

UNIVERSIDAD OBERTA DE CATALUNYA

Trabajo final de Grado “El apoyo
social en el proceso de la
reproducción asistida”

Por

M^a Teresa Madrid Parra
Enero 2021

Profesor: Joel Juarros Basterretxea

Síntesis: La investigación que se ha realizado en este trabajo final de grado va dirigido a la repercusión que puede tener el apoyo social En aquellas personas que se someten a tratamientos de reproducción asistida (TRA), entendemos como apoyo social aquel que viene de la familia, amigos, entorno laboral, etc. Vivimos en una época donde la concepción de la familia a cambiado y donde tener un hijo/hija va mas allá de la reproducción, el hecho de poder tenerlo puede afectar al bienestar de las persona. Los tratamientos de reproducción asistida son la alternativa que nos brinda la ciencia para alcanzar la maternidad/paternidad. Se sabe también que hay factores que influyen a la hora de realizar dichos tratamientos como: el apoyo social o de la familia, el estrés, la resiliencia, la economía. Los resultados obtenidos demuestran que el factor de apoyo social y familiar es significativo durante el TRA.

Abstract: The aim of the research carried out in this final degree project is to study the impact that social support could have in those people who undergo assisted reproduction treatments (ART), understanding social support as the one coming from family, friends, job environment, etc. Nowadays the conception of the family has changed, and the circumstance of having a son/daughter goes beyond reproduction, due to the fact of being able to be parents may affect the well-being of the individuals. Assisted reproduction treatments are the alternative that science offers us to achieve motherhood/fatherhood. It is also recognised the presence of various aspects that influence the use of these kinds of treatments such as social or family support, stress, resilience and economy. The results obtained show that the social and family support aspect is significant during ART.

AGRADECIMIENTOS

Este espacio es para todas esas personas que han hecho posible este trabajo, personas que para mi, son ángeles que me han acompañado en mi camino y de las que siempre estaré eternamente agradecida.

En primer lugar a mi hijo Nil, por todas las veces que has tenido que esperar a que mama terminara de estudiar para jugar contigo y en otras ocasiones tu insistencia por jugar me ha hecho tomar consciencia que la vida son momentos que hay que disfrutar.

A César, mi compañero de viaje en la vida y mi amigo quien a sufrido mis cambios de humor por los nervios y estrés de las entregas de trabajos.

A mi familia por el apoyo que he recibido cada vez que mis fuerzas han flaqueado y he querido abandonar.

A mis amigas Montse, los ángeles que hicieron posible que empezara esta aventura.

A todas mis compañeras de estudio en la UOC, con quienes he compartido muchos momentos de risas y otras veces de desesperación, sin ellas este camino no hubiera sido lo mismo.

A mi tutor Joel por ser mi luz y mi guía en este trabajo.

A la asociación de madres por elección por vuestra colaboración en este estudio

Índice

1. Justificación
2. Marco teórico
 - 2.1. Infertilidad y tratamientos de reproducción asistida (TRA)
 - 2.2. Concepción de la maternidad
 - 2.3. La noción de familia y las nuevas concepciones
 - 2.4. La repercusiones de la incapacidad de concebir y TRA como alternativa
 - 2.5. El proceso de TRA y sus consecuencias y factores influyentes
3. Objetivos
 - 3.1. Objetivo General
 - 3.2. Objetivos específicos
4. Marco Metodológico
 - 4.1. Variables
 - 4.2. Procedimiento
 - 4.3. Planificación
 - 4.4. Cronograma
5. Muestra
6. Aspectos éticos
7. Preparación del trabajo de campo: selección y contacto con las informantes clave
8. Análisis de los datos
9. Resultados
10. Discusión
11. Conclusiones

12. Bibliografía

1. Justificación

Hoy en día numerosas son las personas que desean tener hijos. No obstante, son muchas las personas que no pueden alcanzar ese sueño de ser padres de manera natural y con facilidad, por problemas de fertilidad. Cuando esto sucede solamente les queda la posibilidad de recurrir a la reproducción asistida para alcanzar dicho sueño. Cabe decir que la infertilidad ya de por sí ocasiona desajustes emocionales, pero los tratamientos de fertilidad que es en lo que nos centraremos en el estudio, también generan dichos desajustes entre los que podemos encontrar el estrés, la depresión, etc.

A finales del siglo XIX nació la primera niña probeta además de producirse el primer embarazo por donación de óvulos y en el 2007 la profesora asociada a la Universidad Pompeu Fabra Dña. Margarita Garriga, señalaba que cada año nacen unos 7000 niños mediante reproducción asistida.

En la actualidad, la cifra de nacimientos por reproducción asistida sigue aumentando (Sara, 2019). Este aumento es congruente con el elevado número de parejas en edad reproductiva que presentan problemas de infertilidad y que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) asciende a un 15% en todo el mundo (Luna, 2013).

Tener hijos/as no es una cuestión meramente reproductiva en la sociedad contemporánea, sino que tiene fuertes implicaciones psico-sociales. Por ejemplo, se sabe que la incapacidad para tener hijos en aquellas personas que no pueden tenerlos de forma natural se relaciona con menores niveles de bienestar (Florencia, 2013). Siendo así, queda patente que más allá del carácter reproductivo, la paternidad/maternidad representa un aspecto importante del

bienestar de muchas personas a las que la reproducción asistida brinda una alternativa.

Este bienestar, importante en el ser humano, se ve interrumpido en fases previas al tratamiento de fertilidad donde se da un estrés anticipatorio producido por las etapas previas de la “experiencia de infertilidad”, de no tratarse este estrés podrá tener connotaciones importantes posteriormente, a los ovocitos recogidos y fertilizados, pero también afecta al embarazo, al nacimiento vivo, al peso al nacer y a gestaciones múltiples, mientras el estrés procedural sólo influye sobre los puntos finales biológicos” (Campagne, 2008, p.198).

A pesar de esto, poco se sabe de las repercusiones reales de someterse a estos tratamientos a nivel psicosocial. Por una parte, recurrir a la reproducción asistida supone, en muchos casos, el cambio en los esquemas y concepciones tradicionales de la procreación y la filiación del parentesco (Heredia, 2019).

Estas concepciones tradicionales toman importancia cuando una mujer u hombre se enfrenta a una infertilidad y donde la única alternativa de llevar la maternidad/paternidad es la donación de óvulos o de espermatozoides han de pasar por la aceptación del duelo genético. Es un tiempo donde la pareja o la mujer sola (si es familia monoparental) tiene que reflexionar y procesar la situación y tomar una decisión. Esta decisión está llena de emociones y como señala Carla (2014) se plantea si para la mujer la maternidad se basa en un vínculo de afecto más que genético, siendo la primera opción la más correcta para llevar a cabo un tratamiento de fertilidad.

En primera instancia la infertilidad puede ser sinónimo de fracaso y generar cierta frustración sobre aquellas motivaciones como los estereotipos de la concepción género. Dada la situación a la que se enfrenta estas personas,

sentirse apoyadas socialmente (amigos, compañeros de trabajo) y por la familia, un ambiente de bienestar que influirá positivamente en la persona y disminuirán las consecuencias negativas como el estrés anteriormente mencionado.

Teniendo en cuenta la magnitud de este fenómeno, es sumamente relevante promover estudios que ayuden a comprender los diferentes elementos en los que repercuten.

La nueva dinámica reproductiva conlleva un cambio en los esquemas y concepciones tradicionales de la procreación y la afiliación del parentesco que chocan con las concepciones tradicionales y que pueden repercutir tanto en el bienestar de las personas que se someten al tratamiento como en el apoyo que reciben.

2. Marco teórico.

2.1. Infertilidad y tratamientos de reproducción asistida TRA

La infertilidad se define como la incapacidad involuntaria para la fecundación por más de un año, que de prolongarse de forma definitiva, se denomina esterilidad (Fernández, 2002).

Como se ha mencionado anteriormente, la OMS la infertilidad afecta hasta un 15% de las parejas en edad de reproductiva en el mundo (Luna, 2013). Este porcentaje nos indica la significancia que tiene la infertilidad, son muchas las personas que se enfrentan a una infertilidad por diversas causas, ya sea por enfermedades producidas por los cambios socioculturales como los efectos secundarios de los anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y el estrés, además de una baja reserva ovárica en mujeres que cada día atrasan más la maternidad y llevan a cabo esta, pasado los 40 años.

Para estas personas la infertilidad puede ser sinónimo de fracaso y generar frustración especialmente en conjunto con la presencia de estereotipos de la concepción género, siendo difícil encontrar un nuevo sentido de realización personal en un futuro. En sí, la maternidad/paternidad no deja de estar mitificada, convirtiéndose en la meta que toda persona a de alcanzar. El hecho de tener hijos puede convertirse para la mujer en la necesidad imperante sin concebir una vida sin ellos y sintiéndose incompletas (Oliva-Bello y Batista, 2019).

En la década de los 70 , ya se denotan cambios sociales y culturales, siendo los más destacables los avances en técnicas de reproducción asistida (TRA) realizados desde la biomedicina (Cubillos, 2013). Y que dan respuesta a este problema y a la creciente demanda de soluciones por parte de las personas que lo sufren.

2.2. Concepción de la maternidad

Históricamente, la maternidad ha ido sufriendo cambios socio-históricos y contextuales, durante muchos años se ha sostenido bajo el patriarcado otorgando a la mujer un deber hacia la comunidad mediante la maternidad (Flórez-Estrada, 2014). En esta construcción histórica encontramos la estigmatización que sufrieron mujeres que en su época la sociedad no admitía un embarazo fuera de una relación que no estuviera constituida por un hombre y una mujer (era mal visto) dejando de recibir apoyo social y de la familia (Avilés y Sánchez, 2015). Actualmente, la maternidad, es un hecho que muchas mujeres deciden libremente llevar a cabo ya sea en pareja o bien solas. Atendiendo la libre decisión que las mujeres tienen de la maternidad y los deseos de estas, según Freud refiere que en el inconsciente guardamos los deseos más íntimos, forjado desde nuestra edad más temprana y siendo en la edad adulta su meta y

su sentido de vida (Rodrigo, 2012). Entendemos entonces que el embarazo para algunas mujeres es algo más que la mera reproducción.

2.3. La noción de familia y las nuevas concepciones

El origen de la familia es fundado por lo biológico con el fin de proteger a la madre e hijo. Se encuentra en todas las culturas de una pareja heterosexual y con fines de procreación. Este modelo, desde su perspectiva más nuclear, es el que se mantiene en la práctica totalidad de los países (Carmen, 2008).

En la actualidad la familia tiene un estatuto más psicosocial que biológico. Cada vez son más las familias que se constituyen sin que lo biológico sea la condición imperante. Este proceso está estrechamente ligado a la sociedad actual que surge en el seno de un cambio social desde lo tradicional a modelos más diversos que recogen la realidad de la sociedad. Así lo manifiestan las nuevas concepciones de la familia, donde vemos una diversidad de modelos.

Por un lado tenemos la *familia tradicional*, constituida por un hombre y una mujer y donde alguno de los dos miembros de la pareja o los dos son infértiles, pero el deseo de dar amor y cuidar a un ser humano prevalece por encima de lo biológico y constituyen la familia mediante los TRA.

La *familia monoparental* también constituye un proyecto de familia para las madres solteras por elección. La decisión de tener un hijo/hija en esta familia, entiende que parte o totalmente de ese hijo/hija no será biológica. Este hecho no supone impedimento alguno para estas familias que desean llevar a cabo la maternidad.

También tenemos la *familia homoparental*, donde la pareja está constituida por dos mujeres o dos hombres que desean tener hijos. Aquí al igual que en la anterior nos encontramos con que una parte o en la totalidad si ambos son

infértiles o por decisión de ambos miembros el hijo /hija no será biológico. De igual manera que en los anteriores modelos de familia, el hecho de que lo biológico no prime, no le afecta a la condición de familia.

2.4. Las repercusiones de la incapacidad de concebir y TRA como alternativa

En cualquiera de las situaciones familiares anteriormente citadas, las personas que se enfrenten previamente a un estrés producido en las etapas previas al TRA, nos referimos al momento en que es conocedor/a de la infertilidad.

En esta primera etapa donde hay un choque emocional y se da el conocido *duelo genético* (Albornoz, 2014), proceso de aceptación por el que tienen que pasar las personas donde la única alternativa que tienen para ser padres o madres, es mediante la donación de óvulos o espermia por parte de una donante y renunciando a que ese hijo/hija sea biológico y pueda tener rasgos genéticos. Es un tiempo en que la familia o la mujer sola (si es madre por elección) tiene que reflexionar y procesar la situación y tomar una decisión. Esta decisión esta llena de emociones y como señala Carla (2014) se plantea si para la mujer la maternidad se basa en un vínculo de afecto más que genético, siendo la primera opción la mas correcta para llevar acabo un tratamiento de fertilidad.

En este sentido y para que los TRA tenga éxito si optan por ellos, las personas tendrán que desarrollar *resiliencia*, que es la capacidad de resistir a todas aquellas adversidades que se encontraran desde el inicio, donde en ocasiones en las parejas se alude hablar del tema del tratamiento y ello puede generar un sufrimiento fruto del impacto emocional que la situación puede provocar al tratamiento de fertilidad. Además de enfrentarlas y adaptarse a ellas tendrán que

interiorizarlas sin ninguna resistencia significativa, para que el tratamiento sea eficaz y a la llegada de ese futuro hijo o hija se pueda vivir de manera natural (Orozco y Davalillo 2012).

La economía es otro factor a tener en cuenta, son muchas las familias que se enfrentan a una infertilidad donde la única alternativa para realizar su sueño de ser padres tiene un coste elevado que oscila entre los 4.995 y 7.995 euros. El elevado coste, implica un acceso restringido a esta opción y que habitualmente excluye a familias con un nivel económico bajo o las obliga a endeudarse mediante créditos, sin garantías de que se obtengan resultados a la primera, ya que cada tratamiento solamente te da la opción de un intento, si este es fallido implicaría incrementar el coste de la deuda. Este factor es a la vez un estresor que puede influir significativamente en el siguiente punto.

La ansiedad y la depresión son otros factores que encontramos en el proceso a los tratamientos de fertilidad. El shock que sufren las personas los lleva a la negación, ira, culpa, tristeza y otras emociones negativas (Orozco y Davalillo 2012). El hecho de tener que asumir la infertilidad puede generar una baja autoestima además de repercutir en la vida sexual de la pareja (Domínguez, 2002).

Los tratamientos de fertilidad o TRA son técnicas donde se interviene artificialmente en el acto de la procreación y se convierten en la alternativa que ofrece la ciencia a todas estas personas afectadas por infertilidad y que no pueden recurrir al método tradicional. Esta alternativa, brinda la oportunidad a personas solas que desean tener un hijo/hija o a parejas. Los TRA Son una variedad de técnicas reproductivas que pretenden dar solución a cada uno de

los problemas a los que se enfrentan las personas que acuden a ellos, entre ellos encontramos:

1. La donación embrionaria: son embriones de parejas que ya ha conseguido tener el hijo/hija deseado y no quieren tener más. Los embriones que le han sobrado los ceden para que otras parejas o mujeres solas que presentan ausencia de óvulos o de esperma en el caso de los hombres, puedan beneficiarse de estos embriones.
2. Fecundación In Vitro (FIV): unión de un ovulo y un espermatozoide de la pareja en el laboratorio, una vez el embrión esta en condiciones optimas se realiza una transferencia a la mujer implantándole en el útero el embrión.
3. FIV con donación de semen: lo mismo que la anterior pero con semen de un donante.
4. FIV con donación de óvulos: Lo mismo que las anteriores pero con donante de óvulos.
5. FIV con donación de óvulos y semen: como las anteriores pero hay una doble donación (óvulos y esperma). La diferencia con la donación embrionaria es que aquí buscan donantes que tengas rasgos similares a la pareja y no esta hecho el embrión, el coste del tratamiento es mas elevado que la donación embrionaria.
6. Inseminación artificial con semen de donante (IAD): no hay manipulación de embrión en el laboratorio, aquí se inyecta el semen del donante directamente a la mujer.
7. Inseminación artificial sin donante: igual que la anterior pero en este caso el semen es de la pareja.

2.5. El proceso de TRA y sus consecuencias y factores influyentes

El proceso de TRA a veces es largo y tedioso, las personas se han de someter a diversas pruebas, en una primera instancia encontramos, la analítica de sangre completa, una citología y ecografía transvaginal y estudio hormonal basal. Una vez se ha realizado dichas pruebas las mujeres que van hacer una FIV con sus óvulos tendrán que hormonarse mediante punciones a fin de crear más óvulos para su posterior extracción. La aplicación de progesterona para preparar el endometrio es otro proceso y los parches hormonales. Todo este proceso puede generar un desajuste emocional en la mujer, sumado a los intentos fallidos.

Encontramos que hay factores sumamente importantes que influyen positivamente en el estado emocional de las personas en proceso de TRA y ellos son el *apoyo social y familiar*. Para la Dra. Pilar Sanjuan (2000) el apoyo social no es solamente el de la familia, también pueden ser los amigos, vecinos, colaboradores, compañeros de trabajo, profesionales, o grupos de ayuda entre otros. Por otro lado encontrar asociaciones, donde se comparten experiencias similares, entre personas que están en la misma situación. Contar con este tipo de apoyo nos ayuda en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, como en la mejoría y restablecimiento y optimización de la salud. Beneficia la percepción que la persona pueda tener de si misma y de la situación o problema al que se tiene que enfrentar, adaptándose mejor y consiguiendo mejores resultados (Fernández, 2002).

Sin este apoyo será más difícil afrontar los TRA, generando consecuencias negativas. Dentro del apoyo social encontramos diferentes componentes que

también interfieren y ellos son: el apoyo emocional, el apoyo informativo, el apoyo valorativo y el apoyo instrumental (Sanjuán-Suárez, P. 2000).

Por su parte, el apoyo familiar supone un papel fundamental, primeramente, sentir apoyo por parte de la pareja, donde la comprensión, la seguridad y la solidez de la relación es un punto clave en el bienestar psicológico de la persona que pasa por el TRA. De igual manera, influirá positivamente el apoyo del resto de la familia, en este sentido, dotaran a la persona afrontar cualquier adversidad en la vida.

3. Objetivos

Objetivo General:

- Analizar los niveles de desajuste emocional de las mujeres durante el proceso de las técnicas de reproducción asistida (TRA) y la influencia del apoyo social percibido sobre tales desajustes.

Objetivos específicos:

- Analizar la relación entre el apoyo social y los niveles de desajuste emocional
- Analizar la relación entre el apoyo familiar y los niveles de desajuste emocional.
- Analizar los niveles de desajuste emocional de las mujeres que recurren a la reproducción asistida (Mujeres por fuerza mayor, mujeres por decisión propia) durante el proceso de fecundación hasta llegar a la gestación.

4. Marco Metodológico

4.1. Variables

Desajuste emocional y apoyo social. Se evaluó el Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008). Se trata de un instrumento compuesto por 48 ítems con un

formato de respuesta Likert de 5 puntos, que facilita conocer el grado en que la persona considera falso o verdadero cada una de las preguntas. Distribuidos en 12 factores de primer orden y 4 factores de segundo orden. Los 12 factores de primer orden son (1) Percepción de la ansiedad con 8 ítems, (2) Exteriorización de la ansiedad con 9 ítems, (3) Apoyo de amigos, con 3 ítems, (4) Depresión, con 6 ítems, (5) Pesimismo, con 3 ítems, (6) Afabilidad, con 3 ítems, (7) Apoyo de familia, con 3 ítems, (8) Tesón, con 3 ítems, (9) Energía, con 3 ítems, (10)Apertura a la experiencia, con 3 ítems, (11) Sexualidad de la pareja, con 2 ítems, (12) Percepción de control, con 2 ítems. A su vez estos 12 factores de primer orden se agrupan en 4 factores de segundo orden: desajuste emocional (factores de primer orden; percepción de la ansiedad, depresión, exteriorización de la ansiedad y pesimismo) con una fiabilidad de 90, recursos interpersonales (factores de primer orden; apoyo de amigos, apoyo de familia, sexualidad de la pareja y afabilidad) con una fiabilidad de 78, Recursos personales (factores de primer orden; apertura a la experiencia, tesón, percepción de control y energía) con una fiabilidad de 57 y Recursos Adaptativos (factores de primer orden; apoyo de amigos, apoyo de familia, sexualidad de la pareja, afabilidad, apertura a la experiencia, tesón, percepción de control y energía) con una fiabilidad de 74. Las puntuaciones de cada uno de los factores se calcularon sumando las puntuaciones de cada ítem de cada factor.

Adicionalmente se han incorporado 11 ítems como caracterización de la muestra (sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, motivos por los que recurre al tratamiento de fertilidad, tipo de tratamiento y fase en la que se encuentra, si tiene pareja y el sexo de la pareja).

4.2. Procedimiento

Se contacto con instituciones significativas como clínicas de reproducción asistida, asociaciones de personas que se están sometiendo a estos tratamientos y divulgación online por las redes sociales. Para el contacto de las instituciones se les envía una carta de presentación (apéndice 1) en la cual se le solicita su colaboración para invitar a las personas que optan por la reproducción asistida a participar en el estudio. Se les facilita una cuenta de correo en la que contactan con el equipo investigador tras lo cual se les facilita un cuestionario online al que responden de manera anónima previo consentimiento informado. En el caso de las redes sociales se divulga directamente online mediante un enlace de igual manera se responde anónimamente previo consentimiento informado.

4.3. Planificación

Del 27 al 29 de octubre del 2020 se realizara la elaboración del cuestionario en línea DERA.

Del 2 al 20 de noviembre del 2020 se pasara el DERA en línea a las personas voluntarias que estén realizando tratamientos de fertilidad.

Del 20 al 23 de noviembre del 2020 se recogerá toda la información proporcionada.

Del 30 de noviembre al 13 de diciembre del 2020 pasaremos al análisis y conclusiones del trabajo.

Del 14 de diciembre del 2020 al 10 de enero del 2021 se realizara la redacción final del TFG.

Del 10 al 18 de enero del 2021 finalizaremos con la presentación y defensa del TFG.

4.4. Cronograma

Actividad	Octubre		Noviembre					Diciembre				Enero		
	27	29	2	5	20	23	30	13	14	21	28	4	10	18
Confección del instrumento														
Aplicación del I cuestionario DERA														
Recogida de información														
Análisis y conclusiones														
Redacción final														
Presentación y defensa														

5. Muestra:

La muestra ha sido de 21 mujeres con una media de edad de 39 años y una desviación estándar de 4,045, siendo el mínimo de edad de 29 años y el máximo de 45 años de edad. El 8,7% ($n=21$) tienen estudios secundarios, el 13% tienen bachillerato /FP y el 78,3% ($n=21$) tienen estudios universitarios. En cuanto a la situación laboral el 8,7% ($n=21$) están paradas, el 13% ($n=21$) trabaja por cuenta ajena y el 78,3% ($n=21$) trabaja por cuenta propia.

6. Aspectos éticos

Se ha tenido en cuenta que todas las preguntas del cuestionario no se identificara a la persona, guardando así, la confidencialidad y el anonimato de todos los participantes. Adjunto en apéndice 2 el consentimiento informado que se ha entregado junto al cuestionario.

7. Preparación del trabajo de campo: selección y contacto con los/las informantes clave

Se ha contacto con 8 clínicas de reproducción asistida y 1 asociación de personas que se están sometiendo a estos tratamientos, dicha asociación es “madres por elección”. Para el contacto de las instituciones se les ha enviado una carta de presentación por correo electrónico, presentada en la PEC 2 (apéndice 1), en la cual se le solicita su colaboración para invitar a las personas que optan por la reproducción asistida a participar en el estudio. Se les facilita una cuenta de correo en la que contactan con el equipo investigador tras lo cual se les facilita un cuestionario online al que responden de manera anónima previo consentimiento informado.

Por otro lado, se difundió la investigación y el enlace para responder al cuestionario por las redes sociales (WhatsApp y Facebook). En ambos se pidió que las personas o grupos en algunas ocasiones, lo difundiesen a través sus redes sociales para llegar a más publico y encontrar personas con las características del estudio.

El cuestionario se paso telemáticamente y se registraban los datos automáticamente a través de la plataforma de Google forms.

8. Análisis de los datos

Para dar respuesta a los resultados se ha utilizado una metodología cuantitativa. Para determinar si existe relación entre las variables y si la relación es estadísticamente significativa se ha utilizado las correlaciones de Pearson. En el análisis de las diferencias entre los grupos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney al tener una muestra inferior al límite e las muestras pequeñas ($N < 30$).

9. Resultados

Los resultados obtenidos en el análisis de las diferentes variables: desajuste emocional, apoyo social, apoyo familiar, afabilidad y sexualidad. Se ha observado los siguientes resultados.

Encontramos que los recursos personales correlaciona negativa y significativamente con los recursos interpersonales ($r = .698, p \leq .001$). Por el contrario, el desajuste emocional no correlaciona significativamente con los recursos personales ($r = .281, p = .217$). Los datos muestran que si los recursos interpersonales aumentan, disminuye el desajuste emocional, pero que los recursos personales no afectan a esto.

Por otro lado, la sexualidad no se correlacionan significativamente con el desajuste emocional ($r = .343, p = .128$), mientras que el apoyo social o de amigos, el apoyo de la familia y la afabilidad si correlaciona significativamente ($r = .458, p = .067; r = .178, p = .439$). Esto no indica la importancia del apoyo social o de amigos, la familia y la afabilidad para un buen ajuste emocional.

Finalmente, no existen diferencias estadísticamente significativas entre quienes acuden por motivos de fuerza mayor (no tienen otra opción sea por él o por ella) y quienes acuden por propia voluntad (eligen este método) en ninguna

de las variables (desajuste emocional, apoyo social, apoyo familiar y afabilidad) ($r = .846, p = .398$; $r = .647, p = .517$; $r = .793, p = .428$; $r = .839, p = .401$).

10. Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar si las mujeres que reciben TRA presentan desajuste emocional y la influencia de apoyo social. Los resultados que se han obtenido al aplicar el cuestionario DERA a la muestra. Nos confirman que el desajuste emocional, cuyos ítems evalúan la ansiedad, pesimismo y depresión, no produce desajuste en las mujeres que realizan TRA dato que se verifican también en (Moreno-Rosset, 2009).

El factor recursos interpersonales, donde la evaluación tiene en cuenta la significancia que tiene el apoyo social y familiar, así como la sexualidad y la afabilidad. Demuestra que cuanto más apoyo se pueda recibir por parte de los amigos, familiares, pareja, compañeros de trabajo, entidades sociales y entorno, se relacionan con menores desajustes emocionales, lo que es coherente con estudios previos sobre apoyo social y familiar en la infertilidad (Fernández, 2002) y en estudios de estrategias de afrontamiento y apoyo social por la Dra. Sanjuán, 2000. Por consiguiente, son significativos los recursos del apoyo social y familiar para afrontar positivamente el proceso de los TRA.

Las personas que acuden por fuerza mayor probablemente se enfrenta a procesos que implican malestar. En el estudio se ha visto que no, tanto quien va porque quiere como quien va porque por que no le queda otra opción, presentan los mismos niveles de desajuste emocional. El posible desajuste generado por todo los factores que intervienen, no responde tanto a la fuerza mayor de acudir a estos tratamientos. Sin embargo el apoyo recibido si se debería tener en cuenta durante estos procesos, la relevancia de contar con apoyos suficientes, tanto

familiares como sociales más allá de los motivos que llevan a las personas a acudir a este tratamiento.

Podemos decir que, pocos son los estudios relacionados con el desajuste emocional, en personas con TRA. En este sentido y debido a la creciente demanda de la población que se enfrenta a estos tratamientos, vemos la gran importancia que existe de abrir nuevas líneas de investigación que trabaje en el desajuste emocional de estas personas y la significancia de apoyo social y familiar. Siendo este estudio un nuevo aporte en esta área.

A modo de conclusión, los resultados obtenidos nos indican que el desajuste emocional no aumenta por el motivo por el que se acude a los TRA, sino por la falta de recursos interpersonales (apoyo social, de la familia, Sexualidad de la pareja y afabilidad). Por consiguiente, la clave para que las mujeres que realizan TRA y presenten un buen ajuste emocional es que tengan dichos recursos, especialmente apoyo social y familiar.

Finalmente acabe decir que nos hemos encontrado con limitaciones y por ello la muestra no es representativa y no podemos generalizar. Nos hemos encontrado con una baja participación respecto a las clínicas a las que se les pidió su colaboración, de las 7 clínicas a las que se les pidió colaboración mediante carta de presentación, 6 no contestaron y 1 contestó diciendo que “sus clientes ya estaban saturados de contestar cuestionarios”. Respondiendo satisfactoriamente al estudio “La asociación de madres por elección” quien a participado activamente. En cuanto a las redes sociales, se utilizó la técnica “bola de nieve”, con el resultado de que una vez difundida la información se cortaba la cadena al llegar a la tercera persona o cuando alguien no conocía a nadie que estuviera haciendo TRA.

11. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos ha quedado patente que el factor del apoyo social y familiar es significativo durante el TRA.

- El apoyo social se correlaciona con menores niveles de desajuste emocional durante el TRA.
- El apoyo familiar se correlaciona con menores niveles de desajuste emocional durante el TRA.
- La sexualidad de la pareja no se correlaciona con los niveles de desajuste emocional durante el TRA.
- Las mujeres que acuden a los TRA, por situación forzosa o por elección propia, no afecta de ninguna de las maneras al desajuste emocional.
- La afabilidad no se correlaciona con los niveles de desajuste emocional durante el TRA.

12. Bibliografía

Jenaro Río, C., Moreno-Rosset, C., Antequera Jurado, R., Flores Robaina, N. (mayo-agosto 2008). La evaluación psicológica en infertilidad: El "dera" una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 176-185 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España.

Moreno-Rosset, C., Antequera, R., y Jenaro, C. (2008). DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad. Premio TEA ediciones 2007. Madrid: Ediciones TEA.

Moreno-Rosset, C., Antequera, R., y Jenaro, C. (2008). DERA. Cuestionario

Moreno-Rosset, C., R. A. (2009). Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA). *Universidad de Oviedo*, 21 (1), 118-123.

- Garriga, M. (2007). El conocimiento de los orígenes genéticos en la filiación por producción asistida con gametos donados por un tercero. España: Universidad Pompeu Fabra.
- Lafuente-Funes, S. (2019). La reproducción asistida en el contexto español: la ovodonación como motor de un modelo de negocio heteronormativo. Madrid: Ediciones complutense
- Avilés, H. M y Sánchez, M. A. (2015). *¡Quiero ser madre! Las técnicas de reproducción asistida como vía de acceso a la maternidad en solitario*. España: Universidad de Murcia.
- Albornoz, Á. C. (2014). *Una mirada psicológica a la ovodonación y la alternativa de revelar o no la historia de concepción al futuro hijo*. Universidad de San Martín de Porres. Perú
- Orozco, C. ER Y Davalillo, Y. (2012). Resiliencia en mujeres que se someten a tratamiento de reproducción asistida. 3, 1(2).UNERMB.
- Domínguez, V. R. (2002). Psicología e infertilidad. 13(1).
- Campagne, D. M. (2008). El estrés ¿en qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse?. *Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)*. 29(2), pp. 197-204. Papeles del psicólogo. España.
- Ruiz-Porras, D., Ruiz-Porras, L. y Cruz-Repiso, V. (2020). La depresión en su relación con las técnicas de reproducción asistida y la influencia del asesoramiento profesional durante el proceso. *Psicología y Salud*, 30(1), 15-23.
- Oliva-Bello, K y Batista, Y. (2019). Infertilidad femenina y modos de subjetivación: cuando el yo se percibe fallido. *Integración académica en psicología*, 7 (21).

Sanjuán-suárez, P. (2000) Problemas de fertilidad: estrategias de afrontamiento y apoyo social. (73). Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid.

Plan IVI Contigo, te lo ponemos fácil para que solo te preocupes de lo importante. <https://ivi.es/precios-y-financiacion/>

Florenia, H. B. (Julio de 2013). Opinion survey on the use of assisted reproductive technologies applied to inhabitants of Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*, 141(7), 853-860.

Luna, F. (mayo de 2013). Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo. *Revista de Bioética y Derecho*(28).

Casu, G., Zaia, V., Fernandes Martins, M. d. C., Parente Barbosa, C., & Gremigni, P. (2019). A dyadic mediation study on social support, coping, and stress among couples starting fertility treatment. *Journal of Family Psychology*, 33 (3), 315–326.

Valdivia, S, C. (2008) La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *Revista la Revue du REDIF* 1, 15-22. Universidad de Deusto. www.redif.org

Robles, R. (Noviembre 2012). Maternidad: ¿Un deseo femenino en la Teoría freudiana?. *Nomadías*, 16, 119-135.

Cubillos, JM. (2013). *Técnicas de reproducción asistida. Status jurídico del embrión humano*. Universidad nacional de Cuyo. Mendoza

Flórez-Estrada, M. (julio-diciembre, 2014). La maternidad en la historia: deber, deseo y simulacro. Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el caribe, 11(2), 259-288.

Heredia, A. (2019). *Aspectos psicológicos relacionados con la reproducción asistida: de la fecundación In Vitro hasta la donación de gametos*. Tesis doctoral publicada, Universidad de Granada, España.

Fernández, M., Herrera, PM y González, I. (marzo-abril 2002). Infertilidad como evento paranormativo. Su repercusión familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2). Ciudad de La Habana. Cuba

Apéndice 1

Estimadas/os responsables del equipo de la clínica XXXX,

Mi nombre es M^a Teresa Madrid Parra, soy estudiante del grado de Psicología en la Universitat Oberta de Catalunya. Actualmente estoy finalizando mis estudios de grado con una especial atención al campo de aplicación de la Psicología social. En este momento de mi formación se me solicita, desde los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación, el trabajo final de grado (TFG) en colaboración con el Dr. Joel Juarros Basterretxea (https://www.researchgate.net/profile/Joel_Juarros-Basterretxea) a quien pongo en copia y con quien podrán contactar en caso de considerarlo necesario. El objetivo de este estudio es analizar los estados emocionales de quienes se someten a tratamientos de reproducción asistida para generar conocimiento científico útil que permita mejorar no solo la comprensión de la situación por la que atraviesa, sino para plantear medidas que fomenten su bienestar durante este proceso.

Dado el objetivo de este estudio y su reconocida labor en este campo, nos gustaría solicitar su colaboración con la distribución de la información para participar en el estudio dentro de sus redes para que el máximo número de personas puedan responder a un breve cuestionario online.

A fin de que ustedes puedan mantener la confidencialidad de las personas, solamente le pedimos que entregue esta información a las personas que se someten a tratamientos de reproducción asistida en la actualidad para que quienes quieran participar puedan contactar conmigo en el siguiente correo: mmadridpa@uoc.edu

El estudio está dirigido a todas aquellas mujeres que se someten a tratamientos de reproducción asistidas, así como a sus parejas en aquellos casos en los que la tengan y sin prejuicio de que quienes no tengan pareja puedan participar. Apenas necesitarán unos 10 minutos para responder al cuestionario y sus respuestas serán de suma relevancia para comprensión del ajuste emocional durante el tratamiento.

Por supuesto, la participación es voluntaria y anónima. Los datos se tratarán de manera colectiva, de tal modo que no se analizarán los datos de ninguna de las participantes individualmente.

A cambio de su colaboración, nos comprometemos a incluirles en los agradecimientos de todos los trabajos y las publicaciones que de estos datos puedan surgir. También nos ofrecemos a remitirles otros informes susceptibles de ser elaborados a partir de los datos recabados si lo consideran necesario.

Esperando que podamos colaborar en este proyecto se despide cordialmente,

M^a Teresa Madrid Parra

Estudiante del grado de Psicología

Universitat Oberta de Catalunya

Apéndice 2

Estimada participante,

A continuación, te pido que colabores en mi investigación sobre los estados emocionales por el que atraviesan las personas que se someten al tratamiento de reproducción asistida. El objetivo de este estudio es entender mejor los distintos estados que atravesáis quienes os sometéis a este tratamiento para generar conocimiento científico útil para mejorar no solo la comprensión de la situación por la que atravesáis, sino para plantear medidas que fomenten el vuestro bienestar durante este proceso. Sus respuestas son fundamentales.

Para ello, te pido que respondas a este breve cuestionario que apenas requerirá 15 minutos de tu tiempo. Los datos aquí obtenidos se utilizarán exclusivamente con fines de investigación. La participación es completamente voluntaria y anónima. Los datos serán tratados en todos los casos colectivamente, es decir, que en ningún caso se analizarán ni publicarán los datos individuales de las personas que participen en este estudio.

A continuación, necesitados que me des tu consentimiento para utilizar los datos con fines de investigación antes de responder al cuestionario.

Gracias por tu colaboración.