8.	Implicaciones para la práctica.....	20
9.	Bibliografía.....	21
10.	Anexos.....	24
	Anexo 1.....	24
	Anexo 2.....	25
	Anexo 3.....	26



1. Introducción

A lo largo de muchos años ser “madre soltera” nos ha traído imágenes de embarazos no planeados en adolescentes o jóvenes que condicionaban su vida en torno a esta nueva situación no deseada pero aceptada. Actualmente el matrimonio ya no es condición para acceder a la maternidad (1).

Monoparental (o monoparentalidad) es un término que entró a formar parte del vocabulario de las ciencias sociales a partir de la publicación, en 1969, de una obra del canadiense Benjamin Schlesinger titulada *The One Parent Family*. La monoparentalidad entendida como familias que cuentan con una sola figura parental, seguramente ha existido siempre, pero su legitimidad social es tan reciente como el término que se usa para designarlas (2).

En el ámbito social y familiar actual, existe creciente igualdad entre sexos además de una separación entre proyecto de pareja y proyecto familiar y así surgen las conformaciones familiares monoparentales encabezadas por mujeres. El lenguaje usado para tratar estos temas no solo representa una realidad, sino que contribuye a crear las normas que los regulan. Así la connotación despectiva que ha suscitado a lo largo del tiempo el término “madre soltera”, ha dado paso a un fenómeno social emergente en las dos últimas décadas que es la “madre sola por elección” como término para designar a un modelo familiar que se está consolidando al alza (3).

Para diferenciarlas claramente de quienes no buscaron ser madres a solas, se las denomina en la comunidad científica con el término “madres solas por elección” (“single mother by choice”) o “solo mother” (4).

El aumento del número de mujeres que eligen ser madres solas es difícil de cuantificar ya que las estadísticas oficiales no distinguen la soltería elegida de la sobrevenida, ni si lo son de forma planeada mediante TRHA o adopción.

Con esta dificultad estadística, encontramos que del total de los hogares monoparentales, los formados por la madre con hijos en España en 2015 fueron 1.541.700, número que aumentó un 6.3% respecto a 2014. En un 38,5% de los hogares



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

de madres con hijos ésta era viuda, en un 36,4% separada o divorciada, en un 13,1% soltera y en el 12,1% casada (5).

El grupo formado por MSPE lejos de ser un grupo homogéneo, forma un conjunto plural de mujeres con ideas diferentes sobre la maternidad y la herencia genética. Por eso, muchas de ellas tienen como primera opción para llegar a la maternidad la adopción internacional y otro grupo importante opta por la fecundación asistida (6).

El artículo 416 del texto refundido del Código Penal de 1973, castigaba con arresto mayor y multa de 5.000 a 100.000 pesetas, la indicación, la venta y la propaganda de cualquier método anticonceptivo. La modificación de este artículo en 1978, hace posible que el control de la concepción y la maternidad comiencen a ser una elección (7).

La modificación del artículo 178 del Código Civil en 1981, permite la adopción a personas separadas legalmente, divorciadas y solteras (8).

En la misma línea la Constitución española de 1978 en el artículo 39, favorece la maternidad por elección igualando ante la ley a los hijos, independientemente del estado civil de la madre (9).

La Ley 35/1988, materializó el uso en España de las técnicas de reproducción asistida, que habían aparecido en la década de los 70. Esta será modificada posteriormente dos veces. La última modificación se realizó mediante la Ley 14/2006 en la que se reconoce como usuarias de las técnicas a “toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa. La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual” (10).

Estos cambios en la legislación han servido para reforzar la igualdad de género y sustentar con base legal la configuración de nuevos proyectos familiares monoparentales, que ya no se perciben como situaciones transitorias de la vida de la mujer, sino como un proyecto de vida en el que mujeres solas han decidido ser madres mediante técnicas de reproducción asistida, lejos del mandato de género, pues no lo necesitan para definirse como mujeres, sino desde el propio deseo de ser madres (11).



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

En resumen, la maternidad en solitario empieza a ser relevante en nuestro entorno, ya que al menos una de cada diez adopciones internacionales y tres de cada cien embarazos asistidos en España, están encabezados por una madre sola. Pero no se trata de un fenómeno social exclusivo de nuestro país, sino que es una tendencia mucho más global (12).



2. Justificación

Motivación personal:

Tras varios años trabajando en los Servicios de RN y UCIP del HCUV, me ha sorprendido el número de usuarias que acceden a la maternidad en solitario por medio de TRHA desde que la sanidad pública las incluye en estos tratamientos.

La sanidad pública les proporciona los tratamientos de fertilidad, pero no el apoyo psicológico que sí ofrecen las clínicas privadas tal y como anuncian en sus webs (13). Ante esa necesidad de apoyo emocional que indudablemente existe y la carencia del profesional de psicología en los centros sanitarios públicos, se hace indispensable la figura de la enfermera asumiendo las intervenciones que sean necesarias para conseguir el objetivo de salud propuesto, para ello se hace necesario proporcionar un cuidado centrado en el paciente que se base en el apoyo emocional y que los profesionales del equipo de enfermería de reproducción asistida están capacitados para proporcionar ante los acontecimientos estresantes a los que tiene que enfrentarse una MSPE.

Justificación:

La existencia de un hijo en la vida de muchas mujeres, es la clave fundamental hacia una existencia satisfactoria. Sin embargo, este no es un hecho que ocurra siempre fácilmente, hay acontecimientos inesperados que exigen replantear esa maternidad. La carencia de pareja es un claro ejemplo de ello.

Las madres solas por elección han tenido una importante repercusión en los medios de comunicación en los últimos años, debido a la relevancia de los personajes que han elegido construir este nuevo modelo de familia, pero apenas han sido objeto de estudios científicos en nuestro país, confirmado por la escasa documentación que hay publicada. Ningún Trabajo Fin de Grado de la Universidad de Valladolid, hasta ahora, estaba referido a las madres solas por elección, y ninguna Tesis Doctoral aparece publicada en Teseo que aborde las posibles intervenciones de enfermería en este colectivo de usuarias cada vez más numeroso.



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

Una consecuencia de la diversidad jurídica en Europa es que las restricciones legales a los tratamientos pueden ser evadidas al ir a otro país. Pero en general las MSPE sienten que son discriminadas y tienen que desarrollar diferentes estrategias para hacer frente a las dificultades que se encuentran durante la atención reproductiva (14).

Actualmente estamos viendo como las MSPE están siendo incluidas en los tratamientos de reproducción asistida en la sanidad pública española, lo que está provocando un acceso de igualdad a las usuarias, independientemente de los recursos económicos que posean.

Este incremento de usuarias sin pareja en TRHA evidencia la necesidad de realizar una investigación de las necesidades emocionales a abordar por enfermería a lo largo del proceso.

El apoyo emocional NIC [5270], es la intervención de enfermería que ante síntomas de ansiedad, estrés o depresión, como diagnósticos enfermeros de taxonomía NANDA, se encuentra en los distintos escalones de este proceso: toma de decisión, fecundación, embarazo o duelo, parto y crianza.

Como instrumentos de evaluación que cuantifiquen la intensidad de la sintomatología, pueden ser recomendables por facilidad de uso e interpretación:

- Escalas adaptadas y validadas tipo Likert en las que la mínima puntuación es muy en desacuerdo y la máxima muy de acuerdo (Ver Anexo 1 y Anexo 2).
- Escala de depresión y ansiedad de Goldberg adaptada al castellano por A. Lobo (Ver Anexo 3).

La adaptación de escalas validadas para MSPE podría ser un tema a desarrollar en posteriores investigaciones.



3. Objetivos

Objetivo general.

1. Realizar una revisión bibliográfica sobre la necesidad de intervención de enfermería “apoyo emocional” como cuidado en MSPE mediante TRHA y con ello justificar la necesidad de la consulta de enfermería en las unidades de reproducción asistida.

Objetivos específicos.

1. Definir el concepto de madre sola por elección y describir el alcance social de este nuevo tipo de familias.
2. Analizar los aspectos ético – legales que regulan las TRHA en MSPE.
3. Obtener información del proceso a seguir antes de iniciar un TRHA.
4. Identificar las posibles alteraciones emocionales en MSPE que reciben un TRHA mediante la valoración con escalas validadas.
5. Describir la intervención de enfermería NIC (5270) “apoyo emocional”
6. Contribuir al debate sobre este modelo de familia ya instaurado en la sociedad, e impulsar su repercusión científica.



4. Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se efectúa una búsqueda sistemática y automatizada de artículos científicos en las principales bases de datos de Ciencias de la Salud como son: PubMed, Cochrane Library, Medline, Scielo y Google Académico, así como en entidades científicas u organismos relevantes como la Sociedad Española de Fertilidad o la Biblioteca online de la UVA. Para emplear un lenguaje estructurado en la revisión bibliográfica la búsqueda se realizó con las siguientes palabras clave: madres solas por elección, reproducción asistida, monoparental y apoyo emocional.

La búsqueda bibliográfica se limitó a ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones bibliográficas, tanto en lengua inglesa como lengua castellana, publicados desde el año 2007 hasta la actualidad. Además se incluyó la documentación relacionada con los tratamientos de fertilidad, aportada por la Unidad de Reproducción Asistida del HCUV.

Queda fuera del estudio la monoparentalidad sobrevenida, como viudas o separadas, además de la accidental o no planeada aunque haya sido aceptada a posteriori. El colectivo de MSPE que conforman el estudio son mujeres que planean la maternidad en solitario mediante TRHA, excluyendo la adopción.

También se excluyen los documentos que tratan el apoyo emocional por parte del profesional de psicología.

Con los recursos mencionados, se ha elaborado un documento relacionado con la actividad enfermera partiendo de la información más relevante de la bibliografía de los diferentes autores consultados.

El diseño bibliográfico escogido ha sido “Vancouver” y en su elaboración se ha recurrido al gestor bibliográfico de “Word”.

También se han utilizado los siguientes operadores booleanos para realizar las búsquedas en las bases de datos: AND y OR. Según la tabla siguiente.



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

Tabla 1: Combinación de palabras clave y operadores booleanos.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados encontrados	Resultados seleccionados
Pubmed	“Single mother by choice” AND “Assisted reproduction”	3	0
MedlinePlus	“Madres solas por elección” AND “Reproducción asistida”	0	0
Cochrane Library	“Madres solas por elección” AND “Reproducción asistida”	0	0
SciELO	“Single mother by choice” AND “Assisted reproduction”	1	1
Google académico	“Madres solas por elección” AND “Reproducción asistida” OR “Apoyo emocional”	48	7
Google académico	"Single mother by choice" AND "Assisted reproduction" OR "Emotional support"	84	1
Biblioteca Uva	“Reproducción asistida” AND “Apoyo emocional” “Monoparental”	5	0
Teseo	“Madres solas por elección” AND “Reproducción asistida”	0	0
Total		141	9

Leyenda: Elaboración propia.

El total de resultados fue 141 artículos de los cuales han sido seleccionados 9, además de la documentación aportada por la Unidad de Reproducción Asistida del HCUV y la legislación referenciada.

Los 132 artículos restantes no cumplen con los criterios de inclusión o son descartados por el título y la lectura del resumen que no se encuentran valorables para los objetivos de la revisión bibliográfica planteada.



5. Desarrollo

Tras la lectura y revisión de los documentos seleccionados se estructura la información encontrada en 3 apartados.

5.1 Métodos de reproducción asistida en MSPE

Se consideran técnicas de reproducción humana asistida todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo (15).

Las técnicas de reproducción asistida proporcionan a las mujeres que deciden formar una familia monoparental, el acceso a la maternidad sin necesidad de figura masculina en su vida. Las TRHA les permiten acceder al material genético masculino con total seguridad debido a la selección de los donantes y a las pruebas a las que se somete el semen.

5.1.1 Inseminación Artificial

(16) (17) (18).

La inseminación artificial es una técnica de reproducción asistida que consiste en el depósito de espermatozoides de manera no natural, en este caso de donante y previamente capacitados fuera del organismo femenino imitando las transformaciones moleculares in vivo de capacidad de penetración y movimiento oscilante, en la cavidad uterina dentro de las horas próximas a la ovulación que habrá sido inducida mediante tratamientos hormonales.

Con esta técnica se pretende facilitar que los espermatozoides fecunden el óvulo por sí mismo, evitando el paso por vagina y cérvix.

Para que esta técnica sea la adecuada, el HCUV marca como premisas que debe existir permeabilidad tubárica de al menos una trompa y edad de la mujer inferior a 38 años (si fuera mayor se optaría por la fecundación in vitro).



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

Esta técnica consta principalmente de tres pasos:

1. Estimulación ovárica:

Se realizará la administración de diferentes fármacos para aumentar la producción de óvulos e inducir la ovulación. Comienza entre el 3º-5º día del ciclo y se inicia administrando FSH y LH. Cuando un folículo alcance un tamaño igual o superior a 18 mm se administra de forma subcutánea 250 microgramos de hormona gonodotropinacoriónica que desencadenará la ovulación.

2. Procesado seminal:

La muestra seminal procedente del banco de espermatozoides elegido por la usuaria dentro del territorio nacional (norma que marca el HCUV) se procesa el mismo día de la inseminación para elegir los espermatozoides de mejor calidad.

3. Canalización cervical:

Se introducen los espermatozoides seleccionados mediante una sonda fina y flexible en el útero.

La paciente debe permanecer en decúbito unos 15-20 minutos después de la inseminación.

Esta técnica la realiza el ginecólogo con ayuda de la enfermera en consulta con la mujer despierta no precisando ingreso hospitalario. La única indicación será evitar grandes esfuerzos físicos y seguir con las rutinas cotidianas.

El test de embarazo lo realizará en casa la paciente según indicación facultativa (15 días después).



5.1.2 Fecundación In Vitro o Micro-inyección Espermática

(19) (20) (18).

La fecundación in vitro es una técnica de reproducción asistida cada vez más utilizada. Esta técnica consiste en la unión del óvulo de una mujer y el espermatozoide de un hombre en el laboratorio.

Existen dos tipos de procedimiento, fecundación in vitro convencional en la que los gametos femeninos y masculinos se unen de forma espontánea en el laboratorio y la micro-inyección espermática en la que directamente se inyecta el espermatozoide en el óvulo.

Esta técnica consta de seis pasos básicos:

1. Frenación:

Bloqueo de los mecanismos fisiológicos de control del ciclo ovárico, para modificarlo en función de las necesidades del tratamiento. Se logra con fármacos administrados previamente a la estimulación.

2. Estimulación ovárica:

Se administran diferentes fármacos (normalmente hormona foliculoestimulante, FSH y hormona luteinizante, LH) a la mujer con el fin de incrementar la producción de óvulos, ya que en condiciones normales se produce un solo óvulo al mes.

En este periodo, se realizarán a la mujer ecografías transvaginales para examinar los ovarios y analíticas de sangre para verificar los niveles de hormonas.

3. Extracción de ovocitos:

Mediante cirugía menor ambulatoria se extraen los óvulos de la mujer. Se realizará una punción ovárica transvaginal en quirófano, bajo sedación para eliminar el dolor y mediante un sistema de aspiración se extraerán los folículos de ambos ovarios.

4. Inseminación y fecundación:

Los espermatozoides del donante se ponen en contacto con los óvulos de mejor calidad de la mujer receptora dentro de una cámara controlada. La fecundación tendrá lugar pasadas unas horas. Si la probabilidad de fecundación se prevee baja, se puede inyectar directamente el espermatozoide dentro del óvulo (Inyección Intracitoplásmica o ICSI).



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

5. Cultivo del embrión:

Cuando los óvulos ya fecundados comienzan a dividirse, los embriones serán vigilados en el laboratorio para asegurarse de que siguen un crecimiento apropiado. Los embriones resultantes serán clasificados según su calidad después de varios días de cultivo en el laboratorio.

6. Transferencia del embrión:

Pasados de 3 a 5 días, se introducen varios embriones (por ley, nunca se pueden introducir más de tres en cada ciclo reproductivo) (10) en el útero de la mujer preparado para lograr la máxima receptividad, a la espera de que al menos uno de ellos anide en las paredes del útero. Esta transferencia la realiza en una consulta el ginecólogo con la mujer despierta, no precisará ingreso hospitalario y se le recomendará reposo relativo. Los embriones no transferidos se pueden criopreservar (congelar en nitrógeno líquido a -196°) para otra posible transferencia si esta primera no tuviera éxito o para un segundo hijo, siempre que la mujer así lo indique en el consentimiento y que la receptora siga reuniendo los requisitos clínicamente adecuados para la práctica de la reproducción según criterio médico (10).

Si pasados 15 días el test de embarazo realizado por la paciente en casa es positivo, acudirá a realizar análisis clínicos de confirmación de niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana y continuar con las citas previstas según protocolo.

El seguimiento del embarazo será realizado por el ginecólogo y la matrona habituales de la paciente.

Esta técnica también puede ser realizada con ovocitos o preembriones de donante de un centro receptor autorizado, sin necesidad de extraer los óvulos a la receptora si esta presenta fallo ovárico, menopausia precoz o enfermedades genéticas con alto riesgo de transmisión y no susceptibles de prevención.

Por ley, toda donación de gametos y preembriones es anónima y voluntaria (10).



5.2 NANDA-NIC-NOC en reproducción asistida de MSPE.

La North America Nursing Diagnosis (NANDA), junto con Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC), proporcionan un lenguaje unificado para que la metodología enfermera sea común y estandarizada, dando respuesta a las necesidades del usuario en su conjunto holístico.

Los TRHA son procedimientos de gran tensión emocional en los que a menudo aparecen síntomas de ansiedad y depresión, si a esto añadimos que se afronta el proceso en solitario, hace imprescindible diseñar intervenciones de enfermería adecuadas para conseguir los objetivos que resuelvan el diagnóstico definido (21).

La buena práctica enfermera en el tipo de usuario que nos ocupa, requiere de una aptitud de sensibilidad hacia las necesidades de los demás y una buena comunicación con las pacientes. Igualmente la enfermera debe ser capaz de ofrecer apoyo emocional para que las pacientes se enfrenten de manera saludable al proceso (21).

Ante situaciones de angustia en las que sea necesario proporcionar seguridad, aceptación y ánimo, la enfermera puede intervenir proporcionando un cuidado centrado en el paciente que se fundamente en el apoyo emocional (22).

NIC [5270] “Apoyo emocional”

Se basa en proporcionar ayuda para el afrontamiento de situaciones de estrés, en situaciones de necesidad (22).

Actividades encaminadas a proporcionar apoyo emocional en mujeres solas que se someten a TRHA:

- Evaluar el estado anímico del paciente mediante escalas validadas.
- Indicarle la necesidad de buscar ayuda.
- Animarla a buscar información actualizada de los tratamientos.
- Comentar la experiencia emocional con la paciente.
- Explorar con la paciente qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

- Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte de la paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para la paciente.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Animar a marcar límites y descansos.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Animar a ser realista.
- No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando la paciente esté fatigada.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa

Principales diagnósticos de enfermería que pueden aparecer en el proceso de TRHA por mujeres solas que así lo han decidido:

- (00069) Afrontamiento ineficaz.
- (00146) Ansiedad.
- (00120) Baja autoestima situacional.
- (00251) Control emocional inestable.



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

- (00124) Desesperanza.
- (00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo.
- (00158) Disposición para mejorar el afrontamiento.
- (00183) Disposición para mejorar el autoconcepto.
- (00184) Disposición para mejorar la toma de decisiones.
- (00136) Duelo.
- (00148) Temor.
- (00118) Trastorno de la imagen corporal.
- (00152) Riesgo de impotencia.



5.3 Carga psicológica y sus implicaciones en las TRHA.

En la descripción de los principales riesgos en la aplicación de los procedimientos terapéuticos de IA y FIV/ICSI del HCUV se indica:

“Riesgos psicológicos, derivados de las características de los tratamientos, períodos de espera y desconocimiento de los resultados: pueden aparecer trastornos psicológicos como síntomas de ansiedad y síntomas depresivos [...]. En algunos casos, pueden surgir dificultades [...] y niveles elevados de ansiedad en el período de espera entre la aplicación de la técnica y la confirmación de la consecución o no del embarazo, así como ante los fallos repetidos de la técnica” (17) (20).

Por ello se hace imprescindible identificar los estresores que tienen mayor peso en las TRHA, para planificar las intervenciones de enfermería que ayuden al paciente a disminuir los síntomas de ansiedad y depresión que aparecen con mayor frecuencia. Por ello, los objetivos principales deben ser: la estabilidad emocional y las necesidades psicológicas, que van a repercutir en una mejor calidad de vida de las pacientes (21).

Estas mujeres, son conscientes que comienzan el tratamiento con ilusión y seguridad, aunque reconocen que han tenido que afrontar momentos duros y complicados, sobre todo cuando no se producían los efectos deseados (23).

El apoyo emocional proporcionado por el equipo de enfermería, siguiendo protocolos elaborados según las necesidades detectadas, proporcionarán soporte, acompañamiento y terapia en función de las necesidades del paciente. La intervención irá dirigida a ayudar a recuperar el control y a mejorar su percepción, aportando recursos de afrontamiento para reducir la ansiedad y/o depresión (21).



6. Discusión

Sentadas estas bases, se considera que la consulta de enfermería en las Unidades de Reproducción Asistida, debe servir para establecer los primeros pasos en la obtención de toda la información previa antes de acudir a la consulta médica del especialista. Así se obtendrá una información correcta y con un contacto más personal que en los canales de comunicación más usados (redes sociales, internet, revistas...) (21).

Con los resultados de la búsqueda bibliográfica, podemos afirmar que la documentación y la cantidad de estudios científicos sobre el tema son escasos. Este tipo de nuevas usuarias parecen no ser reconocidas como demandantes de intervenciones de enfermería y así, al realizar la búsqueda sobre apoyo emocional de enfermería en MSPE a través de TRHA, no encontramos documentación específica.

Hay autores fuera de nuestro país que hace 3 décadas fueron receptivos al surgir de estas familias monoparentales y que están referenciados en las revisiones sobre diversidad familiar consultadas, pero que no aparecen en esta revisión por sobrepasar los límites del periodo fijado de diez años y porque no hacen ninguna referencia a la necesidad de cuidados a proporcionar por enfermería en las consultas de reproducción asistida.

Al contactar con varias asociaciones de madres solas (Masola y Madres solteras por elección) para recopilar datos estadísticos y posibles necesidades detectadas por las usuarias, la contestación en ambos casos coincidió en que es necesario ser asociada para tener acceso a esa información. Por lo tanto sus aportaciones fueron inexistentes.

No se encuentran datos estadísticos fiables, que argumenten el incremento del número de mujeres solas que eligen de manera planificada ser madres mediante TRHA puesto que no diferencian la maternidad a solas elegida de la sobrevenida.

El proceso de maternidad es un periodo crítico en la vida de la mujer, aunque sea un hecho buscado y deseado que requiere grandes adaptaciones y afrontamiento de dudas continuas. Por ello es imprescindible no centrarse solo en el bienestar físico y biológico de la madre y del hijo, tomando una enorme importancia determinadas condiciones del entorno psicológico y social que pueden afectar a la madre y a la futura relación con su hijo.



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

Dada la elevada probabilidad de aparición de problemas emocionales durante las distintas etapas en el camino hacia la maternidad, parece conveniente fomentar, por parte de enfermería, las habilidades de afrontamiento positivas y disminuir las negativas con el objetivo de controlar las situaciones de estrés anímico.

Si queremos proporcionar una educación para la salud más allá de lo estrictamente físico, debemos abordar este proceso maternal como un proyecto multifactorial donde trabajar sobre los cambios físicos, psíquicos y sociales que le faciliten el proceso de adaptación.

Es necesario ofrecer herramientas y elementos de reflexión a los profesionales implicados, con la finalidad de que dejen las prácticas discriminatorias basadas en prejuicios y sesgos de género y que colaboren normalizando la diversidad familiar y la innegable atención a las necesidades específicas de estos nuevos modelos de familia (2).

El objetivo de este trabajo ha sido profundizar en la necesidad de apoyo emocional por parte de enfermería a un grupo concreto de usuarias, MSPE mediante TRHA que debido a la escasez de recursos científicos publicados, nos indica que es un camino a seguir para posteriores investigaciones.

La Sociedad Española de Fertilidad, en sus publicaciones basadas en una amplia experiencia, recomienda seguir un plan de trabajo rutinario de atención psicosocial en reproducción asistida. Además hace pública una encuesta, en la cual han accedido a responder 86 centros del listado de los Centros SEF que comunican sus resultados anuales. De los 86 centros que han contestado, 33 son públicos y 53 privados. Del total de los centros, 35 tienen Consulta de Enfermería, siendo 18 públicos y 17 privados. De los 51 que han manifestado no tenerla, 15 son públicos y 36 privados.

En resumen, entre los centros públicos la existencia de Consulta de Enfermería llega al 50 % y entre los privados es del 32 %. Estos datos indican que se empieza a tener conciencia de la necesidad de la Consulta de Enfermería en reproducción asistida (24).



7. Conclusiones

1. Las consultas de enfermería tienen una gran importancia en las unidades de reproducción, recibiendo, informando y proporcionando educación para la auto-administración de medicación a las pacientes.
2. La enfermera de reproducción asistida debe reconocer síntomas y estados emocionales relacionados con estos procesos que sean susceptibles de recibir un apoyo emocional adecuado. Para ello sería recomendable contar con escalas validadas de fácil y rápida interpretación como instrumentos válidos y fiables que aporten estandarización al proceso metodológico de enfermería, para así facilitar la investigación y evaluación de los cuidados.
3. La enfermera debe conocer las distintas TRHA para poder ofrecer una correcta y amplia información a las pacientes, que les permita reducir los niveles de ansiedad y miedo a lo desconocido dentro del tratamiento.
4. La evidencia científica es concluyente en la estrecha relación entre estrés e infertilidad, por ello la estabilidad emocional será uno de los principales objetivos del cuidado de enfermería en las consultas de reproducción asistida.
5. La actualización de conocimientos en reproducción asistida debe ser una constante en el compromiso individual enfermero, proporcionando unos cuidados basados en el respeto a la persona, acorde a los avances científicos y de la sociedad.
6. El presente trabajo puede contribuir, aunque sea de forma somera, aportando información dentro de España sobre el apoyo emocional por parte de enfermería en MSPE mediante TRHA, aportación importante para el conocimiento y la normalización de estas usuarias.
7. La enfermera es el referente que tiene continuidad a lo largo de todo el tratamiento de reproducción.



8. Implicaciones para la práctica.

Intervenciones de Enfermería en el apoyo emocional a MSPE sometidas a TRHA:

El personal de enfermería, debe jugar un importante papel a través de las siguientes actividades:

- ✓ Gestión de la historia clínica de la paciente.
- ✓ Coordinación de los distintos profesionales en la atención a la paciente.
- ✓ Proporcionar a la usuaria las herramientas que le permitan gestionar cada momento emocional del proceso (ilusión, esperanza, miedo, ansiedad)
- ✓ Realizar intervención de prevención y apoyo ante los efectos adversos.
- ✓ Monitorizar los niveles de ansiedad y depresión mediante escalas validadas, estableciendo estrategias de afrontamiento.
- ✓ Inculcar la conveniencia de tener una importante red social de apoyo.
- ✓ Ofrecer el apoyo emocional como parte del tratamiento integral de fertilidad.
- ✓ Ayudar en la elaboración del duelo no complicado ante el resultado negativo del test o embarazo que no evoluciona.
- ✓ Apoyo en los momentos de espera ante resultado positivo del test y hasta la confirmación de latido cardíaco.
- ✓ Identificar signos tempranos de fracaso para aportar estrategias de afrontamiento ante el abandono del tratamiento.
- ✓ Puesta en marcha de Programas de Salud multifactoriales en la mujer sola usuaria de TRHA
- ✓ Elaboración de protocolos específicos para MSPE.
- ✓ Mostrarse como figura de referencia ante dudas y solicitud de información.

En definitiva, es importante que el personal de enfermería transmita a la paciente que es un profesional competente que tiene un papel destacado dentro del equipo multidisciplinar de reproducción asistida, con criterio científico para ayudarla acompañándola durante todas las etapas del tratamiento.



9. Bibliografía

1. Castro T, Seiz M. La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Instituto de Economía, Geografía y Demografía; 2014.
2. Jociles M, Molina R. La monoparentalidad por elección. El proceso de construcción de un modelo de familia. 1st ed. Valencia: Tirant lo Blanch; 2013.
3. Flores Acuña E. Nuevos modelos de familia y léxico español actual. [Online].; 2017 [cited 2017 Enero 31. Available from: <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/51762>.
4. Díez M, Morgado B, Tirado M. Nuevas familias monoparentales, madres solas por elección. Estudios e investigaciones. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Instituto de la mujer; 2008-2010.
5. INE. ine.es. [Online]. [cited 2015. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np965.pdf>.
6. Jociles MI, Rivas AM. Motivaciones genéticas y experienciales: el discurso de las MSPE sobre la fecundación asistida como vía de acceso a la maternidad en solitario. Alteridades. 2010; 20(39).
7. Ley 45/1978, de 7 de octubre por la que se modifican los artículos 416 y 343 bis del Código penal. Boletín oficial del Estado, 11 de octubre de 1978, núm. 281, p. 23604.
8. Ley 11/1981, de 13 de mayo, de modificación del Código Civil en materia de potestad y régimen económico del matrimonio. Boletín oficial del Estado, 19 de mayo de 1981, núm. 119, p. 10725-10735.
9. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. Boletín oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311.
10. Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción asistida. Boletín Oficial del Estado, 27 de mayo 2006, núm. 126.
11. González MdM, Morado BM, Jiménez I, Díez M. Del mandato al deseo: la maternidad en solitario por elección. 2009. I Congreso Universitario Andaluz Investigación y Género.



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

12. González MdM, Díez M, Jiménez I, Beatriz M. Maternidad en solitario por elección. Maternidad desde el empoderamiento. In Las familias monoparentales a debate. Barcelona: Copalqui; 2011.
13. IVI: Reproducción asistida-Tratamientos de fertilidad. [Online].; 2017 [cited 2017 mayo 3. Available from: <https://ivi.es/apoyo-psicologico/>.
14. Van Hoof W, Pennings G, De Sutter P. Cross-border reproductive care for law evasion: A qualitative study into the experiences and moral perspectives of French women who go to Belgium for treatment with donor sperm. Social Science and Medicine. 2015 January; 124.
15. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida. Organización Mundial de la Salud; 2010.
16. Guía de información para técnicas de Reproducción Asistida. Inseminación Artificial. Valladolid: Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Unidad de Reproducción.
17. Consentimiento informado para Inseminación Artificial con semen de donante. Valladolid: Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Unidad de Reproducción.
18. Registro Nacional de Actividad 2014.Registro SEF. Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida. [Online]. [cited 2017 abril 3. Available from: https://www.registrosef.com/public/Docs/sef2014_IAFIV.pdf.
19. Guía de información para técnicas de Reproducción Asistida. Fecundación In Vitro. Valladolid: Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Unidad de Reproducción.
20. Consentimiento informado para Fecundación In Vitro o Microinyección espermática con transferencia y congelación embrionaria. Valladolid: Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Unidad de Reproducción.
21. Fertilidad y Reproducción Humana. 2012 Mayo; 20(1).
22. NNNConsult. [Online]. [cited 2017 febrero 11. Available from: <http://www.nnnconsult.com/ponton.uva.es/>.
23. Avilés M, Sánchez A. ¡Quiero ser madre! Las técnicas de reproducción asistida como vía de acceso a la maternidad en solitario. Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia. 2015;(10).



Madres solas por elección. Apoyo emocional de enfermería.

24. Fernández B. Presente y futuro de la consulta de enfermería en reproducción asistida. 2015. 5ª Reunión Nacional Grupos de Interés SEF.
25. Diener E, Emmons R, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985;(49).
26. Pons D, Atienza FL, Balaguer I, García-Merita ML. Satisfaction With Life Scale: analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills*. 2000;(91).
27. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. 1965.
28. Atienza FL, Moreno Y, Balaguer I. Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Universitas Tarraconensis*. ;(XXII).
29. Goldberg D, Bridger K, Duncan-Jones P, al e. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*. 1988;(95).
30. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire in a spanish population. *Psychological Medicine*. 1986;(16).



10. Anexos

Anexo 1

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS) (25) (26).

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sea sincero con su respuesta.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutro	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5	6	7
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5	6	7
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5	6	7
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5	6	7

Para obtener la puntuación total de la escala, debe sumarse la puntuación de cada afirmación, obteniéndose un índice de felicidad subjetiva en función de los siguientes tramos:

Nivel de bienestar subjetivo	Puntuación
Altamente satisfechos (Muy felices)	30-35
Satisfechos	25-29
Ligeramente satisfechos	20-24
Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital	15-19
Insatisfechos (poco felices)	10-14
Muy insatisfechos	5-9



Anexo 2

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE) (27) (28).

Por favor, lea las frases que figuran a continuación y señale el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	4	3	2	1
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	4	3	2	1
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	4	3	2	1
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	4	3	2	1
10	A veces pienso que no sirvo para nada	4	3	2	1

Las frases enunciadas de forma positiva se puntúan de 1 a 4 y las negativas de 4 a 1. La puntuación resultante evalúa el nivel de bienestar subjetivo o el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma en función de los siguientes tramos:

Nivel de bienestar subjetivo	Puntuación
Autoestima elevada. Considerada normal.	30-40
Autoestima media. Conviene mejorarla.	26-29
Autoestima baja. Problemas significativos.	< 25



Anexo 3

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (EADG) (29) (30).

Por favor, lea las preguntas que figuran a continuación y responda.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	Si	No
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Si hay 3 o más respuestas afirmativas continuar preguntando		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
TOTAL ANSIEDAD (SUMA RESPUESTAS AFIRMATIVAS)		
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	Si	No
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted el interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Si hay respuestas afirmativas continuar preguntando		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL DEPRESIÓN (SUMA RESPUESTAS AFIRMATIVAS)		

Criterios de valoración: 4 o más respuestas afirmativas en la subescala de ansiedad y 2 o más respuestas afirmativas en la de depresión indican probabilidad de ansiedad o depresión.