

BIOÉTICA

La atención integral a las personas con problemas de fertilidad: estudio de campo realizado en México

ANTONIO CABRERA CABRERA



FACULTAD DE BIOÉTICA

ANTONIO CABRERA CABRERA

LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS
PERSONAS CON PROBLEMAS DE
FERTILIDAD: ESTUDIO DE CAMPO
REALIZADO EN MÉXICO



Diseño de portada: VLA.Laboratorio Visual

Primera edición digital, 2017

Tesis de doctorado en Bioética por el Ateneo Regina Apostolorum (Roma)

La presente edición de la obra

La atención integral a las personas con problemas de fertilidad: estudio de campo realizado en México

le pertenece al editor mediante licencia exclusiva.

El editor autoriza el acceso a la totalidad de la obra para su consulta, reproducción, almacenamiento digital en cualquier dispositivo e impresión para uso personal y privado y sin fines de lucro. Ninguna parte de la presente obra podrá ser alterada o modificada ni formar parte de nuevas obras, compilaciones o colecciones. Queda prohibida su difusión y comunicación pública en plataforma digital alguna distinta a la cual se encuentra almacenada, sin permiso previo del editor.

Derechos reservados:

© 2017, Investigaciones y Estudios Superiores SC

Universidad Anáhuac México

Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac

Huixquilucan, Estado de México, C.P. 52786

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana.

Registro núm. 3407

Índice

AGRADECIMIENTOS	10
INTRODUCCIÓN	12

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1	Planteamiento del problema	18
1.1.1	Objeto de la investigación e importancia del estudio	18
1.1.2	Preguntas de investigación	20
1.1.3	Justificación de la investigación	21
1.2	Causas, diagnóstico y terapia de la infertilidad	21
1.2.1	Origen y causas del aumento en el porcentaje de la infertilidad	21
1.2.2	Diagnóstico de la infertilidad	22
1.2.3	Terapia de la infertilidad	23
1.3	Las Técnicas de Reproducción Asistida	25
1.4	Repercusiones y consecuencias de las Técnicas de Reproducción Asistida	26
1.4.1	Las Técnicas de Reproducción Asistida y la generación del ser humano	26
1.4.2	Las Técnicas de Reproducción Asistida y la práctica de la medicina (terapia-cura)	28
1.4.3	Las Técnicas de Reproducción Asistida y las relaciones de la pareja	29
1.4.4	Las Técnicas de Reproducción Asistida y sus riesgos	31
1.4.5	Las Técnicas de Reproducción Asistida y sus resultados	32
1.4.6	Las Técnicas de Reproducción Asistida y sus consecuencias de tipo psicológico (asesoría adecuada)	33
1.4.7	Las Técnicas de Reproducción Asistida y la adopción	34
1.4.8	Las Técnicas de Reproducción Asistida y su relación con la Ética	35
1.4.9	Las Técnicas de Reproducción Asistida y el proceso de experimentación en la biología animal	37

1.5	Caminos para afrontar esta situación. Revisión de la literatura	37
1.5.1	Juicios teóricos de valor	38
1.5.2	Estudio de campo	39
1.5.3	Revisión de la literatura	40

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1	Hipótesis	49
2.2	Diseño del estudio	50
2.3	Población y muestra	53
2.3.1	Población	54
2.3.2	Selección de la muestra	56
2.4	Instrumento e identificación de las variables del estudio	57
2.4.1	Elaboración del instrumento (cuestionario)	57
2.4.2	Identificación de variables por secciones del cuestionario	60
2.5	Procedimientos específicos en la recolección de datos	70
2.5.1	Estudio cuantitativo	70
2.5.2	Estudio cualitativo	73
2.6	Análisis de los datos	75
2.7	Confiabilidad y validez del cuestionario	75
2.7.1	Confiabilidad	75
2.7.2	Validez	77

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1	Datos generales de la muestra (sección 1)	78
3.1.1	Datos sociodemográficos	78
3.1.2	Antecedentes clínicos	81
3.2	Experiencias al buscar las Técnicas de Reproducción Asistida y/o la adopción	84
3.2.1	Grupos que visitaron clínicas de fertilidad y/o médico especialista	84
3.2.2	Grupos que recurrieron o no a las Técnicas de Reproducción Asistida	85
3.2.2.1	Propuesta de las Técnicas de Reproducción Asistida	85
3.2.2.2	Grupos y número de individuos que se sometieron a las Técnicas de Reproducción Asistida	86
3.2.3	Porcentaje de éxito de cada una de las Técnicas de Reproducción Asistida	88
3.2.4	Opción por la adopción	101
3.2.5	Reflexiones y conclusiones de esta sección	102

3.3	Atención e información recibida por parte de los profesionales	104
3.3.1	Modo y razones	105
3.3.1.1	Modo	105
3.3.1.2	Motivos de la visita	105
3.3.1.3	Razones del cambio de médico especialista y/o clínica de fertilidad	107
3.3.2	Consentimiento informado por escrito y contenido	109
3.3.2.1	Consentimiento informado	109
3.3.2.2	Información recibida en la carta de consentimiento informado y/o por el médico y/o personal de la clínica	110
3.3.3	Cambio de diagnóstico y tratamientos realizados en las clínicas de fertilidad	115
3.3.3.1	Diagnóstico diferente	115
3.3.3.2	Tratamientos realizados	116
3.3.4	Información sobre manipulación de embriones o células, costos y adopción	118
3.3.4.1	Información sobre la manipulación de embriones o células	118
3.3.4.2	Información sobre los costos	122
3.3.4.3	Información sobre la adopción	123
3.3.5	Grado de satisfacción o desconocimiento en relación con la información y asesoría recibida por parte de los profesionales	123
3.3.5.1	Sobre la información recibida	123
3.3.5.2	Sobre la asesoría recibida	125
3.3.6	Sensación al dejar la clínica de fertilidad y/o médico especialista y ante su problema de infertilidad	126
3.4	Grado o índice de conocimiento	143
3.4.1	Grado o índice de conocimiento de la pareja	143
3.4.1.1	Conocimiento previo y percepción del conocimiento de las Técnicas de Reproducción Asistida	144
3.4.1.2	Evaluación del grado de conocimiento de las Técnicas de Reproducción Asistida	150
3.4.2	Percepción del valor de algunos factores de información en la toma de decisión	172
3.4.2.1	A nivel general	172
3.4.2.2	Por grupos	173
3.4.2.3	Por reactivos	176
3.5	Grado o índice de asesoría (apoyo recibido)	189

3.5.1	A nivel individual	189
3.5.2	En relación con la pareja	195
3.5.2.1	Reacción como pareja ante su situación concreta de infertilidad	195
3.5.2.2	Ayuda recibida como pareja	196
3.5.3	En relación con la familia y la sociedad	199
3.5.3.1	Percepción del apoyo familiar	199
3.5.3.2	En relación con la familia y la sociedad	202
3.5.4	En relación con el trato del médico especialista	205
3.6	Grado o índice de formación (formación previa)	207
3.6.1	Formación en relación con el factor “sexualidad-generación”	208
3.6.2	Formación en relación con el factor “formación religiosa”	214
3.6.2.1	Grado de religiosidad	214
3.6.2.2	Práctica religiosa	215
3.6.2.3	Relación entre el grado de religiosidad, práctica religiosa y las decisiones tomadas en torno a su proceso de infertilidad	215
3.6.2.3.1	Influjo de la religión en la decisión	215
3.6.2.3.2	Influjo de una posible ilicitud de las Técnicas de Reproducción Asistida en relación con su decisión	217
3.6.3	Formación en relación con el factor “adopción”	226
3.6.3.1	Diversas afirmaciones en torno a la adopción	227
3.6.3.2	La adopción como alternativa	229
3.6.3.3	Lo que más le costaba enfrentar	231
3.6.3.4	Opinión de la pareja sobre la adopción	232
3.6.4	Apéndice: diferencias más significativas encontradas entre el hombre y la mujer	239

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1	Discusión	255
4.1.1	Características de los <i>clusters</i> o grupos de encuestados en los que se dividió la muestra	255
4.1.2	Porcentajes de los individuos de la muestra a los que les propusieron las diversas Técnicas de Reproducción Asistida y porcentajes de los que finalmente se sometieron a las diversas Técnicas de Reproducción Asistida analizadas	257
4.1.3	Porcentajes de éxito reportados por las clínicas de fertilidad, los estudios internacionales y los obtenidos en la presente investigación para la FIVET/ICSI. La realidad del número de embriones producidos	258

4.1.4	En relación con las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas	260
4.1.5	Impresiones al dejar la clínica de fertilidad y/o médico especialista	262
4.1.6	Sensaciones de los encuestados ante su problema de infertilidad	263
4.1.7	Grado de conocimiento de los encuestados sobre las Técnicas de Reproducción Asistida	264
4.1.8	Grado de asesoría que recibieron los encuestados	267
4.1.9	Sobre la formación que poseían los encuestados	269
4.1.10	En cuanto al proceso por el que atraviesan las parejas	272
4.2	Revisión de las hipótesis	272
4.3	Debilidades y fortalezas de la investigación	275
4.3.1	Debilidades	275
4.3.2	Fortalezas	277
4.4	Recomendaciones	279
4.4.1	Propuestas de soluciones concretas	279
4.4.2	Propuestas para futuras líneas de investigación	281
BIBLIOGRAFÍA		283
ANEXOS		
Anexo 1	Carátula y cuestionario	292
Anexo 2	Glosario	315
Anexo 3	Procedimientos de pruebas de hipótesis	319

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer a todas las parejas que viven o vivieron el proceso de infertilidad y que, de una forma u otra, me han permitido conocer su experiencia. Agradezco en particular a todas las que han participado de manera activa en este estudio, dejando a un lado sentimientos negativos y sobreponiéndose a recuerdos dolorosos. Sin su colaboración no habría sido posible este estudio. Ellas fueron la motivación continua para seguir adelante a pesar de las dificultades que se me presentaron. Mi aprecio y reconocimiento para todas ellas.

Quiero mencionar de manera especial a Roberto Sánchez Mejorada y su esposa, la doctora María Inés Girault, padres de seis hijos adoptados, por su testimonio, compromiso y ayuda a tantas parejas que a lo largo de más de 20 años han entrado en contacto con ellos. Ellos me han hecho siempre partícipe de sus tristezas y alegrías, y han sido un ejemplo que me ha animado enormemente a seguir apoyando a cientos de parejas con las que he entrado en contacto en los últimos 22 años de mi vida. Mi amistad, reconocimiento y respeto por siempre.

A todos mis hermanos y amigos en los que siempre encontré las palabras apropiadas para seguir adelante con este estudio, a pesar de mis ocupaciones. En especial quisiera nombrar al P. Rodolfo Mayagoitia, quien me ofreció todas las facilidades para mi trabajo, a los PP. Ramón Lucas, Gonzalo Miranda, Fernando Pascual y Roberto González. En ellos encontré siempre amistad y aliento para terminar esta investigación. No podría incluir aquí todos los nombres de personas y familias que me escucharon con paciencia y respeto, una y otra vez, y que han seguido esta investigación con verdadero interés. A todas ellas, muchas gracias.

Agradezco también a la Universidad Pontificia Regina Apostolorum, y de una manera especial a todas las personas de la Facultad de Bioética, que durante estos años me han apoyado en este proyecto. También a la Universidad Anáhuac México y en especial al Centro Anáhuac de Investigación, Servicios Educativos y Posgrado de la Facultad de Educación. Un reconocimiento especial a la doctora María del

Pilar Baptista Lucio y a Luis Medina Gual, que tan sabiamente me guiaron y ayudaron en todo el proceso metodológico y estadístico del presente estudio. En ellos encontré un ejemplo de amistad, profesionalismo, disponibilidad y de auténtico aprecio por la investigación.

Mi agradecimiento al grupo de expertos que con su consejo me ayudaron a elaborar el cuestionario del presente estudio, de una manera especial a los doctores Gerry Sotomayor, Martha Tarasco, Cristina del Burgo, Carlos Fernández del Castillo y Giovanna Rossi.

A todos los que motivaron a las parejas para que contestaran el cuestionario o narraran su experiencia. Sin su ayuda no hubiera sido posible llegar al número de cuestionarios y narraciones recabados. De manera especial va mi agradecimiento a las asociaciones de adopción, YOLIGUANI y VIFAC, a la Asociación Mexicana de Infertilidad (AMI) y a la doctora Pilar Calva, por su valiosa colaboración para aplicar los cuestionarios a través del portal Catholic Net.

A las señoras que me ayudaron a realizar las visitas guiadas, en especial, a Ana Paula Rivas, Ana del Carre, Tere Gómez. A Karen Jiménez y Priscila Carriedo por su ayuda en la investigación de las clínicas que existen en México. A los estudiantes de medicina Antonio Fernández y Erick Palacios por su entusiasmo y ayuda en la actualización de la bibliografía.

De una manera especial quiero dar las gracias a mi secretaria, la señora Elisa Gutiérrez, por su trabajo tan eficaz, por las numerosísimas llamadas y correos electrónicos que tuvo que hacer durante todos estos años. También, de una manera muy personal, a mi colaboradora de tantos años Maru Madero, por su paciencia, profesionalismo y disponibilidad total, principalmente en el formateo de la tesis, preparación de las gráficas y mapas conceptuales. Estoy seguro de que sin su ayuda no hubiera podido llegar a este momento.

Son muchas más las personas a las que tengo presentes. A todas ellas les agradezco su ayuda y les pido que se consideren nombrados, sobre todo en mi corazón, donde sólo Dios sabe lo que me ha costado realizar esta investigación.

Introducción

EL DRAMA DE LA INFERTILIDAD

El deseo de ser padres es, sin duda, una de las aspiraciones más hermosas y legítimas de una pareja que se une en matrimonio. La mayoría da por hecho que tendrán unos hijos a los que cuidar y educar. Pocas son las que, de antemano, tienen presente que esto puede no suceder.

El hecho es que algunas parejas comienzan a percibir, unas antes y otras después, que tienen dificultades para concebir. Es una realidad que empieza a inquietarles con mayor o menor intensidad e, independientemente de las causas de dicha situación, normalmente se convierte en un problema difícil de afrontar y que constituirá, para una buena parte de ellas, un verdadero desafío.

Esta realidad, este problema, ha existido desde siempre. Sin embargo, algo ha cambiado al respecto en los últimos tiempos. Antiguamente las soluciones no eran muchas: remedios caseros, una incipiente medicina de la reproducción, la adopción o la resignación a no tener hijos. No por eso se podría afirmar que los sufrimientos y dificultades con que vivieron las parejas esta problemática fueran menores que los actuales.

Sin embargo, hoy día el problema ha adquirido una mayor importancia, no sólo por el número de parejas que pueden presentar dichos problemas y que, como veremos en el capítulo 2 de este trabajo, en México oscila entre el 15% y el 17.5%, sino también por el avance continuo de las técnicas de reproducción asistida.

En la actualidad, el problema adquiere particulares características, debido a las posibilidades que se les presentan a las parejas para enfrentar el problema de la infertilidad. Y, concretamente, en los últimos 30, desde el nacimiento de la primera niña, en 1978, a través de la fecundación *in vitro*, se puede afirmar que algo ha cambiado de manera sustancial. Para muchas parejas se ha abierto un camino que po-

dría llamarse de “esperanza” y que se exhibe de diversas formas, principalmente en los medios de comunicación y en las páginas de información en internet que las clínicas de fertilidad poseen. Esta información se presenta como una solución relativamente fácil de alcanzar, sin quizás considerar, en muchas ocasiones, las consecuencias que estas técnicas pueden tener.

Mi experiencia personal de más de 22 años atendiendo y acompañando a parejas con diversas dificultades para poder concebir, me ha hecho sentir esta realidad de un modo muy personal y particular. Me he encontrado con casos de todo tipo, pero, a la vez, con unos rasgos comunes, donde los sentimientos y las emociones, las convicciones morales y religiosas, aunados al legítimo deseo de tener un hijo, imprimen una singular intensidad al proceso por el que estas parejas pasan e influyen en las decisiones que tendrán que tomar ante la extensa gama de posibilidades que se les presentan.

Con el fin de comprender mejor esta problemática, se presenta un extracto de un documento llamado “Carta al mundo”, escrito por psicólogos con experiencia en el tema, tanto en lo personal como en lo profesional, y que desde hace años se encuentra en diversos foros de infertilidad, libros y revistas. En ella se alude, por un lado, al modo de aconsejar y acompañar a estas parejas y, por otro, a lo que la mujer vive cuando se somete a los diferentes tratamientos de infertilidad. Aunque no se hace referencia directa al esposo, se puede entender que lo viven en pareja, aunque, en ocasiones, los sentimientos puedan ser diferentes en la mujer y en el hombre.

Puede sorprenderte que una de cada seis mujeres que quieren tener un bebé, no pueda concebir [...] cuando alguien que nos importa tiene un problema, es natural intentar [...] darle un consejo. A menudo, utilizamos nuestras experiencias personales o anécdotas [...] quizás recuerdas a una amiga que tenía problemas para quedar embarazada, hasta que ella y su marido fueron a una isla tropical. Por lo tanto, se te ocurre sugerir que ELLA y su esposo también se tomen unas vacaciones. ELLA aprecia tu consejo, pero [...] la idea le molesta mucho [...]. Imagínate lo frustrante que debe ser para ella oír hablar de otras parejas que “mágicamente” concibieron durante unas vacaciones, simplemente haciendo el amor. Para ELLA, que está en un tratamiento de fertilidad, hacer el amor y concebir un niño no se relacionan mucho. No puedes imaginar cuán duro ELLA ha estado intentando tener este bebé y cuán desanimada se siente cada mes, cuando se da cuenta de que falló otra vez. Tu consejo bien intencionado es un esfuerzo por transformar un predicamento extremadamente complicado en un problema muy simple. Al simplificar su problema de esta manera, has disminuido la validez de sus emociones, haciéndola sentir poco valorada psicológicamente [...]. La mejor

ayuda que puedes dar es tu comprensión y apoyo. Es más fácil apoyarla si puedes apreciar qué tan devastadora es para ELLA la incapacidad de tener un bebé. [...] cuando ELLA piensa que no puede tener un bebé, se siente como “mercancía defectuosa” [...] tan poderosos son los sentimientos conectados con la infertilidad, que la persona se siente muerta o quiere morirse [...]

En la década pasada, la medicina reproductiva hizo grandes avances para que se embaracen las mujeres que antes no podían hacerlo. A pesar de las esperanzas que estas tecnologías ofrecen, son un hueso difícil de roer [...] aun cuando el tratamiento está disponible localmente, la paciente debe soportar las visitas recurrentes al médico, aplicarse inyecciones diariamente, compatibilizar el trabajo y la vida social con los procedimientos y disponer de considerables sumas de dinero. Todo esto está precedido por una serie de exámenes, que pueden ser embarazosos y sumamente dolorosos [...] después de cada esfuerzo médico para embarazarla, ELLA debe aguantar la espera, que está salpicada con borbotones de optimismo y pesimismo. Es una montaña rusa emocional. No sabe si sus pechos hinchados son una señal de embarazo o un efecto secundario de las drogas de fertilidad. Si ve una mancha de sangre en su ropa interior, no sabe si el embrión está intentando implantarse o si su periodo está a punto de empezar. Si no está embarazada después de un procedimiento *in vitro*, puede sentir como si su bebé hubiera muerto. Mientras intenta vivir con este tumulto emocional, la invitan a una fiesta de bienvenida para el bebé de una amiga (llamada también *baby shower*) o a un bautizo, se entera de que una amiga o colega está embarazada o un día lee una historia sobre un infante recién nacido abandonado en un basurero. ¿Puedes imaginar su envidia y su rabia por las injusticias de la vida? Dado que la infertilidad penetra casi todas las facetas de su vida, ¿cómo puede sorprenderte que esté obsesionada en lograr su meta? Cada mes, ELLA se pregunta si éste será finalmente su mes. Y si no lo es, se pregunta si puede encontrar energía para intentarlo de nuevo. ¿Podrá costear otro procedimiento médico? ¿Cuánto tiempo más seguirá apoyándola su esposo? ¿Será obligada a abandonar su sueño? [...]

[...] sabe que no hay nada que puedas decir o hacer para ayudarla a quedar embarazada. Y ella teme que le hagas una sugerencia que le produzca aún más desesperación.

[...] lo más importante que debes recordar es que ELLA está perturbada y muy angustiada. Escúchala, pero no la juzgues. No empequeñezcas sus sentimientos [...], tus ganas de escucharla pueden ser una gran ayuda. Las mujeres infecundas se sienten alejadas de las otras personas. Tu habilidad para oírla y apoyarla la ayudará a manejar la tensión que está experimentando. Su infertilidad es una de las situaciones más difíciles que le tocará enfrentar.

[...] la vida cotidiana puede estar plagada de dificultades para una mujer infértil [...] se siente distanciada, excluida. El día de Navidad [...] ELLA recuerda lo que

pensó el año pasado: que el próximo año, ella tendría un nuevo hijo o hija para mostrar a su familia. Cada fiesta presenta una complicación para la mujer que no puede ser mamá [...] actividades mundanas como caminar por la calle o ir de compras a un centro comercial están llenas de trampas [...]. Mientras ELLA ve la televisión, es bombardeada por comerciales de pañales, comida de bebé y las pruebas caseras de embarazo [...] ver cómo cada mes su sueño no se cumple, puede dificultarle invertir energía para avanzar en su carrera.

Por favor, entiéndela. A veces ella estará deprimida. Otras, estará enojada. Algunas veces estará física y emocionalmente exhausta. ELLA no va a ser la misma de antes [...]. Está comprometida en una aventura agotadora —emocional y financieramente— con una baja probabilidad de éxito. Quizás algún día tendrá éxito. O quizás algún día se rendirá y optará por la adopción o se resignará a vivir una vida sin hijos. En la actualidad, sin embargo, ELLA no sabe qué va a pasar [...] no sabe por qué le ha tocado vivir todo esto. Nadie lo sabe. Lo único que sabe es que tiene que vivir con una angustia terrible todos los días.

Se percibe de inmediato que hay sentimientos, reacciones, etc., que sugieren tratar a las parejas con problemas de fertilidad de modo particular. Por ello, el presente estudio, por lo que ve al modo de afrontar esta problemática, se encuentra en la línea de lo que piensan autores como Giovanna Rossi y Pierpaolo Donati, entre otros.

Por un lado, Rossi indica que la forma de analizar el problema de la esterilidad no puede considerarse simplemente como una cuestión física o psíquica con sus implicaciones éticas, sino que debe ser considerado también en su dimensión social.¹ Esto se debe a que la infertilidad involucra al individuo de una forma integral, es decir, en sus dimensiones física, psíquica, afectiva, religiosa y relacional.

Por otro lado, Donati² sostiene que las parejas estériles son particulares, dado que deben afrontar un fuerte golpe emocional por la frustración que experimentan al no poder concebir un hijo de forma natural y, además, porque enfrentan un proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad que tiene un profundo impacto sobre la pareja. Este impacto suele estar caracterizado por sentimientos de culpa, pérdida, depresión, estrés, coraje, resentimiento; problemas que aún no han sido afrontados de manera adecuada.

¹ Cf. G. ROSSI, *Problemi sociologici emergenti nel merito del dibattito sulla procreazione assistita*, en «Medicina e Morale», vol. 43, n.1 (1993), pp. 166-167.

² Cf. P. DONATI, *Trasformazioni socio-culturali della famiglia e comportamenti relativi alla procreazione*, en «Medicina e Morale», vol. 43, n.1 (1993), p. 142.

Si se toma en cuenta lo expuesto hasta aquí, se puede observar que nos encontramos ante un problema de grandes dimensiones y que no se vive como un hecho puntual, sino como un camino complicado, con numerosas alternativas que pudieran ser parte de la solución para la infertilidad.

La pregunta que surge es: “¿cómo viven las parejas este proceso?” Se puede percibir que lo hacen de un modo muy intenso, tal y como nos adelanta el extracto de la “Carta al mundo”, antes expuesto. La forma de vivir dicho proceso se irá explicitando en los diversos capítulos, sobre todo al examinar y discutir los datos que se presentarán en el capítulo de Análisis de Resultados.

Los resultados confirmarán que, en muchos casos, las parejas toman decisiones precipitadas con el propósito de hacer frente al problema valiéndose de las técnicas de reproducción asistida (de aquí en adelante TRA), con escasa información, presionadas por el entorno social y esperanzadas en la tecnología médica que promete lo deseado, pero sin reflexionar suficientemente en las consecuencias y efectos de diverso tipo que estas técnicas tienen en la pareja.

METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DE LA TESIS

La tesis consta de un primer capítulo donde se analiza el diagnóstico y la terapia de la infertilidad así como algunas repercusiones y consecuencias de las técnicas de reproducción asistida. Así mismo, se hace una investigación de la literatura existente sobre el tema, principalmente en relación con uno de los dos caminos que se pueden seguir para afrontar la situación de las parejas con problemas de fertilidad.

En el segundo capítulo se describe la metodología de la tesis. Se definen las hipótesis, el diseño del estudio, así como la población y la muestra. Se hace referencia a la elaboración del instrumento de medición: un cuestionario cuidadosamente elaborado en varias etapas, la puesta en acto de dicho cuestionario, donde se recogió la opinión de 566 encuestados que han vivido la experiencia de la infertilidad y que contestaron a preguntas tanto abiertas como cerradas. Posteriormente se identificaron y definieron las áreas, subáreas y variables por secciones del cuestionario. Y finalmente, se describe la forma en que se recogió la información cualitativa que enriquece los datos cuantitativos, haciendo de esta tesis una investigación mixta. Se eligió un programa de análisis (SPSS) y se ejecutó el programa codificando y recodificando las diversas variables y grupos de análisis.

El tercer capítulo comprende el análisis de los datos y los resultados obtenidos en las diversas secciones del cuestionario, analizando e interpretando dichos resultados y profundizando algunos temas que se consideraron más interesantes para

la presente investigación. Todo el análisis de los datos cuantitativos fue matizado y enriquecido con los datos de la investigación cualitativa.

Finalmente, el capítulo cuarto recoge la discusión de los principales resultados obtenidos, la revisión de las hipótesis de la investigación, las debilidades y fortalezas del presente estudio y las recomendaciones en cuanto a las propuestas de soluciones concretas y las posibles futuras líneas de investigación.

Marco teórico

Este capítulo, que lleva por título “Marco teórico”, servirá para encuadrar la presente investigación y orientar los capítulos posteriores. Consta de cinco apartados:

- ♦ El primer apartado corresponde al planteamiento del problema.
- ♦ En el segundo apartado hará una breve referencia a tres aspectos complejos relacionados con el fenómeno de la infertilidad: el origen y las causas de la infertilidad, el concepto de diagnóstico y el concepto de terapia de la infertilidad.
- ♦ El tercer apartado alude a la historia y avances de las TRA, y al proceso tan complicado y doloroso por el que deben pasar las parejas con problemas de fertilidad.
- ♦ El cuarto apartado expone algunas de las repercusiones y consecuencias de las TRA que deben estar presentes en esta investigación como marco de referencia.
- ♦ Finalmente, el quinto apartado mostrará los dos posibles caminos para afrontar la infertilidad y examinará si la literatura obtenida se identifica con temas afines a la trayectoria elegida por la presente investigación.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Objeto de la investigación e importancia del estudio

De acuerdo con lo que se verá y profundizará en el inciso 1.5 de este capítulo, existen dos caminos para enfrentar el problema de la infertilidad y el recurso a las TRA. Uno va en la línea de los “juicios teóricos de valor” y otro parte de la investigación empí-

rica para entender mejor el problema. Esta investigación pretende sumarse a los esfuerzos que se han realizado en esta segunda dirección. El fin de la tesis no es, por tanto, aportar un juicio ético sobre las TRA, sino conocer a fondo el problema desde el análisis de las experiencias que viven las parejas que acuden a dichas técnicas.

La presente investigación explora, describe y relaciona variables, e intenta poner en evidencia los hechos que viven las parejas en relación con su fertilidad, a partir de una investigación empírica. El propósito de este estudio es hacer hablar a los hechos concretos, es decir, entender qué les sucede a las parejas con problemas de fertilidad: cuáles son sus sentimientos, prioridades, conocimientos, ayuda recibida, formación que poseen, etc., para así examinar las diversas razones que les llevaron a decidir por alguna de las opciones que se les pueden presentar: acudir a las clínicas de fertilidad o decidirse por la adopción, directamente o después de haberse sometido a las TRA.

Con los datos recabados en la presente investigación, se pretende sacar a la luz una serie de hechos y conclusiones que pueden ayudar a una reflexión más profunda y a una toma de conciencia más ponderada, con el fin de implementar acciones concretas en diversas direcciones. Así mismo, se busca analizar cuáles son las motivaciones principales en que se basan las parejas para tomar decisiones de cara a su problema de infertilidad.

Se intuye que las parejas que tienen, tendrán o tuvieron una mayor información, asesoría y formación en relación con algunos factores que después serán especificados, tienden a decidir de forma más ponderada y reflexiva, teniendo presente, desde un inicio, las posibles consecuencias, riesgos, etc., que pueden existir. En estos casos tienden a optar más por la adopción que por las TRA.

Por ello, se puede adelantar que la idea principal de este estudio es reflejar que, en la decisión por las TRA o por otra elección, influyen factores de tipo informativo, asistencial y de formación.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores, se parte de la siguiente premisa: el conocimiento que poseen las parejas cuando deciden utilizar las TRA es, en muchos casos, incompleto; la asesoría que reciben suele ser escasa y la formación insuficiente. Muchas parejas no se hubieran sometido a estas técnicas sustitutivas si hubieran recibido suficiente información, asesoría y formación.

Además, se indagará sobre el tipo de atención, diagnóstico, información y asesoría que los encuestados reciben en las clínicas de fertilidad o con el médico especialista.

En resumen, se pretende individuar los factores que rodean e influyen en la decisión de las parejas: el conocimiento previo de los procedimientos de las TRA, la

información que brinda el personal médico (ya sea en forma personal o escrita), la asistencia psicológica que reciben de otras personas y la propia formación moral que les ayuda a enfrentar situaciones personales, de pareja, así como de presión social y familiar.

Como novedad de la investigación se incluyen una serie de factores y variables que involucran a la pareja de forma integral, en su dimensión física, psíquica, afectiva, religiosa y relacional.

Para ello fue necesario implementar un instrumento de medición (cuestionario), que permitiera evaluar el nivel de información, asesoría y formación que recibieron las parejas, bien sea a través del contacto que tuvieron con las clínicas de fertilidad, o bien, a través de diversos medios y personas (asesores, formadores, etc.).

1.1.2 Preguntas de investigación

Las preguntas de investigación son las siguientes:

1. El trato recibido, el diagnóstico obtenido, así como la información y asesoría recibidas sobre los diferentes procedimientos y posibles riesgos para la madre y el embrión, proporcionados en las clínicas de fertilidad o por parte de los médicos especialistas, ¿cuán completos, satisfactorios y apropiados fueron?
2. Las parejas con problemas de fertilidad, en su proceso de decisión, ¿fueron informadas, asesoradas y formadas en las clínicas de fertilidad, por los médicos especialistas o diferentes personas?
3. ¿Cuál de los factores de conocimiento, asesoría y formación tuvo un mayor influjo en la pareja que se sometió, está indecisa o no se sometió a las TRA? ¿El deseo de tener un hijo “a toda costa” fue lo suficientemente grande como para sobreponerse a cualquiera de los riesgos y las consecuencias antes mencionados y no cambiar su decisión?
4. ¿Cuál de los anteriores factores no ejerció un influjo significativo en su decisión?
5. Tomando en cuenta los diversos grupos de análisis, ¿en cuál de los factores de conocimiento, asesoría y formación se presentaron las diferencias más significativas?
6. ¿Existen diferencias entre la mujer y el hombre en relación con los factores antes mencionados y, si es así, qué diferencias son las más significativas?

1.1.3 Justificación de la investigación

Al concluir la investigación, se espera lograr lo siguiente:

- ♦ Contribuir al establecimiento de un sistema de atención personalizado y completo que pueda ofrecer a las parejas con problemas de fertilidad una solución de carácter integral.
- ♦ Colaborar a un mejor y más completo conocimiento de las TRA, para que las parejas puedan tomar sus decisiones con información más exacta y completa.
- ♦ Generar mayor conciencia del influjo que los diversos factores de información, asesoría y formación tienen sobre las diversas opciones que se le presentan a la pareja.
- ♦ Poner de relieve los factores más significativos que las clínicas de fertilidad o los médicos especialistas deberían tener como prioridad, en relación con el trato, el consentimiento informado y los diversos tipos de asesoría que ofrecen a las parejas.
- ♦ Apoyar a parejas con problemas de fertilidad para que puedan recibir una mejor información, asesoría y formación acerca de las TRA y sus consecuencias, y puedan valorar otras opciones, como la adopción.
- ♦ Ayudar a afrontar las desilusiones a las que muchas parejas con problemas de fertilidad están expuestas cuando las TRA no producen los resultados previstos.
- ♦ Asimismo, como sucede en cualquier investigación, se espera generar más preguntas que estimulen otros estudios sobre el tema que influyan en médicos, profesionistas de la procreación, personal parasanitario y comités de bioética.
- ♦ Ayudar a crear nuevos instrumentos de investigación que permitan recolectar y analizar datos sobre problemas análogos en el campo de la bioética.

1.2 CAUSAS, DIAGNÓSTICO Y TERAPIA DE LA INFERTILIDAD

1.2.1 Origen y causas del aumento en el porcentaje de la infertilidad

Dado que existen varios términos para definir la incapacidad de concebir —esterilidad, infertilidad, subinfertilidad, infertilidad primaria y secundaria, etc.— y

aunque en el glosario de términos de este trabajo se definen los términos “esterilidad” e “infertilidad”, para nuestro estudio se utilizará el término de infertilidad para referirse tanto a uno como a otro, pues no afecta a los objetivos de nuestra investigación. Sólo se utilizará el término de esterilidad en citas o narraciones de la investigación cualitativa.

En cuanto al origen de la incapacidad para concebir, sólo se apuntan las causas que pueden proceder tanto del factor masculino, como del femenino o de la coexistencia entre ambos. Se podría citar a Di Pietro y Sgreccia, que indican que el 30% de los casos de infertilidad son de origen masculino, mientras que en el 20-30% de los casos son de origen femenino. En el 40-50% restante existe una coexistencia de causas masculinas y femeninas. Y, en la misma fuente, el porcentaje de infertilidad que se reporta para Italia es al menos del 15%.¹

Este porcentaje de infertilidad en algunos países va aumentando por diversas causas. Entre ellas se podrían simplemente señalar aquellas a las que hace referencia el libro citado de Di Pietro y Sgreccia.² Como factor principal está la edad en que la mujer busca el embarazo, edad que ha aumentado en la actualidad, debido al cambio de hábitos en la vida de la pareja. Otros factores estarían relacionados con el aumento de enfermedades sexualmente transmitidas, un mayor recurso a las técnicas contraceptivas y/o abortivas, el alcohol, el tabaco, las drogas, la alimentación y la contaminación del ambiente.

No es nuestra intención profundizar en este tema. Para un análisis más detallado sobre la etiología y epidemiología de la infertilidad de la pareja, recomendamos el estudio de Roberto Colombo.³

1.2.2 Diagnóstico de la infertilidad

Uno de los aspectos más importantes relacionados con la infertilidad, se refiere a los pasos que se deben cumplir para poder obtener un verdadero diagnóstico de la infertilidad, sobre todo en la sociedad actual, debido a los nuevos tratamientos y técnicas que existen para poder afrontarla.

¹ Cf. M. DI PIETRO - E. SGRECCIA, *Procreazione assistita e fecondazione artificiale. Tra scienza, bioetica e diritto*, Editrice la Scuola, Brescia, 1999, p. 11. Se hace también referencia a este artículo debido a la cantidad y calidad de la bibliografía consultada por los autores, que garantiza y avala la seriedad del estudio.

² Cf. M. DI PIETRO - E. SGRECCIA, *Procreazione assistita...*, pp. 11-14.

³ Cf. R. COLOMBO, *Diagnosi e terapia della sterilità, procreazione medicalmente assistita e fecondazione artificiale*, en E. SCABINI - G. ROSSI (ed.), *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'?*, *Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano 1999, pp. 15-28.

Según el estudio ya indicado de Colombo, el diagnóstico debería ser el primer paso necesario para toda pareja con problemas de fertilidad y la primera obligación por parte del médico.⁴ Ningún consejo o intervención debería preceder, y menos sustituir, a un auténtico diagnóstico. Dicha valoración debe pasar por las siguientes etapas:

En primer lugar, un diálogo profundo dirigido sobre todo a escuchar el motivo de la consulta y las expectativas de la pareja, y posteriormente recoger los datos de la anamnesis (historia clínica y familiar de la pareja que recoge el médico con el fin de encuadrar el diagnóstico). El médico debería examinar el posible estado de angustia, ansiedad, inseguridad, etc., en el que se pueda encontrar la pareja, así como sus características psicológicas y la personalidad de cada uno; también deberá tener presente la relación con los familiares que, a veces, puede complicar el cuadro psicológico que acompaña al problema de infertilidad.

Dado que las reacciones de la pareja, y sobre todo de la mujer, pueden ser muy variadas, el médico y su equipo deberían estar preparados para ofrecer una ayuda a la pareja, de modo que pueda afrontar los resultados del diagnóstico. Sólo así se podrá emprender un camino terapéutico.

En segundo lugar, un examen general y ginecológico de la mujer y, paralelamente, un examen andrológico del hombre.

En tercer lugar, los exámenes instrumentales, hormonales, ecográficos y radiológicos realizados con base en indicaciones clínicas precisas y evaluando los posibles riesgos para el paciente, así como los costos para la pareja y la sociedad.

Un equipo médico que esté preparado para realizar este tipo de diagnóstico, deberá esforzarse de una manera especial por informar y presentar a las parejas las posibilidades que tienen de concebir espontáneamente y que en muchas ocasiones son subestimadas o minimizadas; por ello, desde el inicio se les encamina a las costosas técnicas de procreación artificial.

1.2.3 Terapia de la infertilidad

Buscamos distinguir la diferencia entre intervención en la infertilidad a través de técnicas de reproducción asistida y lo que podríamos llamar una verdadera terapia de la infertilidad.⁵ Ésta última se podría definir como “cualquier tipo de intervención de naturaleza consultiva, psicológica, médica o quirúrgica dirigida a restaurar

⁴ Cf. R. COLOMBO, *Diagnosi e terapia...*, pp. 28-37.

⁵ Cf. R. COLOMBO, *Diagnosi e terapia...*, pp. 38-40.

o mejorar las condiciones psicofisiológicas necesarias para que pueda haber una concepción mediante la relación conyugal”.⁶

La primera cuestión es el conocimiento que la pareja debe tener sobre la sexualidad, los períodos fecundos y el recurso a ellos, un sano estilo de vida, un buen estado nutricional y unas relaciones personales y familiares que puedan crear unas condiciones favorables para el embarazo.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que cualquier tipo de apoyo psicológica personal o de pareja es muy importante, porque puede ayudar a encauzar los diversos tipos de sentimientos y sensaciones, de forma que se creen las mejores condiciones posibles para lograr el embarazo.

En tercer lugar —el aspecto más importante—, es la necesidad de seguir investigando sobre las causas propias de la infertilidad, de tal forma que haya una verdadera terapia médica y quirúrgica de la infertilidad. Actualmente no existe una terapia eficaz para todos los factores que pueden provocarla, aunque se deben tener en cuenta los significativos avances logrados en este campo.

La Instrucción *Donum vitae*⁷ comenta al respecto:

Muchos investigadores se han esforzado en la lucha contra la esterilidad. Salvaguardando plenamente la dignidad de la procreación humana, algunos han obtenido resultados que anteriormente parecían inalcanzables. Se debe impulsar a los hombres de ciencia a proseguir sus trabajos de investigación, con objeto de poder prevenir y remediar las causas de la esterilidad, de manera que los matrimonios estériles consigan procrear respetando su dignidad personal y la de quien ha de nacer.

En el caso de que las parejas no intenten seguir el camino anteriormente descrito, tienen las siguientes opciones: decidirse por la adopción, elegir alguna de las técnicas de reproducción asistida, que a continuación comentaremos, o no seguir ninguno de ellos y permanecer sin hijos.

⁶ R. COLOMBO, *Diagnosi e terapia...*, p. 38 (traducción propia).

⁷ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Donum vitae. Instrucción sobre el respeto de la vida naciente y la dignidad de la procreación*, Ediciones Paulinas, Santiago de Chile. II, B, 8.

1.3 LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA⁸

En 1978 se inició la historia de la procreación asistida, cuando el ginecólogo P.C. Steptoe y el biólogo R. G. Edwards anunciaron el nacimiento de la pequeña Louise Brown, primer ser humano concebido a través de la FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo-Transfer)

Como ya se indicaba en la Introducción, desde entonces los avances de la procreación asistida han sido muchos. En estos más de 30 años, se han abierto numerosos caminos de solución para las parejas que viven la realidad de la infertilidad, posibilidades que pueden ser conocidas a través de los medios de comunicación social, de la publicidad que se realiza en internet, periódicos, revistas, etc., o de parejas que han recurrido a este tipo de técnicas con todo tipo de resultados y experiencias.

En cierta manera se ha puesto en evidencia que el avance de la técnica no ha ido en paralelo a la reflexión ética que comportan estas técnicas y menos aún a su reglamentación jurídica. De esta forma hay países, como es el caso de México, donde las posibilidades de acudir a dichas técnicas no están reguladas por ningún tipo de ley.

Las opciones de tratamiento que se han ido desarrollando para tratar el problema de la infertilidad, en el campo de las TRA, deberán ser examinadas y analizadas para ver hasta qué punto pueden ser consideradas como verdaderos tratamientos específicos de las causas que originan la infertilidad. Así mismo, deberán tenerse en cuenta las posibles consecuencias de diverso tipo y los potenciales dilemas éticos a los que la pareja, a veces sin conocerlos de antemano, tiene que hacer frente.

En este estudio no se pretende hacer una descripción o exposición de las diversas técnicas de reproducción asistida que hoy día existen y que continuamente se están perfeccionando, al menos en lo que a la cuestión técnica se refiere. Son numerosos los estudios que presentan una descripción detallada de los procedimientos de las distintas técnicas en general o de algunas de ellas en particular.

Para ello se pueden consultar algunos autores⁹ que describen las técnicas de reproducción asistida en cuanto a los procedimientos, riesgos, consecuencias, etc., con una amplia bibliografía sobre temas particulares.

⁸ Aunque en el glosario de este trabajo viene definido lo que en la presente investigación se entiende por Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), aquí nos referimos al conjunto de técnicas o procedimientos médicos encaminados a tratar la infertilidad o esterilidad de la pareja y que, principalmente, sustituyen el proceso fisiológico natural (sustitución del contacto sexual), reproduciéndolo artificialmente con el fin de que ocurra la fertilización.

⁹ E. SGRECCIA, *Manual de Bioética*, Diana, México, 1996; F. BONILLA MUSOLES, *Reproducción asistida: abordaje en la práctica clínica*, Médica Panamericana, México, 2009; M. DI PIETRO -

Ginecólogos, psiquiatras y asesores consultados (y también mi propia experiencia personal), que han estado en contacto con parejas con problemas de fertilidad, han observado que cuando éstas enfrentan dicha situación de infertilidad, entran en un *proceso* en el que, presionadas por una situación muy intensa y dolorosa, en muchos casos llegan a tomar decisiones precipitadas y no muy acertadas, por no tener los elementos necesarios para un correcto discernimiento. Así mismo, las parejas dan a entender que pasan por problemas y situaciones de diverso tipo sin la suficiente asesoría para afrontarlos.

El tema de estudio, por tanto, es de gran relevancia dentro del campo de la Bioética, no sólo por las razones antes expuestas, en cuanto al número de individuos que viven esta realidad, sino también por las consecuencias que estas técnicas de reproducción asistida podrían tener en las parejas.

En el siguiente apartado se tratará de formular algunas de estas consecuencias, sin pretender hacerlo de manera exhaustiva, pero sí suficientemente como para observar que es un tema que requiere reflexión, estudio y análisis constante.

1.4 REPERCUSIONES Y CONSECUENCIAS DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Entre las consecuencias y desenlaces de diverso tipo que pueden traer las TRA se pueden enumerar los siguientes:

1.4.1 Las TRA y la generación del ser humano

En su conclusión, el estudio de Colombo¹⁰ ya citado, hace alusión al nacimiento de la primera niña nacida a través de la FIVET en Francia en el año 1982. La técnica fue aplicada por Jaques Testard (biólogo) y René Frydman (ginecólogo).

Colombo hace referencia a un libro escrito por Jacques Testard¹¹ en el que describe el momento en el que pasa el embrión de su mano, como biólogo, a la de Frydman para su transferencia al cuerpo de la madre.

E. SGRECCIA, *Procreazione assistita...*; N. GARCEA, *La Riproduzione Assistita. Da Luise Brown ad oggi*, Verduci Editore, Roma, 1999; N. GARCEA, *Le tecniche di fecondazione assistita*, en G. GARRONE, *Fecondazione extra corporea*, Piero Gribaudi Editore, Milano, 2001, pp. 14-35; E. TOSTI - B. DALE, *Fecondazione in vitro*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1995; D. K. GADNER - C. HOWLES - Z. SHOHAM, *Textbook of Assisted Reproductive Technologies: Laboratory and Clinical Perspectives*, Informa healthcare, Londres, 2008.

¹⁰ Cf. R. COLOMBO, *Diagnosi e terapia...*, pp. 77-79.

¹¹ J. TESTARD, *L'uovo trasparente*, Bompiani, Milano, 1986.

Comenta que junto a este pasaje técnico, que sucede cuando el embrión pasa de la mano del biólogo a la del ginecólogo, existe otro doble pasaje de tipo teórico, que ha marcado y puesto de manifiesto una serie de cambios, principalmente en dos temas de fondo: el concepto de generación humana y el concepto de medicina.

Las técnicas de reproducción asistida muchas veces han forzado la naturaleza de la generación humana, la dignidad del ser humano, la sexualidad e incluso el mismo concepto de familia.

La generación humana tiene unas características específicas, que están definidas no sólo por la dignidad personal de los padres, sino también por la del hijo y el derecho que tiene a ser concebido a través de un acto personal y amoroso de los esposos.

Con las técnicas de reproducción asistida existe la posibilidad de la procreación sin la relación sexual. De ahora en adelante, debido a las técnicas de reproducción asistida el ser padre y madre puede implicar la separación entre sexualidad y procreación.

Como comenta Herranz en su informe sobre la FIVET, “[...] en efecto, se da reproducción sin ejercicio de la sexualidad, pues la implantación artificial del embrión en la mujer no se sigue de la unión conyugal”.¹²

Por tanto, la intimidad del acto conyugal se ve sustituida por la intervención de terceras y cuartas personas pues, como hemos visto, estas prácticas requieren la presencia de los profesionales que las implementan; y en las ocasiones en las que se requiere un óvulo o esperma externo a la pareja, es necesaria la participación de donantes supuestamente anónimos.

Esta invasión de la intimidad y cambio en la conducta sexual también puede tener repercusiones en el deseo sexual que queda demasiado condicionado —programado— al día del coito para una mayor efectividad del procedimiento. Esta afirmación ya fue expresada en el extracto de la “Carta al mundo” que se presentó en la Introducción.

Por otro lado, el deseo de ser padres puede verse modificado por un predominio del deseo de la pareja de tener un hijo “a toda costa”, descuidando los derechos del hijo. Este deseo puede convertirse en la falsa concepción de un “derecho” a tener un hijo, con el consiguiente riesgo de pensar en el hijo como ser producido o “producto”, que tiene que satisfacer las exigencias de quien lo ha encargado. Como expresa Eugenia Scabini, “el hijo termina por representar una forma de realización del

¹² HERRANZ, Informe sobre la FIVET. Descripción, demanda social en España, valoración ética y legislación y jurisprudencia, en <http://www.unav.es/cdb/dhbgfhivet.html> (consultado: 12-12-2010).

adulto y de ser sujeto, sólo en cuanto objeto de gratificación del progenitor, llegando a ser, de esta forma, el término de la acción y del deseo del padre”.¹³

Pierpaolo Donati, en su artículo ya citado, expresa que hoy día para muchas familias el niño no es ya un bien incondicional, en el sentido de ser destinatario de un proyecto, sino como objeto de consumo que forma parte de una escala de preferencias circunstanciales.¹⁴

Estos sentimientos encontrados que se pueden suscitar en las parejas, sin lugar a duda producen no pocos sufrimientos y no permiten las condiciones adecuadas para seguir el mejor camino: uno que respete tanto los derechos de la pareja, como los del hijo.

De esta manera, las técnicas de reproducción asistida pueden contribuir a acentuar la reivindicación del derecho al hijo y traer como consecuencia un conflicto entre los derechos de los padres, el derecho a la maternidad y el derecho del recién nacido, cuestión que debe de ser atendida con esmero y minuciosidad.

Esta es la realidad, aunque no en todos los casos existirá el mismo grado de conciencia por parte de las parejas. Seguramente, aquellos cuyo interés sea el de la fecundidad y una paternidad biológica al precio que sea, optarán por las técnicas de fecundación. Por el contrario, quienes optan desde el primer momento por la adopción tendrán más presente en su mente el querer ser padre o madre, independientemente de que el hijo sea o no biológico. Esta es una realidad que simplemente se señala. Nuestra intención es profundizarla con los hechos y resultados que afloren, tanto de la investigación cuantitativa, como de la cualitativa.

1.4.2 Las TRA y la práctica de la medicina (terapia-cura)

De acuerdo con lo apenas expuesto sobre el diagnóstico y la terapia de la infertilidad, se deduce que las TRA no tienen una naturaleza terapéutica, es decir, no están destinadas a curar las patologías o anomalías de la infertilidad. Recurrir a ellas permite solamente superar temporalmente, y no vencer de modo definitivo, la imposibilidad de procrear, en cuanto que no elimina la causa de la infertilidad. Por ello la pareja, después de someterse a una técnica de reproducción asistida, continúa siendo infértil y, en el caso de querer un nuevo embarazo, tendría que recurrir a estas técnicas de nuevo.

¹³ E. SCABINI, *Bambini come figli*, en V. LONGO CARMINATI - CONSTANTINO V., *Essere Bambini oggi*, Vita e Pensiero, Milano, 1992, p. 28 (traducción propia).

¹⁴ Cf. P. DONATI, *Trasformazioni socio-culturali...*, pp. 127-129.

El recurso a las TRA se entiende normalmente como una oportunidad para que una pareja estéril pueda tener un hijo y no debería ser definida como terapia contra la infertilidad.

Podemos resumirlo con las palabras de Colombo en el artículo ya citado: “[...] la concepción y la práctica de la medicina de la procreación, han sufrido una transformación: de un servicio a la vida naciente [...] a un dominio sobre la vida naciente [...]”.¹⁵

1.4.3 Las TRA y las relaciones de la pareja

Otra de las consecuencias que quiere tener en cuenta esta investigación, es la que se refiere a las relaciones de la pareja, y que puede ser de diverso tipo: por un lado los cambios de conducta, sentimientos, emociones, etc., que los esposos experimentan a nivel personal; por otro, los cambios que se han introducido en las relaciones de la pareja, con los profesionales de la salud, con la misma familia y con la sociedad.

1. A nivel individual

Aunque los sentimientos, emociones y cambios de conducta que se producen a nivel individual no son exclusivos de las parejas que se someten a las técnicas de reproducción asistida, no obstante adquieren una intensidad y características especiales por lo que implica el recurso, a veces intenso y acelerado, a estas técnicas. En el capítulo de Análisis y Resultados se especificarán dichos sentimientos, emociones y cambios de conducta.

2. Relación con la pareja

Las técnicas de reproducción asistida pueden provocar situaciones de máxima vulnerabilidad emocional en la pareja, sobre todo, cuando hay donación de gametos y por tanto existe la participación de donadores externos, que pueden llegar a ser un factor importante de desestabilización. Sin embargo, estas experiencias también pueden ser motivo de una mayor unión y cohesión entre la pareja, pues se trata de un sufrimiento común que en la mayoría de los casos conduce a la armonía.

3. Repercusiones en el núcleo familiar

De la misma forma que en el apartado anterior y en casos extremos (fecundación artificial heteróloga y en la práctica llamado “útero de alquiler”), la configuración

¹⁵ R. COLOMBO, *Diagnosi e terapia...*, p. 78 (traducción propia).

de la familia tradicional y las reglas de filiación resultan trastornadas. En el caso extremo de un niño-probeta puede suceder que éste tenga hasta tres madres (biológica, portadora y legal) y dos padres (biológico y legal).

No obstante, en algunos casos, las parejas pueden estrechar sus lazos de amistad con la familia, los amigos y la sociedad en general.

4. Relación con el sistema sanitario

La información que las parejas reciben en las clínicas de fertilidad o por medio del médico especialista parece no coincidir con la percepción que ellas tienen de su propio conocimiento de las TRA y sus procedimientos. Por ejemplo, en un estudio de Blangiardo y Rossi,¹⁶ se reporta que el 93.4% de los hombres y el 92.1% de las mujeres consideran adecuada la información médica que se les proporcionó en los centros de reproducción asistida. Estos porcentajes contrastan con el 37.7% del total de la muestra que reportan no conocer ninguna técnica o conocer solamente una.

Los autores piensan que lo anterior puede ser interpretado como un acto de confianza hacia el sistema sanitario y en particular hacia el médico. Parecería que la pareja deja en manos del médico especialista la solución de su problema de infertilidad, con la convicción de que, como experto, encontrará el mejor camino. Quiere decir que en los momentos decisivos de la vida humana, la pareja en cierta forma abdica de sí misma favoreciendo una progresiva falta de responsabilidad de los sujetos directamente implicados. Esto supondría una falta de compromiso de las parejas, la cual es aprovechada por el médico especialista para elegir el procedimiento que crea más conveniente y adecuado para ese momento. También existe la opinión contraria por la que algunos autores creen que es un momento apropiado para ejercer la maternidad y la paternidad responsable.

El tema se abordará en este estudio juntamente con el análisis que se realizará sobre otros factores implicados en las visitas que las parejas realizan a las clínicas de fertilidad, como son el trato, el lugar donde se encuentran las instalaciones, el diagnóstico realizado, si existe un consentimiento informado por escrito o al menos de palabra; información sobre tratamientos, sobre embriones producidos y transferidos; riesgos, costos, porcentajes de éxito de las técnicas, información recibida en relación con el inicio de la vida humana y la adopción. Y, como complemento, se analizará el grado de satisfacción por parte de la pareja en relación con el trato, la información y la asesoría recibida.

¹⁶ Cf. . C. BLANGIARDO - G. ROSSI (ed.), *Viaggio fra le contraddizioni del comportamento riproduttivo: dal rifiuto del figlio alla sua ricerca "a tutti i costi"*, en P. DONATI (ed.), *Terzo rapporto sulla Famiglia in Italia*, San Paolo, Cinisello Balsamo, Milano, 1993, p. 294.

Así mismo, en el caso de México, habrá que distinguir entre clínicas de fertilidad que están debidamente acreditadas por alguna asociación internacional, médicos especialistas con equipo adecuado para la atención de los casos y aquellos médicos o biólogos de la reproducción que no cuentan con la preparación ni con las instalaciones adecuadas para la aplicación de las TRA, además de una atención a las parejas deficiente.

A este respecto se podrían recoger algunas de las ideas que Di Pietro y Sgreccia¹⁷ expresan con preocupación: muchas parejas refieren haber sido tratadas en parte como “recipientes de gametos”. En general no existen datos en relación con la asesoría que se ofrece a la pareja antes de la intervención. Se trabaja sin ningún tipo de reglamentación al respecto, vacío en el que se mueven imperturbables los que hacen de la fecundación artificial un verdadero y propio negocio, que daña a las parejas; aquellas parejas que creen ser protagonistas de las propias decisiones y que por el contrario no lo son.

1.4.4 Las TRA y sus riesgos

En consonancia con lo anterior, podemos decir que, aunque las TRA comporten un beneficio para la pareja, existen riesgos y efectos colaterales de diversa índole, entre ellos, se pueden citar los siguientes:

1. Riesgos para el embrión: son numerosos los riesgos para los embriones producidos a través de las TRA. Entre las acciones más frecuentes que se efectúan podemos enumerar:
 - a) La práctica del control de calidad que se realiza a los embriones producidos, mediante el diagnóstico antes de la implantación con el fin de asegurarse que no poseen defectos genéticos o “malformaciones bioquímicas”. Este método selectivo está a cargo del biólogo o del médico especialista, con el criterio exclusivamente personal. Parece ser que nos encontramos ante un vacío de información en cuanto al número de óvulos producidos en cada ciclo, los que son fecundados, transferidos, congelados y desechados.
 - b) Aunque no se dispone de información completa y suficiente, los expertos en la materia llegan a la conclusión de que, tanto la ICSI (Intracitoplasmic sperm injection) como la FIVET, conllevan un importante incremento del riesgo de malformaciones congénitas en comparación con la concepción natural.

17 Cf. M. DI PIETRO - E. SGRECCIA, *Procreazione assistita...*, pp. 69-70.

- c) En cuanto a los embriones sobrantes, que no serán transferidos a la pareja, quedarán congelados con varias posibilidades de destino: donación a otras parejas (el menos común), destruirlos (después de un plazo legal), o solicitarlos a los padres para que sean donados para la investigación.
- d) Pérdida de embriones debido a la propia técnica. Si se tiene en cuenta todos los intentos sin resultado positivo, el número de embriones no llevados a término es considerable. A este respecto se hace referencia a lo que comenta Gonzalo Herranz en su artículo citado:

El número de embriones que mueren por cada hijo nacido es muy elevado: si suponemos la cifra optimista de que uno de cada cuatro matrimonios que se someten a la técnica sale con un hijo en brazos, hay que suponer que, debido a la propia técnica, mueren todos los embriones transferidos a las mujeres en las que la FIVET no ha tenido éxito: tres mujeres, por tres embriones transferidos, por tres transferencias por mujer (que suele ser lo habitual), igual a veintisiete vidas humanas perdidas para conseguir un niño.¹⁸

- 2. Aumento de riesgos para la madre: el principal riesgo físico para la mujer, si se somete a altas dosis de hormonas o si se somete a tratamientos repetitivos del mismo tipo, es la posibilidad de serios trastornos de coagulación como tromboembolia o el síndrome de hiperestimulación ovárica.

También hay que tener en cuenta los riesgos que resultan de embarazos múltiples, una mayor incidencia de embarazos ectópicos, mayores riesgos en mujeres que superan los 35 años, etc.

Debido a la repetición y agresividad de los procedimientos, a la ansiedad con que se esperan los resultados, a los tratamientos hormonales, la mujer puede sufrir física y psicológicamente y verse reducida a la condición de un simple mecanismo reproductor.

1.4.5 Las TRA y sus resultados

Los porcentajes de resultados de las técnicas de reproducción asistida que se reportan en las diversas publicaciones son muy desiguales y oscilan entre el 20% y el 40%, dependiendo del tipo de técnica. Con frecuencia se encuentran porcentajes superiores a éstos, sobre todo cuando consultamos páginas de internet de las

¹⁸ HERRANZ G., Informe sobre la FIVET...

clínicas de fertilidad o escuchamos algunos testimonios de parejas que fueron a dichas clínicas.

Muchas parejas parecen estar dispuestas a pagar cualquier precio para poder tener un hijo y los médicos, no ajenos a los incentivos económicos, no les informan adecuadamente de los porcentajes reales de éxito de las técnicas.

Por otro lado, como ya se ha comentado, las clínicas de fertilidad reportan sus resultados sin tomar en cuenta los embriones producidos y los que quedan congelados. Sólo contabilizan los embriones transferidos.

Este apartado será estudiado cuidadosamente en la presente investigación y sus resultados se reportarán en el capítulo 3 de Análisis de resultados.

1.4.6 Las TRA y sus consecuencias de tipo psicológico (asesoría adecuada)

El hecho de recurrir a las TRA implica procesos largos y penosos. Es un camino de decepciones y esperanzas que puede implicar varios años de la vida de la mujer y de su pareja.

Parece ser una realidad la escasa ayuda y asesoría que reciben las parejas a nivel individual, de pareja, en relación con la familia y la sociedad. La presión psicológica a la que se enfrenta la pareja, en especial la mujer, es muy desgastante, pues el procedimiento, como ya se expuso, está lleno de dudas, inquietudes, sufrimientos, angustias, miedos, además de soportar los efectos de los medicamentos y enfrentarse a procedimientos fuertemente invasivos. El hombre, por su lado, se siente desplazado, debido a que el protagonista principal es el médico que atiende a su esposa y será el que haga posible que su esposa quede embarazada.

A este respecto se cita un trabajo que refiere que en los últimos años se han hecho estudios sistemáticos para determinar las dificultades experimentadas por las parejas estériles, con resultados contradictorios y complejos, por la influencia de un gran número de factores. Los dos problemas psicológicos que se estudian más son la angustia y la depresión. También presenta un resumen de diversos estudios que se han realizado en relación con la ansiedad en parejas que se someten a estas técnicas. Y como conclusión muestra que las parejas estériles tienen problemas psicológicos independientemente de la etiología y del tratamiento del problema.¹⁹

¹⁹ Cf. D. GUERRA DÍAZ, *Repercusiones psicológicas de la procreación asistida*, en J. GAFO (ed.), *Procreación humana asistida: aspectos técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1998, pp. 67-77.

Los sentimientos y sensaciones que experimentan las parejas ante un fracaso o repetidos fracasos constituyen una de las consecuencias negativas más delicadas que provocan estas técnicas.

Por otro lado, las consecuencias de tipo psicológico en las parejas que se someten a las técnicas de reproducción asistida heterólogas, donde uno de los gametos es donado por alguien ajeno a la pareja, produce situaciones aún más estresantes, donde los pensamientos y reacciones de diverso tipo se viven con mayor intensidad que cuando no hay donación de gametos. Así, por ejemplo, la mujer puede subvalorar a su esposo en razón del donador o al revés. Puede aparecer un sentimiento de haber traicionado al esposo y otros sentimientos de culpa y agresividad en sus relaciones. O también, el marido puede tener la reacción de ver al donador como más fuerte y fecundo, y generar sentimientos de inferioridad.

La problemática que se suscita en las parejas cuando las mismas clínicas de fertilidad les presentan la posibilidad de la donación de óvulos o de espermias, parece ser que puede incrementarse en el caso de que las clínicas de fertilidad no estén acreditadas por ninguna asociación internacional y que más bien podrían ser llamados “consultorios” o lugares donde el interés económico prevalece por encima de otros intereses. Esto puede crear situaciones en las que las parejas pueden sentirse utilizadas por someterse a unas técnicas que no han satisfecho sus expectativas.

1.4.7 Las TRA y la adopción

Es un hecho que existe un considerable número de parejas que optan por la adopción después de haberse sometido a las técnicas de reproducción asistida que no han tenido el resultado esperado.

Pero cuando las parejas están en el proceso o tienen en mente la posibilidad de acudir prioritariamente a las técnicas de reproducción asistida, es difícil que también estén pensando, con la misma intensidad, en la adopción. Puede suceder que las parejas consideran la posibilidad de adoptar, pero siempre como una segunda opción en el caso de que las técnicas de reproducción asistida no tengan resultados positivos.

Pueden tener una buena opinión y respeto sobre la adopción, pero no como primera opción. Los caminos que pueden seguir las parejas pueden ser varios, pero el más generalizado no es elegir la adopción, sino hasta haber agotado las posibilidades que les ofrecen las técnicas de reproducción asistida.

1.4.8 Las TRA y su relación con la ética

Todo lo anterior nos lleva a hacer una consideración en torno a la dimensión ética de las técnicas de reproducción asistida. Es un tema complicado por sus repercusiones, pero inevitablemente debemos tomarlo en cuenta para la presente investigación.

Las reflexiones siguientes están basadas en la Instrucción *Donum vitae*:²⁰

1. Se debe tener presente que no todo lo que es técnicamente posible es moralmente admisible. A este respecto debemos tener presente que “la ciencia y la técnica no pueden indicar por sí solas el sentido de la existencia y del progreso humano” (*D.V., Introducción n.2*). Éstas deben estar siempre al servicio del hombre, en este caso no sólo de la pareja, sino también del embrión en la etapa que se encuentre de su desarrollo. Esta afirmación debe estar en la base de una correcta valoración ética de las TRA. Las técnicas de reproducción asistida superan los márgenes de la ciencia médica, por las diversas implicaciones para la pareja y el embrión, hasta ahora señaladas, poniendo en discusión principios inherentes a la vida, a la sexualidad, a la dignidad del ser humano (en concreto en relación con el embrión humano), al consentimiento informado, a la relación entre sexualidad y procreación, a la paternidad y maternidad y al entorno familiar y social.
2. Se debe considerar el significado de antropología adecuada. A este respecto nos dice la *Donum vitae*:

[...] en virtud de su unión sustancial con un alma espiritual, el cuerpo humano no puede ser reducido a un complejo de tejidos, órganos y funciones, ni puede ser valorado con la misma medida que el cuerpo de los animales, ya que es parte constitutiva de una persona, que a través de él se expresa y se manifiesta [...] y una primera conclusión se puede extraer de tales principios: cualquier intervención sobre el cuerpo humano no alcanza únicamente los tejidos, órganos y funciones; afecta también, y a diversos niveles, a la persona misma [...]. Tales procedimientos no deben rechazarse por el hecho de ser artificiales; como tales testimonian las posibilidades de la medicina, pero deben ser valorados moralmente por su relación con la dignidad de la persona humana [...] (*D.V., Introducción n. 3*).

3. Hay que tener en cuenta los criterios esenciales para un juicio moral de las técnicas de reproducción asistida, en donde “los valores fundamentales re-

²⁰ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Donum vitae*, II, B, 8.

lacionados con las técnicas de procreación artificial humana son dos: la vida del ser humano llamado a la existencia y la originalidad con que esa vida es transmitida en el matrimonio” (D.V., *Introducción n. 4*).

Por tanto, las intervenciones técnicas deben de ser juzgadas a la luz de estos dos principios.

4. Se debe distinguir entre técnicas de reproducción asistida que *sustituyen el acto conyugal o que lo ayudan* a llegar a su fin. También, entre aquellas técnicas que sustituyen al acto conyugal, las implicaciones éticas son distintas, dependiendo del tipo de la técnica que se utilice, del número de embriones producidos, de su destino futuro, etc.
 - a) Las técnicas que facilitan al acto conyugal para realizar su fin pueden ser moralmente aceptadas, ya que están en grado de respetar la dignidad de los esposos y los derechos de la vida del aún no nacido. En este caso se trata de las TRA, que respetan tanto el significado unitivo como procreativo del acto conyugal: “Al hablar así no se proscribe necesariamente el empleo de ciertos medios artificiales destinados únicamente sea a facilitar el acto natural, sea a hacer llegar a su fin el acto natural normalmente llevado a cabo”.²¹
 - b) Un segundo nivel de intervención corresponde a aquellas técnicas en las que la generación de un hijo no se propone ya como una asistencia o ayuda a la concepción natural, sino como una sustitución de ésta, mediante la recolección de los gametos, la fertilización extracorpórea, el cultivo del embrión y su transferencia a la mujer.

Como señalábamos anteriormente, este tipo de técnicas puede tener diversas connotaciones de tipo ético dependiendo de:

- ♦ Si los gametos son de los esposos (TRA homólogos) o si uno de los dos o los dos gametos son del donador externo (TRA heterólogos).
- ♦ Si el número de embriones producidos se transfieren todos a la mujer, o por el contrario algunos de ellos son congelados o destinados a la investigación, transformándolos así en objetos de laboratorio. Hoy día asistimos al hecho de un enorme número de embriones congelados, perdidos o destruidos a causa de estas técnicas de reproducción asistida.

²¹ PÍO XII, Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de Médicos Católicos 29-9-1949.

- ♦ A esto se añade el hecho de que a veces los embriones son sometidos a un ulterior “control de calidad”, con la finalidad de eliminar aquellos que no ofrezcan las garantías necesarias. A esto podemos añadir también otros casos como la selección del sexo o la producción de alguno de ellos con el fin de ser compatibles con la enfermedad de alguno de sus hermanos ya nacidos.

1.4.9 Las TRA y el proceso de experimentación en la biología animal

Por último, se añade una observación en relación con las etapas que se deben recorrer en el proceso de la experimentación. Las TRA han pasado a la biología humana posiblemente con una cierta anticipación y sin un ensayo suficiente en animales y, por tanto, se corre el riesgo de estar experimentando con la raza humana.

A este respecto se puede citar a Angelo Serra: “[...] la medicina [refiriéndose a las TRA] está operando aún en una fase experimental con daños notables para una gran mayoría de las personas que están implicadas”.²²

Hoy día también se desconocen muchos de los efectos que estas técnicas pueden tener en los niños nacidos por medio de la fecundación extracorpórea, aunque comienzan a reportarse casos de malformaciones genéticas y complicaciones de diverso tipo.

1.5 CAMINOS PARA AFRONTAR ESTA SITUACIÓN. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Las posibles consecuencias descritas en el párrafo anterior y los resultados que se recogen principalmente en el capítulo de Análisis de resultados, hacen entrever la necesidad de continuar realizando una reflexión profunda y responsable sobre los diversos contenidos y cuestiones que comportan las TRA.

Es necesario preguntarse si es posible detener o incluso dar marcha atrás al avance que han tenido las TRA en los últimos años. El escenario actual, a nivel mundial, parece indicar que esto no será posible y que ocurrirá todo lo contrario: el número de clínicas de infertilidad irá en aumento y los tratamientos realizados en dichas clínicas, también.

Por ello, es ineludible efectuar una reconsideración de las TRA a fin de redescubrir, entre otros temas, el sentido de la generación humana (generar y ser gene-

²² ANGELO SERRA, Madri e "Figli della Proveta" en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/4416/798/> (consultado: 12-12-2010) (traducción propia).

rados), del curar (curar y ser curados) e insistir más en prácticas que conlleven un auténtico diagnóstico de las causas de la infertilidad.

Esto podría redimensionar algunas prácticas que no tienen como interés prioritario la persona humana, sino otro tipo de intereses, entre otros el económico, los resultados positivos o los porcentajes de éxito.

Merece la pena intentar descubrir nuevos caminos y examinar nuevas soluciones de tipo integral, donde las parejas puedan decidir, ante las diversas opciones que se les presentan, con un mayor conocimiento, una adecuada asesoría y una apropiada formación. La problemática de la infertilidad es tan compleja, en cuanto a los factores que están en juego, que no es fácil encontrar soluciones simples y sencillas.

Ante este panorama se puede señalar que existirían dos caminos que se pueden incursionar o seguir investigando. Nos referimos a los juicios teóricos de valor (1.5.1) y a los estudios de campo (1.5.2).

1.5.1 Juicios teóricos de valor

Los “juicios teóricos de valor” se han realizado frecuentemente sobre el tema y se pronuncian sobre la licitud de las TRA. Estos esfuerzos tienen como fin detener la difusión de dichas técnicas.

Son numerosos los documentos que se han publicado al respecto y aquí se enumeran algunos de ellos.²³ Estas iniciativas deben ser apoyadas con decisión, tratando de encontrar nuevas formas para explicar y presentar las razones profundas que están a la base de la moralidad de las TRA. No siempre es fácil explicar dichas razones a las parejas, para que puedan valorar y sopesar, antes de decidirse por ellas, las posibles consecuencias y dificultades que tendrían que afrontar. Lo anterior tanto desde el punto de vista individual como de pareja.

No obstante, como ya se indicaba, la experiencia muestra que las clínicas y centros de fertilidad van en aumento y podemos decir razonablemente que dicha

²³ E. SGRECCIA, *Manual de Bioética*, Diana, México, 1996; J. MARCO - M. TARASCO, *Diez temas de reproducción asistida*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2001; D. TETTAMANZI, *Il Figlio: Prodotto della tecnica o frutto del dono?*, en CONFEDERAZIONE ITALIANA DEI CONSULTORI FAMILIARI DI ISPIRAZIONE CRISTIANA, *La cicogna di vetro ovvero: La fecondazione di vetro*, Edizioni Salcom, Brezso di Bedero - Varese 1985, pp. 59-95; J. D. D. VIAL CORREA - E. SGRECCIA (ed.), *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2005; S. LEONE, D. TETTAMANZI, *Nuova Bioetica Cristiana*, Edizioni PIEMME, Casale Monferrato, 2000; M. D. VILA-CORO, *Huérfanos Biológicos. El hombre y la mujer ante la reproducción artificial*, San Pablo, Madrid, 1997.

tendencia seguirá. Pensamos que esto ocurrirá por diferentes razones, entre otras:

1. Por el deseo tan fuerte que puede tener una pareja de procrear un hijo biológico, el cual les lleva a buscar al hijo por cualquier camino, aunque el dolor y el costo puedan ser muy elevados.
2. La falta de convicción, por parte de los agentes involucrados en las TRA, de que el bien integral de las personas debe ser su principal preocupación.
3. El deseo constante de investigar y experimentar nuevas técnicas y procedimientos, lo cual con frecuencia conlleva la convicción de que todo lo que es técnicamente posible, es lícitamente ético y que la ética no debe detener el avance de la ciencia por ningún motivo.
4. Como ya se indicaba, detrás de estas técnicas parece existir, entre otros, un fuerte interés económico, por lo que muy probablemente las TRA no disminuirán.

1.5.2 Estudio de campo

El segundo camino va orientado a establecer juicios de valor prácticos a través de la visualización de las consecuencias que, en numerosas ocasiones, las TRA pueden tener por no reconocer como prioridad a la persona y sus valores fundamentales. Se trata de mostrar el proceso, los efectos, los resultados, las experiencias, etc., que el recurso a la fertilización *in vitro* ha tenido o tiene en las parejas. Esto permitirá a otros conocerlos y tomar una decisión con mayor conocimiento de causa.

Se pretende presentar una realidad que no ha sido mostrada por la mayoría de los medios de comunicación y por la información que ofrecen las clínicas de fertilidad.

Es fácil imaginar, e incluso identificarse, con la alegría de una pareja que ha tenido un hijo a través de las TRA. Sólo un número muy reducido de parejas lo consiguen y a veces a un costo muy alto. Frecuentemente nos encontramos con noticias o anuncios de parejas sonriendo por la obtención de un resultado positivo, pero pocas son las ocasiones en las que aparece la otra cara de la moneda: parejas con resultados negativos y mostrando en su rostro la tristeza, el dolor y la impotencia que esta situación les ha producido. Es fácil oír comentarios como “si nosotros hubiéramos sabido [...]”, “si alguien me hubiera explicado con mayor claridad [...]”, y otros semejantes.

Por otro lado, los médicos especialistas, los profesionales de la reproducción asistida y el personal parasanitario deberían tener en cuenta, no sólo intereses de

tipo económico, de resultados positivos o de investigación, sino una auténtica preocupación por ofrecer soluciones a las parejas, donde la prioridad sea el bien integral de la persona, prevaleciendo factores tales como un verdadero diagnóstico, una terapia de infertilidad, proporcionando la información necesaria para un auténtico consentimiento informado y ofreciendo una asesoría que comprenda las diversas opciones que la pareja tiene ante su problema de infertilidad, incluida la adopción.

Hoy en día existen en México unas 50 clínicas especializadas, de las cuales 30 cuentan con la acreditación que otorga la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (Red-Lara). Este organismo trata de verificar que las clínicas acreditadas por dicha asociación se atengan a las normas de operación internacional y registren anualmente los resultados obtenidos. No obstante, además de las clínicas que no están acreditadas por la Red-Lara, como se verá en otra parte del estudio, existen numerosos establecimientos y médicos menos capacitados que realizan diferentes TRA sin diagnóstico, sin el debido profesionalismo y con tasas de éxito muy bajas.

También los legisladores deben conocer a fondo el tema de las TRA, a fin de promulgar leyes que limiten sus consecuencias negativas. Cuando estas leyes no existen o son demasiado permisivas y tolerantes, no hay ni siquiera un límite legal que pueda reglamentar las prácticas de las clínicas y establecimientos.

Por último, la familia y la sociedad en general deberían estar más capacitadas para ayudar e informar con mayor objetividad y de diversas formas a las parejas con las que tienen contacto y se encuentran en esta situación de infertilidad. Es de vital importancia la asistencia psicológica que las parejas pueden recibir de asesores, familiares y amigos, para ayudarlas a enfrentar su situación personal.

1.5.3 Revisión de la literatura

Desde que se efectuó la primera revisión de la literatura, no se encontró ningún tipo de investigación —mucho menos para el caso de México y Latinoamérica— que abarcara la exploración de todos los factores y componentes de la presente investigación, esto es, el trato-atención que las parejas reciben en las clínicas de fertilidad, las tasas de éxito, el análisis de los factores de información-conocimiento, asesoría y formación, tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo.

No obstante, se hallaron diversos estudios de campo que analizan algunos de los factores antes mencionados y de las motivaciones que tienen las parejas con problemas de fertilidad, con el fin de medir el influjo que éstos han tenido en su decisión dentro del vasto abanico que se les presenta.

A continuación se exponen algunos de estos estudios que ayudaron de una u otra forma a la elaboración del cuestionario o a plantear algunos factores y variables de la presente investigación:

1. Un primer estudio italiano a tener en cuenta es el que realizó Giovanna Rossi,²⁴ al que anteriormente nos hemos referido, que está de acuerdo con la opinión de otros autores como Pierpaolo Donati, Marina Mengarelli y Franca Bimbi de que el fenómeno de las TRA debe ser visto como un problema social, que involucra al individuo en su dimensión física, psíquica, afectiva y relacional. Esto implica que las TRA tienen un impacto no sólo sobre el propio individuo y la pareja, sino también sobre la familia. Además, tiene un efecto sobre el concepto de paternidad y de los derechos del hijo que está por nacer. Esta realidad se encuentra presente, de forma más o menos explícita, en la mayoría de los estudios que se reportan.
2. El artículo precedente hace referencia a varios estudios. El principal de estos análisis es uno llevado a cabo por Gian Carlo Blangiardo y Giovanna Rossi,²⁵ también anteriormente citado, donde la pregunta fundamental de los autores es por qué las parejas recurren a las TRA y no a la adopción. El estudio se lleva a cabo teniendo como línea central las semejanzas y diferencias entre el varón y la mujer. Ellos son los dos grupos de estudio y análisis, en la vivencia de su problemática de infertilidad. También se insiste en que la infertilidad se vive como un hecho social total.

El estudio de campo se realizó a través de un cuestionario al que respondieron 113 parejas y 87 mujeres (en total una muestra de 313 sujetos) de siete centros que se dedican al diagnóstico y cura de la infertilidad (dos en Milán, tres en Roma y dos en Bari). Los resultados se presentan dividiendo la muestra en varones y mujeres, y observando las diferencias más significativas entre ellos. El que haya 200 mujeres y 113 hombres hace intuir la centralidad de la mujer en el proceso de las TRA, como de hecho también sucede en nuestra investigación.

Los factores que más se destacan son: la importancia del médico en cuyas manos se deja la solución del problema de infertilidad, la diferencia entre el conocimiento que dicen tener las parejas de las TRA y el que en realidad tienen, que es significativamente menor; la unión y acuerdo entre la pareja al momento de afrontar las TRA, la forma de vivir su problema de fertilidad individual y en pareja, el número de intentos a los que se han sometido, etc. Los resultados

²⁴ Cf. G. ROSSI, *Problemi sociologici...*, pp. 165-181.

²⁵ Cf. G. C. BLANGIARDO - G. ROSSI (ed.), *Viaggio fra le contraddizioni...*, pp. 245-298.

obtenidos en estos factores son semejantes a los que se presentan en el capítulo de Análisis de resultados de la presente investigación.

Se alude también a la comercialización de las TRA, en donde la demanda de las parejas ha encontrado eco en la oferta de las nuevas técnicas por parte de las clínicas de fertilidad, muchas de ellas sin el profesionalismo que debía esperarse.

3. Un estudio de campo desarrollado también en Italia es el realizado por la misma Rossi con Anna Scisci.²⁶ Las autoras comentan la dificultad para llevar a cabo este tipo de estudios de campo. También, en una entrevista mantenida con ella en agosto de 2004, la Dra. Rossi reiteró esta dificultad y la atribuía a dos razones. La primera está relacionada con la privacidad y la segunda con la cantidad de medios y esfuerzos que se requieren para aplicar un cuestionario de este tipo. Además, puso a nuestra disposición su cuestionario, el cual se reporta en el capítulo del Método y que ayudó a elaborar algunas de las preguntas del cuestionario del presente estudio. Dicho cuestionario también fue útil para centrar algunos temas de la presente investigación. Como en el anterior estudio de campo, el enfoque es principalmente sociológico o psicosocial, por lo que no abarca todos los factores de nuestra investigación.

De nuevo se hace hincapié en el tema de la procreación como un hecho social y no solamente biológico. La problemática de la infertilidad se vive principalmente como un hecho familiar.

El estudio se llevó a cabo en 1998, en diez centros, ocho de ellos privados y dos públicos, con un total de 133 parejas y con cuestionarios diversos en algunas preguntas para el hombre y la mujer. Hubo 14 cuestionarios que no fueron identificados y, por tanto, finalmente el estudio se realizó sólo sobre 119 parejas.

Se exponen los diversos aspectos de la investigación, entre los más interesantes para nuestro estudio son los relativos a los temas psicológicos, la relación de pareja, la relación con la familia y la relación con la sociedad, que constituyen básicamente el apartado 3.5 de nuestro capítulo de Análisis de resultados.

Los resultados se presentan principalmente dividiendo la muestra en varones y mujeres, y mostrando las primordiales diferencias que existen entre estos dos grupos. La mayoría de los datos sociodemográficos y clínicos coinciden básicamente con los de la presente investigación. También es importante la confianza que tiene la pareja en el médico especialista, así como su unión y cohesión

²⁶ Cf. G. ROSSI - A. SCISCI, *Sfide e contraddizioni di un nuovo modo di diventare genitori: riflessioni da un'indagine empirica*, en E. SCABINI - G. ROSSI (ed.), *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'?, Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano, 1999, pp. 269-315.

ante el problema de infertilidad. Un dato que se confirma en este estudio, como en nuestra investigación, es que las parejas creen conocer más de las TRA de lo que realmente saben.

En cuanto a los factores psicológicos, concretamente la presencia de depresión y la afectación de la autoestima, los porcentajes son ligeramente más elevados en este estudio italiano. Esto se puede deber a diferencias culturales que existen en la población italiana, generalmente en la población europea, y que no se encuentran en la población mexicana y latinoamericana.

Otro dato muy interesante es la ausencia de información que el personal de los centros de fertilidad proporciona a las parejas y que coincide en gran parte con los resultados obtenidos en los incisos 3.3 y 3.4 de nuestro capítulo de Análisis de resultados. También se muestra que el pertenecer a la Iglesia Católica y ser practicantes, en un alto porcentaje, no es para muchas de las parejas un factor determinante para recurrir o no a las TRA.

4. Existe otro estudio de campo que utiliza el cuestionario del estudio anterior y cuyo objetivo se centra en analizar las emociones y sensaciones que experimentan el varón o la mujer ante su problemática de infertilidad. El estudio fue llevado a cabo por Camillo Regalia y Raffaella Iafrate,²⁷ y los resultados obtenidos concuerdan fundamentalmente con los obtenidos en nuestra investigación. El análisis fue realizado sobre las mismas 133 parejas del artículo anterior, donde, como ya se señalaba anteriormente, 14 cuestionarios no fueron identificados, quedando 119 para el análisis.

Un primer dato que se confirma es que la situación de infertilidad refuerza la unión de la pareja y la mayoría de ellas prefieren vivirlo en la intimidad, sin hacer partícipes a la familia o los amigos. Esta situación se da más en el hombre que en la mujer.

Las diferencias entre el varón y la mujer coinciden con los datos obtenidos en el inciso 3.6.4 del capítulo de Análisis de resultados, donde la mujer aparece más vulnerable ante la problemática de infertilidad y trata de mantener la esperanza, frente a los fuertes sentimientos y emociones negativas que sufre. Por el contrario, el hombre aparece aparentemente más fuerte y aislado, quizás incapaz de sacar los sentimientos negativos que sin lugar a duda padece también.

²⁷ Cf. C. REGALIA - R. IAFRATE, *Ferita di sé, depressione e risorse delle coppie che si rivolgono ai centri di riproduzione assistita*, en E. SCABINI - G. ROSSI (ed.), *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'?, Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano, 1999, pp. 317-331.

5. Un quinto artículo corresponde a un estudio de campo realizado en Italia por Maria Luisa Di Pietro, Mancini y Spagnolo,²⁸ que afirma en primer lugar la necesidad de una asesoría integral a las parejas que comprenda todo el proceso por el que pasan: condiciones psicológicas, creencias, etc.

El análisis de la bibliografía realizado por los autores confirma que la asesoría, cuando la hay, se limita a la dimensión psicológica. Ésta debería formar parte de una ayuda o asesoría que abarcara otros aspectos, tales como las propias convicciones éticas, el concepto de persona y familia y la finalidad propia de la medicina. Los aspectos éticos están poco tratados en la literatura actual.

El estudio de campo consistió en el seguimiento del proceso de infertilidad de 25 parejas. De los resultados se desprende la desilusión de la pareja ante un comportamiento poco humano por parte de los médicos consultados, la carencia de información de los procedimientos de las TRA por parte de los médicos especialistas y la existencia de diagnósticos equivocados o incompletos... Otro punto destacable es que el varón se abre con mucha dificultad a esta problemática.

A través de la asesoría ética se puede proporcionar un acompañamiento más humano, además de ayudar a la pareja a que se guíe por los valores éticos para poder tomar la mejor decisión y emprender un camino personal y responsablemente informado.

6. Se hallaron dos estudios de campo realizados en México: Al primero de ellos haré referencia en el capítulo 2, pues lo he tomado en cuenta para la elaboración del cuestionario. Aparece recogido en un libro y fue realizado por la doctora María Inés Girault,²⁹ madre de seis hijos adoptados. Recoge su propia experiencia y la ayuda prestada a otras parejas.

En una primera parte expone algunas cuestiones sobre la infertilidad y la adopción. En ella describe las etapas del proceso de duelo que viven las parejas infértiles. En una segunda parte, reporta los resultados de un estudio de campo realizado a 53 individuos (27 mujeres y 26 varones) donde principalmente describe y compara diversas variables en un grupo de padres que recurrieron a la adopción, después de haberse o no sometido a las TRA. Los resultados a los que llega y las conclusiones que presenta en una gran mayoría son semejantes a las de la presente investigación.

²⁸ Cf. M. L. DI PIETRO - A. MANCINI - A. SPAGNOLO, *La consulenza etica nella sterilità di coppia*, en «Medicina e Morale», vol. 52, n. 6 (2002), pp. 1019-1038.

²⁹ M. I. GIRAULT, *Infertilidad. Cuando se cierra una puerta... se abre una ventana*, *Contenidos de Formación Integral*, México, 2000.

En el segundo estudio de campo³⁰ participan cinco mujeres con el diagnóstico de infertilidad definitiva, a las que se les aplica una entrevista en profundidad. El objetivo del estudio es proporcionar algunos elementos de análisis con el fin de mejorar la relación del médico con la paciente y reconstruir la ruta del padecer de estas mujeres. Al mismo tiempo concluye que la infertilidad se debe valorar desde un punto de vista global, no sólo biológico, sino también psicológico y social. Esta perspectiva permitirá mejorar la relación de la mujer con el médico. Los autores también reportan no haber encontrado en la literatura nacional estudios de campo similares. Sólo hallaron unas referencias a la infertilidad en cinco publicaciones que no las consideraron propiamente como un tema de estudio.

7. Se encontró una investigación con un enfoque cualitativo, realizada en el Reino Unido, a través de un estudio de campo aplicado a un total de 230 mujeres³¹ que se habían sometido a tratamientos de infertilidad y habían dado a luz. Se les preguntaba sobre el desarrollo del tratamiento, el dolor y la angustia, los costos emocionales y financieros, así como la atención que recibieron.

Las mujeres que han tenido resultados positivos se expresan de mejor manera sobre los médicos que las atendieron y narran en sus propias palabras la forma de mejorar la práctica y atención recibidas.

Muchas de las expresiones coinciden con el estudio cualitativo de la presente investigación. Las narraciones son en gran parte positivas al haber conseguido tener un hijo por medio de estos tratamientos y muestran que valió la pena pasar cualquier tipo de sacrificio, sufrimiento o dolor emocional. La investigación describe a unas mujeres que estaban dispuestas a pasar por todo lo que se tenga que pasar con gran estoicismo y valor.

Se observan diferencias en relación con el trato recibido por parte del personal especializado: por un lado, aquellas que se expresan de una manera muy positiva de la atención que recibieron y, por otro, las que soportaron un trato impersonal, incluso hostil e insensible.

En Reino Unido existe un sistema de crédito, pero para muchas de las encuestadas, el costo económico se convirtió en un verdadero problema. La incertidumbre sobre si será posible acceder a él puede transformarse en una angustia más.

³⁰ Cf. E. CASTAÑEDA JIMÉNEZ - H. H. BUSTOS LÓPEZ, *La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad*, en «Perinatología Reproducción Humana», vol. 15 (Ab-Jun 2001), pp. 124-132.

³¹ Cf. REDSHAW M. - C. HOCKLEY - DAVIDSON L. L., *A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant*, en «Human Reproduction», vol. 22, n. 1 (2007), pp. 295-304.

Concluye el estudio afirmando que la infertilidad es un problema que toca al núcleo de la persona.

8. Otro estudio con enfoque cualitativo³² fue realizado a través de un anuncio en un periódico local de Perth (Australia), donde seis parejas, entre 25 y 40 años, decidieron sostener una entrevista a fondo. Todas las entrevistas fueron grabadas y los datos preparados para su análisis.

El propósito del estudio fue examinar con profundidad la experiencia de estas parejas sometidas al tratamiento de la FIVET, llegando a la conclusión de que la infertilidad es un fenómeno esencialmente complejo, humano y social, en donde existen cambios en el estilo de vida desde el punto de vista físico y emocional.

Concluye también diciendo que las mujeres se sienten impotentes, aisladas de la sociedad, debido a su infertilidad y sumergidas en un proceso donde se pasa constantemente de la esperanza a la desilusión produciendo un gran desgaste emocional.

Se sugiere que los médicos y enfermeras deben de utilizar su experiencia y conocimiento para ofrecer un trato más cuidadoso a las parejas con problemas de fertilidad.

9. Se analizó otro estudio de campo realizado en Copenhague³³ a 1,169 mujeres y 1,081 hombres, con problemas de fertilidad. El estudio se realizó a lo largo de cuatro años aproximadamente. De dicha muestra, 1,069 correspondían a parejas, y respondieron un cuestionario que contenía preguntas sobre la historia reproductiva, aspectos psicológicos, motivaciones y expectativas del tratamiento, estrés, comunicación, relaciones sociales, modos de asimilar, etc.

El estudio se divide en dos secciones: la primera sobre las motivaciones y lo que esperan las parejas al ser atendidas, y la segunda es una evaluación de los servicios médicos y psicológicos recibidos, antes durante y después del tratamiento.

El objetivo era, por un lado, identificar las diferencias entre hombres y mujeres en las motivaciones para buscar la reproducción asistida y las expectativas que tenían en relación con los servicios médicos y psicosociales, y por otro, la importancia que le daban a los servicios psicosociales.

La mayoría de hombres y mujeres opinaron que los servicios psicosociales son fundamentales y tenían la intención de recurrir a ellos, debido al elevado estrés que su problema de infertilidad les causaba en lo personal, en su relación

³² Cf. M. IMESON - A. MCMURRAY, *Couples' experiences of infertility: a phenomenological study*, en «Journal of Advanced Nursing», vol. 24, n. 5 (1996), pp. 1014-1022.

³³ Cf. L. SCHMIDT - ET AL., *Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme*, en «Human Reproduction», vol. 18, n. 3 (2003), pp. 628-637.

de pareja y en relación con la sociedad. Por ello, se llega a la conclusión de que las clínicas de fertilidad deben brindar estas ayudas de tipo psicosocial.

10. Otros estudios de campo que se reportan están más enfocados a algún aspecto concreto y se trata más bien de observar el problema de infertilidad de las parejas, no tanto desde un punto de vista integral, sino aparentemente con la intención de conocer cómo se comportan y con la finalidad de optimizar el modo de enfrentar la infertilidad, a través de la FIVET u otra técnica de reproducción asistida.

a) Uno de ellos analiza los ajustes emocionales en las mujeres antes, durante y después de los tratamientos,³⁴ donde un total de 147 mujeres y 71 parejas completaron los cuestionarios. Los resultados muestran que, en las mujeres, aumenta el estado de ansiedad y depresión después de los tratamientos, y disminuye cuando el tratamiento ha tenido un resultado positivo. Por el contrario, los hombres prácticamente no muestran cambios, ya sea si el tratamiento tenga éxito o no. Después de seis meses, una buena parte de la muestra sigue presentando importantes problemas emocionales. Se reporta la necesidad de darle apoyo social y psicológico a estas parejas.

b) Otro tipo de estudios está enfocado a identificar las razones por las cuales las parejas abandonan los tratamientos.

El primero que se menciona es un estudio de campo realizado en Escocia³⁵ a 732 mujeres de 1,510 que respondieron a un cuestionario. La conclusión es que, aunque el factor económico tiene su importancia, la falta de éxito y el estrés psicológico son las principales razones por las que abandonan los tratamientos. Por ello, es necesario proporcionar una mejor información y apoyo con el fin de optimizar las tasas de continuidad de los tratamientos.

El segundo corresponde a un estudio de campo con enfoque cualitativo³⁶ realizado a través de entrevistas a 25 mujeres que habían decidido poner fin a su tratamiento de FIVET por no haber tenido éxito. Los resultados muestran que la mayoría de ellas no habían aceptado aún su problema o situación de infertilidad. Una gran parte de las mujeres se dieron cuenta de que las expectati-

³⁴ *Consecutive fertility treatment cycles*, en «Human Reproduction», vol. 20, n. 8 (2005), pp. 2253-2260.

³⁵ Cf. RAJKHOWA M. - A. MCCONNELL - THOMAS G.E., *Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study*, en «Human Reproduction», vol. 21, n. 2 (2006), pp. 358-363.

³⁶ Cf. V. PEDDIE - E. VAN TEIJLINGEN - S. BHATTACHARY, *A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment*, en «Human Reproduction», vol. 20, n. 7 (2005), pp. 1944-1951.

vas de éxito que tenían eran poco realistas y además se sentían vulnerables a las presiones de la sociedad. La decisión de terminar el tratamiento de la FIVET, aunque en algunas ocasiones constituyó una decisión difícil, fue para la mayoría un modo de salir de la angustia emocional que les producía el mismo.

Se observó la necesidad de mejorar las formas de ayudar psicológicamente a las parejas y de facilitarles la toma de decisiones.

- c) También se hace referencia a un artículo donde se presenta un instrumento, para la evaluación psicológica de las parejas con problemas de fertilidad en España.³⁷ Se trata de un cuestionario validado cuyo título es: “Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad” (DERA); una herramienta para detectar los desajustes emocionales, así como los factores de adaptación que la pareja puede tener en cuenta a la hora de hacer frente a los tratamientos de reproducción asistida y sus resultados.

También se mencionan, desde una perspectiva histórica, los principales factores y técnicas para evaluar a estas parejas en el aspecto psicológico.

- d) Finalmente son muchos los artículos que, aun no siendo estudios de campo, tratan los problemas psicológicos que enfrentan las parejas con dificultades para procrear. Las conclusiones a las que llegan son semejantes a las expuestas anteriormente. Para mayor información puede consultarse la página de internet del MGH *Center for Women's Mental Health (Reproductive Psychiatry Resource and Information Center)*.³⁸

³⁷ Cf. C. JENARO RÍO - MORENO ROSSET CARMEN - R. ANTEQUERRA JURADO - N. LORES ROBAINA, *La evaluación psicológica en infertilidad: el "DERA", una prueba creada en España*, en «Papeles del psicólogo. Madrid», vol. 29, n. 2 (2008), pp. 176-185.

³⁸ Cf. (2008) http://www.microsofttranslator.com/bv.aspx?ref=SERP&br=ro&mkt=es-MX&dl=es&lp=EN_ES&a=http%3a%2f%2fwww.womensmentalhealth.org%2fflibrary%2finfertility-and-mental-health%2f (consultado: 12-01-2011).

Metodología de la investigación

En el presente capítulo se detallan las diversas estrategias metodológicas que permitieron la recolección de los datos y la preparación de los mismos para su posterior análisis. Se especifica cómo fue el acercamiento a los sujetos de estudio. Consta de siete apartados.

- ♦ En el primer apartado se definen las hipótesis de nuestra investigación.
- ♦ En el segundo se especifican el tipo de investigación, tratándose de un estudio mixto; el diseño del estudio desde el punto de vista metodológico y el proceso de las parejas con problemas de fertilidad.
- ♦ En el tercero se delimita la población y cómo se seleccionó la muestra.
- ♦ El cuarto narra cómo se elaboró el instrumento de medición y se identifican las variables para las secciones del cuestionario.
- ♦ En el quinto se describe el procedimiento específico en la recolección de datos, tanto para el estudio cuantitativo como para el cualitativo.
- ♦ En el sexto se presenta el paquete estadístico con el que se codificaron los datos para su posterior análisis y se mencionan las pruebas estadísticas que se realizaron para la comprobación de las hipótesis.
- ♦ Y finalmente, en el séptimo, se realizó el análisis de confiabilidad y se evaluó la validez del cuestionario.

2.1 HIPÓTESIS

La respuesta a las preguntas de investigación del capítulo anterior estará guiada por un grupo de hipótesis que parte, por un lado, de la premisa siguiente: el trato o la atención, información, asesoría que reciben las parejas en las clínicas de fertilidad y/o con el médico especialista, no siempre es adecuada o completa; y por otro, de una propuesta central para la presente investigación: las parejas que optaron

por las TRA, lo hubieran hecho en menor medida si hubieran tenido más conocimiento e información de las TRA, sus implicaciones y riesgos, con una mayor asesoría en diversos aspectos y unos principios más sólidos de formación.

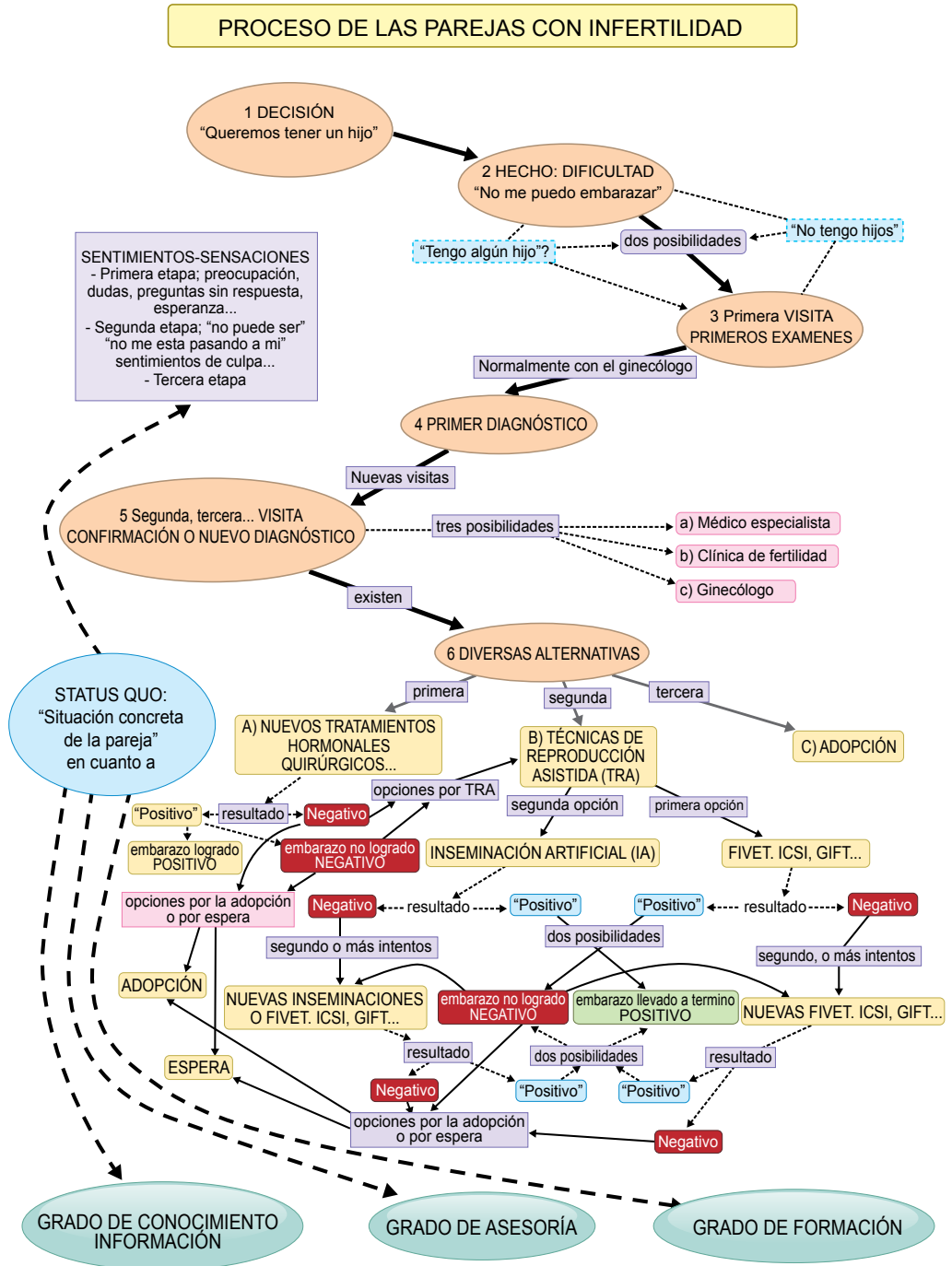
Esta premisa y proposición central está guiada por las siguientes hipótesis:

- ♦ H1: el trato o la atención, el consentimiento informado —escrito o de palabra— y su contenido, el tipo de diagnóstico, la asesoría recibida y la información que se proporciona a la pareja en relación con diversos aspectos como costos, uso de células o embriones, la adopción, etc., en muchas clínicas y/o por parte de los médicos especialistas es incompleta, insuficiente o inexistente.
- ♦ H2: si las parejas con problemas de fertilidad tuvieran un mayor conocimiento e información de lo que implican las TRA, éstas optarían menos por ellas.
- ♦ El conocimiento de las etapas del proceso y tipos de TRA, de los riesgos para la madre y el embrión, del inicio de la vida humana, de la probabilidad de quedar embarazada, de los costos económicos y de la posible ilicitud moral de dichas técnicas disminuye la opción de las parejas con problemas de fertilidad por las TRA.
- ♦ H3: Si se diera una mayor atención a las parejas con problemas de fertilidad, éstas optarían menos por las TRA.
- ♦ La asesoría psicológica recibida en lo individual para afrontar su relación con la pareja, con la familia, con la sociedad y con el médico especialista, disminuye la opción por las TRA en las parejas con problemas de fertilidad.
- ♦ H4: mientras mayor sea la preparación y la formación de las parejas con problemas de fertilidad, éstas optarán menos por las TRA.
- ♦ La formación en relación con la sexualidad-generación, la religión y la adopción, disminuye la opción por las TRA en las parejas con problemas de fertilidad.

2.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

La presente investigación presenta un enfoque cuantitativo y cualitativo, tratándose por tanto de un estudio mixto. Por un lado, la investigación cuantitativa permitirá generalizar los resultados de una manera más amplia y, por otro, la investigación cualitativa permitirá conocer a los encuestados y su historia concreta, proporcionando profundidad a los datos cuantitativos. Esto nos permitirá tener una mayor riqueza interpretativa.

Las alternativas que se les presentan a las parejas con problemas de fertilidad son muy variadas, como lo muestra el esquema de la siguiente página. Éstas van desde



acudir a las clínicas de fertilidad para pedir un diagnóstico, un tratamiento hormonal o quirúrgico hasta someterse a alguna de las TRA. También puede suceder que opten por la adopción directamente, o después de haberse sometido a algún tipo de TRA.

Es también importante recalcar que la problemática de fertilidad de las parejas se vive a través de un *proceso*. Por tanto, además de las diversas opciones o caminos que pueden seguir, los individuos de la muestra podrán encontrarse en alguna de las diversas fases que se muestran en el esquema anterior, habiendo finalizado dicho proceso o encontrándose al inicio del mismo o en alguna de sus fases intermedias.

Además, este proceso puede ser más o menos largo: unos directamente o después de un tiempo optarán por la adopción o por alguna de las TRA. Otros, en cambio, se inclinarán por los tratamientos iniciales y, si no obtienen un resultado positivo, optarán por alguna de las TRA, como puede ser la inseminación artificial, y, en caso de resultado negativo, elegirán la FIVET/ICSI y finalmente podrán decidirse o no por la adopción.

Por tanto, será necesario investigar el *status quo*, entendiendo este concepto en tres factores: en primer lugar, lo que las 566 personas entrevistadas conocían sobre las diversas TRA y la adopción, en la fase que constituyó para cada una el contexto en el que tomaron su decisión; en segundo lugar, la influencia que los datos psicológicos, familiares, sociales y religiosos ejercieron sobre sus reflexiones y sobre su decisión; y en tercer lugar, la motivación o motivaciones de carácter personal, como pareja y como familia, que les movieron a decidirse por las TRA y/o por la adopción. La característica común inicial para todas estas personas es el dolor de la infertilidad y la necesidad de tomar algún tipo de decisión en relación con las TRA o la adopción.

Aunque los individuos que constituyeron la muestra de este estudio en su fase cuantitativa y que contestaron a un cuestionario estandarizado pasaron por diferentes estadios, se recolectaron datos en un solo momento. Por tanto, se trata de un diseño transeccional, que correlacionará datos sobre el proceso de decisión con datos demográficos e individuales de los sujetos entrevistados.

Un estudio así necesita definir claramente qué y quiénes van a ser estudiados, a fin de que la evaluación describa la población de interés en las variables medidas. Por ello, se trata de un estudio descriptivo. Así mismo, debe considerarse un estudio correlacional, ya que verifica si el fenómeno estudiado cambia de acuerdo con variables como la edad de las personas, años de casados, sus conocimientos y formación religiosa previa. En resumen y conforme a R. Hernández, C. Fernández y P. Baptista,¹ se trata de un diseño no experimental, transeccional, descriptivo y correlacional.

¹ Cf. R. HERNÁNDEZ S. - C. FERNÁNDEZ C. - P. BAPTISTA L., *Metodología de la Investigación*, McGraw-Hill/ Interamericana Editores, México, 2006, pp. 99-120.

Para complementar lo anterior, el presente estudio tendrá en cuenta:

1. Un reporte de campo del tipo de clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas que existen en la República Mexicana, ya que existen diferencias en cuanto al profesionalismo del personal que trabaja en los establecimientos, su ubicación, y los tratamientos y técnicas que ofrecen.
2. Un análisis de los porcentajes de éxito que dicen obtener las clínicas de fertilidad comparándolos, en primer lugar, con dos reportes internacionales: uno de una asociación latinoamericana (Red-Lara) y otro de una asociación europea de reproducción asistida (ESHRE); y en segundo lugar, comparándolos con los porcentajes de éxito obtenidos en la presente investigación.
3. Un análisis del trato que reciben las parejas en las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas y el grado de asesoría e información que les ofrecen, bien sea de forma escrita (carta de consentimiento informado) o bien de palabra. Dicha comunicación debería comprender información sobre los procedimientos de las diversas TRA, embriones producidos, costos y adopción, etc.
4. Un análisis del contenido de las preguntas abiertas del cuestionario, donde algunos sujetos de estudio expresaron reflexiones y sentimientos sobre su experiencia; además se analizarán algunas narraciones de casos reales e informaciones conseguidas a través de internet en foros y páginas de información de las clínicas de fertilidad. Toda esta información está diseminada a lo largo de la investigación formal, especialmente en la parte de la investigación cualitativa.

En la fase cuantitativa del estudio, el objetivo es la descripción específica y acotada de las variables involucradas y su relación con las características de los sujetos, como pueden ser sus rasgos demográficos, el grado de información-conocimiento, la asesoría que recibieron y el nivel de formación ante el proceso que viven. La fase cualitativa, como ya se ha indicado, aporta profundidad y amplía la comprensión de las experiencias vividas por los encuestados.

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

A continuación se especificarán exactamente qué y quiénes van a ser medidos, con qué instrumentos, así como los métodos de recolección de datos y las técnicas de análisis de resultados.

2.3.1 Población

Para el presente estudio, la población está constituida por hombres y mujeres, parejas que durante la edad de procreación han tenido o tienen diversos problemas de fertilidad. Estas parejas han podido seguir diferentes caminos en la vivencia de su proceso de infertilidad, como ya se indicó. Concretamente las opciones más frecuentes serían las siguientes:

1. Un primer grupo estaría formado por aquellos encuestados que no se han sometido a ninguna TRA y pueden haber seguido alguna de las siguientes opciones:
 - a) Aquellos individuos que se sometieron a tratamientos quirúrgicos u hormonales en clínicas de fertilidad o con médicos especialistas, la mayoría en la República Mexicana, sin descartar experiencias de consulta o tratamiento en el extranjero, principalmente en EE.UU. y que después optaron por la adopción.
 - b) Los que optaron directamente por la adopción, sin someterse a ningún tipo de tratamiento o TRA.
 - c) Individuos que aún no han decidido qué camino seguir.
2. Un segundo grupo que se sometió a la inseminación artificial, bien sea que haya recurrido a tratamientos hormonales y/o quirúrgicos primero, y que al no obtener resultados haya optado por la adopción, pero sin recurrir a la FIVET/ICSI.
3. Un tercer grupo que también optó por la inseminación artificial, bien sea que ya haya acudido a tratamientos hormonales y/o quirúrgicos primero, y que después de resultados negativos, seleccionó por la FIVET/ICSI. Si en éstos últimos también hubo resultados negativos pudieron finalmente elegir o no el camino de la adopción.
4. Un cuarto grupo que, quizás después de someterse a tratamientos hormonales y/o quirúrgicos, seleccionó directamente la FIVET/ICSI. Posteriormente, si los resultados fueron negativos, optaron o no por la adopción.

Existen algunos individuos de la muestra que tuvieron algún hijo biológico y siguieron posteriormente alguna de las cuatro opciones anteriores.

Con el fin de determinar la proporción de la población mexicana que tiene algún problema de infertilidad, se hace referencia a dos estudios que analizan la sección

de infertilidad de la *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 de la República Mexicana*. Estos datos se refieren únicamente a mujeres en edades comprendidas entre los 15 y 49 años.

El primero de ellos, realizado por A. S. González Cervera, reporta que el “15% de las mujeres entrevistadas habían experimentado alguna vez durante su vida fértil un período de infertilidad de 12 meses o más”.²

Un segundo estudio, que analiza los mismos datos de la sección de infertilidad de la *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, fue realizado por E. Walker, P. Fernández y L. Suárez.³ Los autores agregan un cuestionario que se halla incorporado en un módulo sobre infertilidad, “el cual consta de 16 preguntas que exploran la prevalencia de infertilidad entre mujeres en edad reproductiva, las acciones tomadas por ellas para enfrentar el problema de la infertilidad, los servicios de salud consultados y el tratamiento recibido”.⁴

Esta sección fue contestada por 14,491 mujeres en edad reproductiva. Aplicando los factores de ponderación, según el presente análisis, el 17.5% informó tener problemas de fertilidad, que en México equivale aproximadamente a una población de 3,619,000 mujeres (tabla 2.1).

TABLA 2.1. MPOBLACIÓN DE ESTUDIO EN LA SECCIÓN DE INFERTILIDAD

Tipo de población	Datos sin ponderar		Datos ponderados	
	Núm.	%	Núm.	%
Mujeres con relaciones sexuales				
Total	14,491	100	20,638,498	100
Rural	3,844	26.5	4,744,685	23.0
Urbana	10,647	73.5	15,893,813	77.0
Mujeres que han tardado más de un año en embarazarse sin haber usado algún método anticonceptivo, querían embarazarse y tenían relaciones sexuales				
Total	2,720	18.8	3,619,540	17.5
Rural	722	18.8	852,450	18.0

² Cf. A. S. GONZÁLEZ C., *Subfecundidad e infertilidad en mujeres mexicanas*, en «Papeles de población», 050 (2006), pp. 277-291.

³ Cf. E. WALKER - P. FERNÁNDEZ - L. SUÁREZ, *Infertilidad*, en http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2007/Ana_Ma_Chavez_G/14_Análisis_secciones_infertilidad.pdf (consultado:12-12-2010).

⁴ WALKER- FERNÁNDEZ- SUÁREZ, *Infertilidad...*, p. 209.

Tabla 2.1 (continuación)

Tipo de población	Datos sin ponderar		Datos ponderados	
	Núm.	%	Núm.	%
Urbana	1,998	18.8	2,767,090	17.4
Mujeres que nunca se han embarazado sin haber usado un método anticonceptivo, que han tardado más de un año en embarazarse, querían embarazarse y tenían relaciones sexuales (infertilidad primaria)				
Total	209	17.7	282,834	14.8
Rural	49	25.4	48,176	20.1
Urbana	160	16.2	234,658	14.0
Mujeres alguna vez embarazadas que han tardado más de un año en embarazarse sin haber usado método anticonceptivo, querían embarazarse y tenían relaciones sexuales (infertilidad secundaria)				
Total	2,511	18.9	3,336,706	17.8
Rural	673	18.4	804,274	17.9
Urbano	1,838	19.0	2,532,432	17.8

El estudio concluye que “la infertilidad es un serio problema de salud en México y a nivel mundial. La prevalencia de infertilidad encontrada de 17.5% coincide con datos de otros países, si bien algunos estudios han arrojado porcentajes de hasta un 30%”.⁵

Para los países de Europa se podría citar a Antonio Pardo,⁶ el cual indica que el problema es considerable, ya que el 15% de los matrimonios padece problemas de fertilidad.

Esta subpoblación, que corresponde a aquellas parejas con problemas de fertilidad “diagnosticada” y que, en su mayoría, han acudido a algún tipo de consulta o ayuda médica, es la que queremos estudiar en el presente trabajo.

2.3.2 Selección de la muestra

En el caso de nuestra investigación, la muestra comprende 566 individuos ($n = 566$). Se trata de una muestra de hombres y mujeres de nivel económico medio y alto, que es justamente el segmento de la población que en la citada encuesta de la Secretaría de Salud aparece como el sector que, ante su situación de infertilidad, acude a tratamientos de reproducción asistida en clínicas privadas o con médicos especialistas.

⁵ WALKER- FERNÁNDEZ- SUÁREZ, *Infertilidad...*, p. 219.

⁶ Cf. 151A. PARDO, *La fecundación in vitro*, en «Mundo cristiano» III-96: <http://www.unav.es/cdb/dhbpfviv.html> (consultado: 12-12-2010).

Se trata de una muestra no probabilística, ya que el criterio de selección no es la aleatoriedad, sino que obedece al requisito específico de infertilidad, y al de haber contemplado las alternativas que se proponen en el apartado anterior. Así mismo, fue requisito para lograr la muestra la disponibilidad de los sujetos a contestar las preguntas del cuestionario, ya que se trata de un tema muy personal y no todos los que han pasado por esta situación están dispuestos a narrar su experiencia.

Fue una muestra dirigida para asegurar la representatividad de varias entidades de la República Mexicana; el método de selección fue el conocido como *bola de nieve*, donde informantes clave, o nodos de una red, se dirigen hacia otros sujetos con las características mencionadas, y éstos ya contactados, aceptan o no participar en el estudio. Como se explicará más adelante, se identificaron 131 nodos de red que motivaron a participar a sujetos que podían contestar tanto en formato escrito (envío a apartado postal) como en formato electrónico (internet). Con este método de selección se logró la participación de 418 sujetos. Así mismo, se invitó a participar por medio del portal www.catholic.net a unas 1,255 parejas que ya tomaban parte en la campaña “Baby match” de la sección de Bioética de dicho portal, donde se registran matrimonios que desean adoptar. Algunas de estas parejas que sufrían el problema de infertilidad accedieron a contestar el cuestionario. El resultado final fue de 148 cuestionarios contestados (tabla 2.2).

TABLA 2.2. NÚMERO DE CASOS POR MÉTODO DE MUESTREO

Método de muestreo	Por nodos de una red		Portal www.catholic.net.org	Total
	Escrito	Electrónico		
Número de casos	176	242	148	566
Porcentaje	31.1%	42.8%	26.1%	100%

2.4 INSTRUMENTO E IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

2.4.1 Elaboración del instrumento (cuestionario)

El instrumento fue diseñado específicamente para este estudio y los datos se recogieron a través de un cuestionario autoadministrado, lo que significa que los participantes recibieron el cuestionario y lo contestaron directamente. En la revisión de

la literatura no se encontró ningún cuestionario análogo al elaborado para la presente investigación. No obstante, se hallaron dos cuestionarios que sirvieron para tomar algunas ideas e incluso algunas preguntas.

El primero es el que elaboró la doctora María Inés Girault,⁷ que aparece reportado en su libro. El segundo, ya analizado en el capítulo 1, fue elaborado por las doctoras Giovanna Rossi y Anna Scisci,⁸ a las que se contactó para pedirles el envío de los cuestionarios (uno para varones y otro para mujeres) sobre el que realizaron su análisis, pues en el artículo mencionado sólo están reportados los resultados y las conclusiones. En su mayoría contiene preguntas cerradas, dicotómicas (sí o no, v-f, etc.), de frecuencias (número de veces), y con escalas de tipo Likert, donde al sujeto se le pide que, ante un conjunto de ítems o reactivos presentados en forma de afirmaciones, externé una reacción eligiendo una de las opciones en una categoría de escala, según Hernández Sampieri, *et al.*⁹

La elaboración de este instrumento constó de varias etapas, las cuales se describen a continuación:

Primera etapa: A partir del planteamiento del problema y de los objetivos que se pretenden en esta investigación, se inició una primera fase para formular una serie de preguntas que permitieran conocer, por un lado, los datos sociodemográficos de la muestra y, por otro, la experiencia particular y concreta que tuvo cada uno de los encuestados, basándose en las diversas opciones que se le presentaban. Así mismo, se elaboraron preguntas concretas para conocer cómo habían sido atendidos e informados en las clínicas de fertilidad; y, finalmente, preguntas que permitieran conocer el grado de información que los interesados tenían sobre los diversos aspectos de las TRA y sus posibles consecuencias, los tipos de asesoría recibida y el grado de formación en relación con la sexualidad-generación, la religión y la adopción.

Bajo estas consideraciones se hizo una primera versión del cuestionario con 130 preguntas, las cuales lo hacían prácticamente imposible de contestar. Por otro lado, el cuestionario inicial incluía preguntas que no estaban dirigidas a lo que se quería medir o que simplemente duplicaban la información. Fue una etapa tediosa y difícil. No obstante, se prefirió poner todas las preguntas que pudieran ser útiles para medir y analizar el tema que interesaba y someterlas en una segunda etapa al juicio de varios expertos.

⁷ Cf. M. I. GIRAULT, *Infertilidad...*

⁸ Cf. ROSSI-SCISCI, *Sfide e contraddizioni...*

⁹ Cf. R. HERNÁNDEZ S.-C. FERNÁNDEZ C.-P. BAPTISTA L., *Metodología...*, pp. 341 y ss.

Segunda etapa: El cuestionario con las 130 preguntas se sometió al juicio de tres autoridades en el campo de la Bioética, discutiéndose las diversas y fundamentales dimensiones y aristas del tema hasta reducirse a 86 preguntas. La discusión prosiguió con estos asesores, teniendo siempre presentes los objetivos del estudio. De esta forma se conformó un cuestionario de 58 preguntas.

Tercera etapa: El cuestionario con 58 preguntas fue enviado a un grupo multidisciplinario de 23 expertos, 13 hombres y 10 mujeres, que hicieron aproximadamente 400 observaciones y recomendaciones de diverso tipo, tales como el estilo de redacción, su comprensibilidad, la secuencia de las preguntas, la terminología médica, los aspectos éticos, etc.

Esta etapa fue la más interesante, debido a la riqueza y profundidad de las aportaciones de los expertos. Con la mayoría de ellos se sostuvo varias reuniones personales; con otros, comunicación por correo electrónico. Todo ello permitió exponerles con mayor detenimiento el objetivo de la presente investigación. De ahí que sus aportaciones y comentarios fueran muy valiosos, tanto para llegar al cuestionario final, como para enriquecer otras partes de la investigación.

El perfil de los integrantes del grupo se describe a continuación:

- ◆ Once doctores en Bioética, nueve de ellos doctores en medicina (cinco de España, tres de México, uno de EE.UU., uno de Italia y uno de Argentina).
- ◆ Cinco ginecólogos con especialidad en infertilidad (tres de México, uno de Italia y uno de Puerto Rico con residencia en EE.UU.).
- ◆ Tres doctores en Filosofía con especialidad en Bioética (dos de España y uno de México).
- ◆ Una psicóloga (México).
- ◆ Un genetista (México).
- ◆ Una doctora en Sociología de la Educación (Italia).
- ◆ Una doctora en Sociología (México).

Cuarta etapa: Finalmente se consideraron e integraron las recomendaciones del grupo multidisciplinario de expertos y posteriormente fue piloteado el cuestionario con cinco parejas que no se incluyeron en la muestra final. Estas parejas expresaron sus dudas, hicieron preguntas y observaciones sobre la claridad de los ítems, el sentido de algunas preguntas, la claridad del lenguaje, etc. Las observaciones fueron recogidas para mejorar la comprensibilidad del instrumento. Así mismo, se

tuvo en cuenta su reacción ante la necesidad de explicar mejor el anonimato y los objetivos del estudio.

De esta manera, se formuló la última versión del cuestionario con 56 preguntas y una carta aclaratoria que enfatizaba los objetivos del estudio, el respeto por la privacidad y las principales motivaciones para contestar el cuestionario, así como una petición de que lo hicieran con la información, ayuda y formación que tuvieron en el momento de tomar la decisión. Se recuerda también que las opiniones de todos los encuestados serán sumadas, integradas y analizadas, pero que nunca se comunicarán datos individuales que permitan identificar a los individuos que respondieron el cuestionario (ver Anexo 1, Carátula y cuestionario).

2.4.2 Identificación de variables por secciones del cuestionario

El cuestionario consta de seis secciones o áreas de investigación que componen las seis secciones del capítulo de Análisis de resultados.

En dichas secciones se presentarán los resultados en tablas y se irán observando, comparando y comentando los resultados más relevantes.

Para una mayor claridad en la presentación, algunas de las tablas que muestren los resultados más relevantes de la investigación, se sustituirán por gráficas que contengan la misma información que las tablas.

Las secciones 1, 2, 4, 5 y 6 del cuestionario son comunes, tanto a las parejas que optaron por las TRA, como a las que se inclinaron por la adopción o están indecisas.

La sección 3 es específica para aquellos que visitaron clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas en infertilidad. Esto no quiere decir que se hayan sometido a algún tipo de TRA. Las tablas siguientes sintetizan las seis secciones, las áreas y subáreas de investigación, las variables, el número de la pregunta en el cuestionario que mide dichas variables y la definición general del área de indagación.

1. En la sección 1 del cuestionario se consideran los datos generales de la persona que contesta el cuestionario, tanto los datos sociodemográficos, como sus antecedentes clínicos. Éstos últimos permiten clasificar su “*status quo*” al contestar el cuestionario.

TABLA 2.3. SECCIÓN 1 (CAPÍTULO 3, 3.1)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
3.1 Datos generales de la muestra		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
3.1.1 Datos sociodemográficos	Género masculino o femenino del sujeto entrevistado	1, 2, 3, 4	Los datos sociodemográficos especifican quién es el sujeto, su rol social y personal. Permiten identificar a cada sujeto con fines descriptivos y explicativos. También sus datos personales, que permiten conocer la situación inicial de cada sujeto.
	Ciudad y país de residencia		
	Estado civil, religioso o unión libre		
	Años de casado		
	Edad		
	NSE (sueldo aproximado)		
	Religión que el sujeto profesa		
	Educación formal		
3.1.2 Antecedentes clínicos	Tiempo que intentaron tener un hijo	5	Describen parte del devenir clínico de los encuestados. Con fines clasificatorios, este conjunto de variables permite conocer la situación de origen o antecedentes de cada sujeto.
	Embarazos de la esposa	6	
	Número de hijos concebidos de forma natural	7	
	Tiempo desde que tuvieron el último hijo	8	
	Número de hijos adoptados	9	
	Tiempo desde el último hijo adoptado	10	
	Causa de la infertilidad	11	
	Tratamientos iniciales	12	

2. El área de investigación de la sección 2 permite construir el proceso o experiencia particular de cada individuo, el peregrinar de la pareja por ginecólogos y/o médicos especialistas y/o clínicas de fertilidad y/o instituciones de adopción para buscar una solución a su problema de infertilidad, y los diversos grupos en los que se dividirá la muestra para el análisis estadístico, resultados y conclusiones del presente estudio.

TABLA 2.4. SECCIÓN 2 (CAPÍTULO 3, 3.2)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
3.2 Experiencias al buscar las TRA y/o la adopción		13, 14, 19, 22, 23, 24, 31	Indica el proceso o camino personal de cada individuo en el peregrinar por ginecólogos y/o médicos especialistas y/o clínicas de fertilidad y/o instituciones de adopción al buscar una solución a su problema de infertilidad.
3.2.1 Grupos que visitaron clínicas de fertilidad y/o médico especialista		13, 14	Indica el número de individuos que visitaron un médico especialista o clínica de fertilidad (esto no implica que se sometieron a algún tipo de TRA).
3.2.2 Grupos que recurrieron o no a las TRA		19, 22, 23, 24, 31	Muestra el proceso o camino que siguieron o están siguiendo los grupos de individuos a los que les propusieron las TRA, se sometieron a las TRA, frecuencia y tipo de TRA, resultados y su desenlace hasta el momento de responder al cuestionario.
	3.2.2.1 Propuesta de las TRA	19	Individuos a los que les propusieron algún tipo de las TRA.
	3.2.2.2 Grupos y número de individuos que se sometieron a las TRA		Definición de los grupos que se utilizarán en la mayoría de los análisis de esta investigación.
3.2.3 Porcentaje de éxito de cada una de las TRA		22, 23, 24	Cálculo de los resultados positivos, teniendo en cuenta el número de casos, intentos, embarazos y embarazos llevados a término (partos).
3.2.4 Opción por la adopción		31	Individuos que optaron por la adopción cuando las TRA no tuvieron un resultado positivo.

3. La sección 3 corresponde al área de investigación que indaga el trato que las parejas recibieron por parte de las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas, sobre la información que recibieron en términos de cantidad y calidad, si esta información fue suficiente en relación con algunos temas importantes y delicados, si fue por escrito y si se firmaba algún consentimiento informado o forma legal donde el paciente expresaba su voluntad de acceder a un tratamiento específico.

TABLA 2.5. SECCIÓN 3 (CAPÍTULO 3, 3.3)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
3.3 Atención e información recibida por parte de los profesionales		15, 16, 17, 18, 20, 21, 25, 26, 27 28, 29, 30, 32, 33, 43	Evalúa con quién fue, los motivos de la visita y/o cambio de clínica de fertilidad, consentimiento informado, diagnóstico, tratamientos y la calidad de información recibida en las clínicas y/o por médicos especialistas, la satisfacción por la información y asesoría recibida, así como la sensación que tuvo al dejar la clínica de fertilidad y/o médico especialista.
3.3.1 Modo y razones		15, 16, 33	
	3.3.1.1 Modo	15	Con quién fue.
	3.3.1.2 Motivos de la visita	16	Razones de la visita.
	3.3.1.3 Razones del cambio de médico especialista y/o clínica de fertilidad	33	Motivos por los que se cambió de clínica de fertilidad y/o médico especialista.
3.3.2 Consentimiento informado por escrito y contenido		26,27	
	3.3.2.1 Consentimiento informado	26	Indica si la clínica de fertilidad y/o médico especialista le dieron alguna carta de consentimiento informado.

Tabla 2.5 (continuación)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
	3.3.2.2 Información recibida en la carta de consentimiento informado y/o por el médico y/o personal de la clínica	27	Indica si en la carta de consentimiento informado o de palabra la pareja fue informada sobre lo que debían hacer, detalles del procedimiento de las TRA, efectos secundarios al practicar las TRA, efectos secundarios del síndrome de hiperestimulación ovárica, probabilidades de embarazo, riesgos de malformaciones para el embrión, costos y riesgo de embarazo múltiple.
3.3.3 Cambio de diagnóstico y tratamiento realizado en las clínicas de fertilidad		17,18	
	3.3.3.1 Diagnóstico diferente	18	Indica si hubo un diagnóstico diferente al diagnóstico inicial.
	3.3.3.2 Tratamientos realizados	17	Indica si le realizaron alguno de los siguientes procedimientos: historia clínica, exploración física, examen ginecológico y hormonal, tratamiento nutricional y quirúrgico, ultrasonido, laparoscopia u otro.
3.3.4 Información sobre la manipulación de embriones o células, costos y adopción		20, 21, 25, 30	
	3.3.4.1. Información sobre la manipulación de embriones o células	20, 21	En el caso de que en la clínica de fertilidad y/o médico especialista le propusieran las TRA, se indica la información que recibió la pareja en cuanto a si iban a trabajar con embriones o sólo con células; también se indica la información sobre el número de embriones a producir, cuántos iban a transferir al útero, si iban a congelar algunos de ellos y su posible destino.
	3.3.4.2 Información sobre los costos	25	Información sobre los costos y si éstos fueron superiores a los que dijeron en un principio.

Tabla 2.5 (continuación)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
	3.3.4.3 Información sobre la adopción	30	Si la pareja fue informada sobre la adopción como una alternativa.
3.3.5 Grado de satisfacción o descon-tento en relación con la información y asesoría recibida por parte de los profesionales		28, 29	
	3.3.5.1 Sobre la información recibida	28	Valoración del sujeto en cuanto a la información recibida por el médico especialista o el personal de la clínica de fertilidad.
	3.3.5.2 Sobre la asesoría recibida	29	Valoración del sujeto en cuanto a la asesoría recibida por parte del médico especialista y/o personal de la clínica de fertilidad.
3.3.6 Sensación al dejar la clínica de fertilidad y/o médico especialista y ante su problema de infertilidad		32, 43	Impresiones y emociones del sujeto al dejar la clínica de fertilidad y/o médico especialista, y dolor y sentimientos que le produjo su estado de infertilidad

4. En el área de investigación de la sección 4, se indaga el conocimiento previo que tiene un individuo sobre el tratamiento al que decide someterse, individualmente y/o como pareja. Hay en esta sección dos subáreas de investigación: La primera (3.4.1) tiene que ver con el momento en que la pareja obtuvo la información y el conocimiento en relación con distintos factores o componentes de las TRA.

La segunda (3.4.2) está relacionada con el influjo que tuvo o hubiera tenido dicha información en la toma de decisiones, el conocimiento de los riesgos y la ilicitud de las TRA.

TABLA 2.6. SECCIÓN 4 (CAPÍTULO 3, 3.4)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
3.4. Grado o índice de conocimiento		34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42	Indica la información, comprensión, entendimiento, discernimiento del sujeto sobre diversos factores y el posible influjo que estos factores tuvieron en la decisión.
3.4.1 Grado o índice de conocimiento de la pareja		34, 35, 36, 37, 38, 39, 40	Indica la información, indagación, comprensión del individuo, en cuanto al tipo de TRA, momento en que la obtuvo, sus etapas, riesgos, costos, inicio de la vida humana y probabilidad de quedar embarazada.
3.4.1.1 Conocimiento previo y percepción del conocimiento de las TRA		34, 35, 36	Explicita y profundiza el momento en que el sujeto obtuvo la información, lo que dicen conocer sobre las TRA y lo que en realidad conocen.
	3.4.1.1.1 Momento en el que se obtuvo la información	34	Tiempo en el que el sujeto obtuvo la información.
	3.4.1.1.2 Percepción y realidad del propio conocimiento sobre las TRA	35, 36	Valoración de la apreciación del sujeto sobre la información, comprensión y entendimiento de las TRA y si ésta coincide con la realidad.
3.4.1.2 Evaluación del grado de conocimiento de las TRA		37, 38, 39, 40	Grupo de reactivos que mide el conocimiento de facto sobre algunos procedimientos, etapas, riesgos etc., de las TRA.
	3.4.1.2.1 Las etapas del proceso de las TRA	37	Indagación del conocimiento del sujeto sobre las etapas del proceso de las TRA: recolección y capacitación del semen, extracción de óvulos, estimulación ovárica, fecundación extracorpórea, transferencia de embriones, reducción embrionaria, posibilidad de embarazos múltiples, micromanipulación de gametos y congelación de embriones.
	3.4.1.2.2 Algunos riesgos para la madre y el embrión	38	Conocimiento que el sujeto tiene sobre el síndrome de hiperestimulación ovárica, posibilidad de malformaciones genéticas en el embrión y aumento de las probabilidades de un embarazo múltiple al recurrir a las TRA.

Tabla 2.6 (continuación)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
	3.4.1.2.3 El comienzo de la vida humana	39	Investigación de cuándo empieza la vida humana: en el momento de la implantación en el útero, cuando el embrión alcanza alguna etapa del desarrollo, cuando se une el óvulo con el espermatozoide, no tenía una opinión al respecto o no sabía.
	3.4.1.2.4 La probabilidad de lograr un embarazo y de llevarlo a término	40	Información de la probabilidad de alcanzar un embarazo: menos del 50%, más del 50%, casi el 100%, no sabía.
3.4.2 Percepción del valor de algunos factores de información en la toma de decisión		42	Indica el influjo (peso, importancia) en la toma de decisiones del sujeto, que tuvo o hubiera tenido al conocer los posibles riesgos para la madre y el embrión, los costos económicos, la pérdida y congelación de embriones.
	Riesgos para el embrión	42-1	Influjo del conocimiento del peligro de posibles malformaciones para el embrión.
	Riesgos para la esposa	42-2	Influjo del conocimiento de los efectos secundarios para la esposa.
	Costos elevados	42-3, 41	Influjo del conocimiento de los costos elevados y cantidad a gastar en las TRA.
	Pérdida de embriones	42-4	Influjo del conocimiento de la probabilidad de pérdida de embriones.
	Congelación de embriones	42-5	Influjo del conocimiento de la posibilidad de congelar embriones.

5. La sección 5 del cuestionario corresponde al grado o índice de asesoría que recibió la pareja en su decisión.

TABLA 2.7. SECCIÓN 5 (CAPÍTULO 3, 3.5)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
3.5 Grado o índice de asesoría (apoyo recibido)		44, 45, 46, 47, 48, 49	Especifica el apoyo y ayuda que los individuos de la muestra recibieron a nivel personal, en relación con la pareja, con la familia, con la sociedad y con el médico especialista, en la toma de decisiones.
3.5.1 A nivel individual		44	Apoyo y ayuda psicológica que el sujeto recibe para afrontar los aspectos personales como autoestima, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión, etc.; sobre los aspectos técnicos de las TRA; sobre las implicaciones psicológicas de un fracaso en las TRA; sobre la posibilidad de la adopción y sobre los aspectos morales-éticos.
3.5.2 En relación con la pareja		45, 46	Modo de afrontar el problema de infertilidad como pareja y ayuda psicológica que recibieron como pareja en cuanto a los procedimientos de las TRA; el trato con la pareja, familia, sociedad y la posibilidad de considerar la adopción o acudir a una clínica de fertilidad.
	3.5.2.1 Reacción como pareja ante su situación concreta de infertilidad	45	Modo de afrontar el problema de infertilidad como pareja.
	3.5.2.2 Ayuda recibida como pareja	46	Ayuda psicológica que recibieron los sujetos como pareja en cuanto a los procedimientos de las TRA, el trato en la pareja, familia, sociedad y la posibilidad de considerar la adopción o acudir a una clínica de fertilidad.
3.5.3 En relación con la familia y la sociedad		47, 48	Ayuda que el sujeto percibe por parte de la familia para afrontar diversos eventos familiares o de la sociedad.
	3.5.3.1 Percepción del apoyo familiar	47	Ayuda que el sujeto percibe de parte de la familia.
	3.5.3.2 En relación con la familia y la sociedad	48	Ayuda que los sujetos recibieron para afrontar diversos eventos familiares o comentarios de la sociedad.

Tabla 2.7 (continuación)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
3.5.4 En relación con el trato del médico especialista		49	Ayuda y apoyo que los sujetos recibieron con el fin de poder solicitar un diagnóstico específico, las posibles terapias médico-quirúrgicas o asesoría para poder manifestar al especialista sus opiniones y recibir alternativas de solución afines a sus creencias y valores.

6. El área de investigación siguiente, correspondiente a la sección 6, explora la formación previa de los participantes, evaluada en tres factores: sexualidad-generación, formación religiosa y adopción.

TABLA 2.8. SECCIÓN 6 (CAPÍTULO 3, 3.6)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
3.6. Grado o índice de formación (formación previa)		50, 3, 51, 52, 53, 54, 55, 56	Percepción del influjo que tuvo la formación previa en la toma de decisiones de los sujetos.
	3.6.1 Formación en relación con el factor "sexualidad- generación"	50	Diversas afirmaciones, verdadero-falso, sobre el derecho a tener hijos, ser padres, la esencia de la sexualidad, el acto conyugal y la plenitud del matrimonio.
3.6.2 Formación en relación con el factor "formación religiosa"		3, 51, 52	Indica el grado de religiosidad, práctica religiosa y la relación entre el grado de religiosidad y las acciones efectuadas por los sujetos en torno a su proceso de infertilidad, así como el influjo que pudo tener en su decisión una posible ilicitud de las TRA por parte de su religión.
	3.6.2.1 Grado de religiosidad	51-1	
	3.6.2.2 Práctica religiosa	51-2	
	3.6.2.3 Relación entre el grado de religiosidad, práctica religiosa y las decisiones tomadas en torno a su proceso de infertilidad	51-3, 52	

Tabla 2.8 (continuación)

Áreas/subáreas de investigación	Variables	Preguntas/ Reactivos	Definiciones
	3.6.2.3.1 Influjo de la religión en la decisión	51-3	
	3.6.2.3.2 Influjo de una posible ilicitud de las TRA en relación con su decisión	52	
3.6.3 Formación en relación con el factor "adopción"		53, 54, 55, 56	Lo que el encuestado piensa sobre la adopción, reflejado en diversas afirmaciones y actitudes, además de lo que más le costaba asimilar o enfrentar y qué tan de acuerdo estaban como pareja en este punto.
	3.6.3.1 Diversas afirmaciones en torno a la adopción	53	Lo que el encuestado piensa sobre la adopción, reflejado en diversas afirmaciones.
	3.6.3.2 La adopción como alternativa	54	Lo que el encuestado piensa sobre la adopción, reflejado en diversas actitudes.
	3.6.3.3 Lo que más le costaba enfrentar	55	Lo que al encuestado más le costaba asimilar o enfrentar.
	3.6.3.4 Opinión de la pareja sobre la adopción	56	Qué tan de acuerdo estaban como pareja, en la adopción.

2.5 PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Estudio cuantitativo

La administración de los cuestionarios a las parejas en el presente estudio enfrentó una serie de dificultades que supusieron, en ocasiones, un verdadero reto. Entre otras razones, se enumeran las siguientes:

1. El proceso de infertilidad es muy doloroso para las parejas y en consecuencia muy pocas de ellas están dispuestas a hablar de su experiencia o expresan dificultades notables para hacerlo.
2. Como ya se indicó, la extensión y amplitud del cuestionario, a pesar de haberlo reducido a 56 preguntas, hacía que no resultara fácil de responder.

Incluso varias de las preguntas presentaban distintos reactivos o ítems que contestar. Uno de los doctores consultados que en su tesis doctoral (*Planificación familiar y consentimiento informado*, por Cristina López del Burgo, Pamplona 2005), tradujo un cuestionario del inglés al español, que constaba de 41 preguntas, vio la necesidad de reducirlo a 30, dado que en el estudio piloto con 25 mujeres, tardaban 30 minutos y expresaron que era muy largo, dejando un número considerable de respuestas incompletas. Este hecho le obligó a reducirlo para que no fuera tan extenso.

3. Algunas de las preguntas estaban relacionadas con los sentimientos más íntimos, y con las pruebas y adversidades más personales de su experiencia de infertilidad.
4. El tiempo promedio que se estimó para poder responderlo no sería menor de 40-45 minutos, eso lo hacía poco recomendable.

El reto se presentaba arduo y se enfatizó que los “nodos o puntos de red”, serían las personas clave para que hicieran una labor personal de motivación con vistas a la implementación del cuestionario. De esta manera, los informantes clave fueron motivados personalmente, con el fin de asegurarse de que sabrían transmitir los posibles beneficios que tendría el estudio para las parejas con problemas de fertilidad.

Por ello, con la mayoría de ellos, se trató de tener, en varias ocasiones, un contacto personal, telefónico o por correo electrónico, con el fin de que dieran un seguimiento personal y eficaz a las parejas con problemas de fertilidad, con las que podían entrar en contacto. De esta manera se aseguraban lo más posible de que el cuestionario fuera contestado, dado que al hacerlo de manera confidencial y anónima, no había seguridad de que fuera completado.

También en la carátula que antecedió al cuestionario, se indicaba el principal motivo y fin de la investigación: se les decía que contribuirían a una investigación, cuyos resultados y conclusiones podrían ofrecer a futuras parejas que se encontraran en una situación parecida, unas herramientas para poder sobrellevar su proceso de infertilidad con una mayor calidad, tranquilidad, información y asesoría.

Para detectar a los “informantes clave” o “puntos de red”, a partir del 1° de mayo de 2008 se mandaron más de 600 mensajes de correo electrónico a ginecólogos, personal paramédico, directores(as) de obras sociales, psicólogos(as), sacerdotes y personas conocidas, de las principales ciudades de la República Mexicana, que podrían conocer y entrar en contacto con parejas susceptibles de colaborar con nuestro estudio. En un primer momento se tuvo una respuesta de 131 personas, con

las que se continuó el contacto y se les envió un mensaje en el que se les comunicaba, tanto los objetivos de la investigación, como algunas ideas para la búsqueda de dichas parejas (que las mismas parejas buscaran a otras parejas, familiares, ginecólogos, médicos especialistas que quisieran entregar el cuestionario a sus pacientes, búsqueda en instituciones que se dedicaran a la adopción, etc.).

Finalmente, se les especificaban las diversas formas de contestar el cuestionario, bien a través de un formato escrito, el cual deberían imprimir, contestar y enviar por correo ordinario o bien utilizando un formato en línea, ingresando a internet.

Inicialmente la fecha para recabar los cuestionarios se fijó para el 15 de junio de 2008, pero dado que un buen número de “informantes clave” o “puntos de red” y parejas pidieron una prórroga, se aplazó la fecha de entrega hasta el 15 de julio. Los últimos cuestionarios fueron entregados a finales de julio y se dio por concluida su fase de recolección.

No puede saberse cuántos cuestionarios logró concretar cada uno de los puntos de red, debido al anonimato. Ni tampoco cuántas parejas fueron invitadas a contestar el cuestionario, pero se supone que fue un número de parejas considerable y que muchas de ellas por las razones antes expuestas, no lo hicieron.

Deben mencionarse explícitamente dos experiencias que permitieron recabar un número significativo de cuestionarios y que no se tenían previstas:

1. La primera experiencia fue que se pudo entrar en contacto con dos asociaciones de adopción, a través de las cuales se recabó gran parte de los cuestionarios escritos. Dichas asociaciones son VIFAC y YOLIGUANI. Las parejas que respondieron a los cuestionarios por medio de estas asociaciones, no son sólo parejas que se decidieron por la adopción como único camino, sino que parte de ellas lo hicieron después de resultados negativos en las TRA.
2. La segunda experiencia, como ya comentamos, fue el contacto con la página de Bioética del portal www.catholic.net. En su base de datos tenía 1,255 matrimonios, que aunque no todos eran matrimonios con problemas de fertilidad, sí lo era una buena parte de ellos. A todos ellos se les mandó un mensaje personalizado invitándolos, en el caso de que tuvieran algún problema de fertilidad, a responder al cuestionario. La expectativa de respuesta cuando se manda este tipo de mensajes por internet es de 0.8% (8 por mil), por lo que se podría haber esperado de 2,510 individuos unos 20 cuestionarios recabados; sin embargo, fueron 148 cuestionarios, los que se recogieron por este medio.

Una de las causas a las que se puede atribuir lo anterior y que merece la pena ser investigada para la implementación de futuros instrumentos de medición en otros

estudios, es que muchas de las personas estaban ya motivadas por toda la ayuda recibida a través de esta página de Bioética.

Esta experiencia puede abrir un campo para la implementación de cuestionarios, donde hoy día es un trabajo que supone un esfuerzo enorme de tiempo y personas. Y ésta es una manera efectiva de relacionarse con personas que poseen características, problemas, situaciones concretas a investigar y que a través del internet han sido motivadas, informadas, ayudadas e incluso formadas.

2.5.2 Estudio cualitativo

Teniendo presente la complejidad del fenómeno a investigar y que está revestido de numerosos matices y tonalidades, debido a los numerosos factores que inciden en las decisiones de los encuestados, es necesario tratar de llegar más allá de los datos meramente cuantitativos. Dicho de otra manera, tratar de ilustrar las cifras obtenidas a través de expresiones, recuerdos, vivencias y experiencias narradas por los mismos individuos que vivieron su proceso de infertilidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, hay que afirmar que la investigación cualitativa es subjetiva, precisamente porque lo que importa es conocer los “puntos de vista” de los individuos que viven o vivieron una determinada experiencia. El propósito es reconstruir el proceso desde la visión de los sujetos participantes. Por ello, se debe tener presente que la información recabada de esta forma no es generalizable a una población más amplia, ya que es circunstancial, pero tiene el valor testimonial y legítimo de quienes han pasado por el drama de la infertilidad.

De esta manera, se evaluó la posibilidad de recabar otro tipo de datos encaminados a narrar la experiencia de los encuestados, bien fuera completa o en alguno de sus matices. Fue una oportunidad que no se podía desperdiciar, al descubrir la posibilidad de ilustrar y profundizar los datos cuantitativos y estandarizados de la investigación cuantitativa, y poderlos explicar, complementar e interpretar mejor.

La mayoría de estos datos serán reportados, juntamente con los datos cuantitativos, en el capítulo de Análisis de resultados.

Se decidió realizar esta investigación cualitativa e intentar desarrollar “un enfoque mixto de la investigación, que implica un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio [...]”¹⁰

Esta información cualitativa se recabó principalmente de las siguientes fuentes:

¹⁰ R. HERNÁNDEZ S.-C. FERNÁNDEZ C.-P. BAPTISTA L., *Metodología...*, p. 751.

1. Al final del cuestionario se invitaba a los participantes a que añadieran algún comentario o expresaran alguna inquietud que pudiera ayudar a la investigación. De los 566 encuestados, 304 hicieron comentarios u anotaciones, la mayoría de ellas muy valiosas.
2. Así mismo, el cuestionario poseía algunas preguntas abiertas, cuyo contenido se analizó para integrar las reflexiones y sentimientos que los cuestionados hicieron sobre su propia experiencia.
3. También, a través de www.catholic.net, se les mandó un correo de agradecimiento a todas las personas a las que se les había enviado el primer mensaje para responder al cuestionario y se les invitó a describir, de una manera más abierta, su propia experiencia. Se obtuvieron quince narraciones de experiencias en clínicas de infertilidad de las personas que ya habían respondido al cuestionario y que se mostraron muy disponibles para cooperar de nuevo en la investigación.
4. Se recabaron datos de los reportes realizados como consecuencia de un estudio de campo por el que se visitaron nueve clínicas de infertilidad de la República Mexicana, en forma de “visitas guiadas”.
5. Se recogieron testimonios y conversaciones a través de diversos foros de temas relacionados con la infertilidad. De igual modo, se recolectó información presentada en las páginas de internet de diversas clínicas de fertilidad.
6. Se recabaron 10 narraciones enviadas por parejas que tuvieron relación con la Asociación Mexicana de Infertilidad (AMI) y siete narraciones enviadas por parejas que tuvieron relación con la asociación de adopción YOLIGUANI.
7. Finalmente se tuvieron en cuenta algunos documentos encontrados en internet como la “Carta al mundo”, artículos, noticias de periódicos y extractos del libro *Cuando tarda la cigüeña*,¹¹ que permitieron penetrar más en la investigación cualitativa.

Toda esta información recabada constituye la materia prima que permitió llegar a dimensionar la parte psicológica, humana, religiosa y existencial de la problemática de infertilidad y cuyos hallazgos enriquecieron el capítulo 3, Análisis de resultados.

¹¹ S. DE LA GARZA DE MARTÍNEZ, *Cuando tarda la cigüeña*, ACD 513, Toluca, 2008.

2.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Cada respuesta del cuestionario fue codificada en datos numéricos para su posterior análisis con el paquete estadístico “SPSS” (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), con el fin de describir y contrastar las hipótesis.

Específicamente se hizo una matriz de datos SPSS (siguiendo las indicaciones del programa de software, codificando y recodificando variables según los requerimientos del estudio). En el capítulo de Análisis de resultados se describe la muestra y la distribución de las variables con frecuencias, porcentajes y las medidas de tendencia central que nos dan cuenta de las respuestas y características típicas de los sujetos del estudio.

Para la comprobación de hipótesis, se realizaron análisis no paramétricos y paramétricos como la prueba de Chi-cuadrada, aplicada a la distribución de los datos a través de tablas cruzadas, así como diversos análisis de las medidas de tendencia central (Anexo 3).

Otras pruebas de significancia estadística como la *t* de Student y el análisis de varianza (ANOVA) fueron utilizadas para verificar la solidez estadística de los datos. Sin embargo, para el reporte final de los resultados, en el capítulo siguiente se privilegian las gráficas y tablas descriptivas por su claridad al explicar las diversas variables implicadas en el proceso de infertilidad, en concordancia con la investigación aquí realizada de carácter exploratorio y descriptivo.

2.7 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL CUESTIONARIO

2.7.1 *Confiabilidad*

Por último, se hizo un análisis de confiabilidad, para corroborar la consistencia interna del instrumento. La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales. Así lo que el coeficiente de confiabilidad nos indica es si el cuestionario es consistente (en el tiempo) y homogéneo (en los ítems) y que las preguntas midieron la variabilidad real de las respuestas dadas por los individuos de la muestra. Por ello, si volvemos a aplicar el cuestionario a una muestra similar, ¿produciría resultados análogos?

Se procedió entonces a medir la confiabilidad a través de su consistencia interna, es decir, la homogeneidad entre las preguntas e ítems del cuestionario y se optó por calcular el coeficiente Alfa de Cronbach para los reactivos de tipo likert. La siguiente tabla resume los análisis aplicados a las preguntas centrales del estudio.

TABLA 2.9. ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA DEL CUESTIONARIO

Preguntas	Número de reactivos	Escala (opciones de respuesta)	Tamaño de la muestra	Coefficiente	Consistencia
22	3	5	208	0.466	Moderada
27	8	5	314	0.924	Muy alta
29	5	3	344	0.959	Muy alta
33	6	5	60	0.724	Alta
36	3	4	447	0.809	Muy alta
37	9	4	446	0.948	Muy alta
38	3	4	458	0.793	Muy alta
42	5	3	424	0.838	Muy alta
43	6	4	455	0.828	Muy alta
44	5	4	438	0.855	Muy alta
46	6	4	440	0.886	Muy alta
48	3	4	462	0.831	Muy alta
51	3	4	482	0.806	Muy alta
52	4	5	450	0.288	Baja
53	5	5	477	0.124	Baja
54	5	5	457	0.604	Moderada
55	5	5	461	0.693	Alta
53, 54, 55 (ítems de adopción)	15	5	424	0.498	Moderada

De acuerdo con los resultados anteriores, se concluye que el instrumento en estudio es confiable. Es importante señalar que esta prueba fue diseñada por Cronbach (1951) para los casos de medición de constructos a través de escalas, en los que no existen respuestas correctas ni incorrectas, sino que cada sujeto marca el valor de la escala que mejor representa su respuesta. Cronbach considera que una correlación entre ítems de 0.80 a 0.99 es “muy alta” consistencia. Tener de 0.69 a 0.79 es un coeficiente que denota “alta” consistencia. En tanto que coeficientes entre 0.40 a 0.68 pueden ser considerados moderados. Menos de 0.40, coeficientes de correlación bajos. Se recomienda reserva en la interpretación de los resultados de aquellos ítems con correlaciones moderadas y bajas.

Se tiene pues un cuestionario robusto, sujeto a mejoras futuras, pero que puede ser aplicado con confianza por otro investigador.

2.7.2 Validez

La validez se refiere a la capacidad que un instrumento tiene para medir efectivamente lo que tiene que medir. Se refiere al contenido de los reactivos o ítems que mide. En toda investigación hay que preguntarse: ¿qué pasaría si otro investigador aplicara nuestro instrumento a otra muestra?

El cuestionario puede ser confiable, pero no necesariamente válido. Hay que revisar si tiene validez de contenido, es decir, asegurarse de que las preguntas que se hicieron están definiendo plenamente el proceso por el que pasan las parejas con problemas de fertilidad. Los diversos factores del cuestionario, ¿abarcan el fenómeno? Las palabras elegidas, la forma de preguntar, ¿detectan diferencias reales en los sujetos?

Por ello, para la validez del cuestionario, es indispensable tener en cuenta todo lo que se reportó en las etapas segunda, tercera y cuarta de su elaboración (inciso 2.4.1): como se indicó, ya desde la segunda etapa el cuestionario fue sometido de una manera profunda e intensa al juicio de tres expertos en Bioética, Sociología y Filosofía; también se recibieron recomendaciones de los 23 expertos, del grupo piloto, etc.

El cuestionario fue elaborado para parejas mexicanas considerando su psicología, su religiosidad y otras de sus características peculiares. Creemos que las parejas mexicanas, en cierta forma, reflejan de forma aproximada las características de las parejas de toda Latinoamérica. No podemos decir lo mismo de parejas europeas o estadounidenses.

Fue de gran utilidad haber entrado en contacto con otros investigadores de Italia, España y México, algunos de los cuales ya habían realizado estudios de campo usando una metodología similar o aplicando cuestionarios que pudieron dar algunas pistas para la elaboración de algunas variables que habían sido medidas por ellos.

Análisis de resultados

3.1 DATOS GENERALES DE LA MUESTRA (SECCIÓN 1)

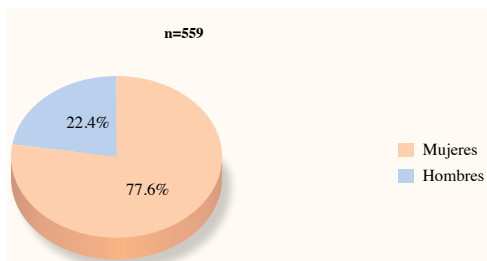
3.1.1 Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos especifican quién es el sujeto, su rol social y personal. Permiten identificar a cada sujeto con fines descriptivos y explicativos; también sus datos personales, que posibilitan conocer la situación inicial de cada sujeto.¹

Como ya se indicó en el capítulo 2, para nuestra investigación se obtuvo una muestra de $n = 566$ cuestionarios, de los cuales el 31.1% (176) fueron contestados a mano, 42.8% (242), de forma electrónica y 26.1% (148), en la página de internet Catholic Net.

1. **Sexo:** de los cuestionarios respondidos (1.2% no respondió al reactivo), el 22.4% (125) fue contestado por hombres y el 77.6% (434), por mujeres. Esto indica una mayor disponibilidad a responder el cuestionario por parte de la mujer.

GRÁFICA 3.1. SEXO



¹ El primer párrafo después del título es la definición del área, subárea o variable y coincide con las definiciones de las tablas 2.3-2.8 del capítulo 2.

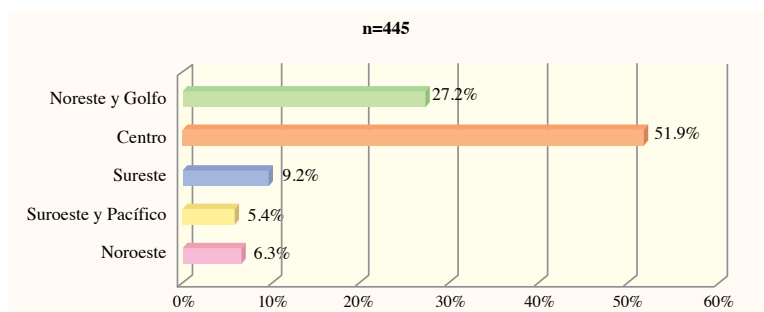
2. **País de residencia** (1.9% no respondió al reactivo): el 84.9% respondió que residían en México, y 11.0% en América Latina y 4.1% en otro país, como lo muestra la tabla siguiente:

TABLA 3.1. PAÍS DE RESIDENCIA

País de residencia	Frecuencia	Porcentaje
México	471	84.9%
América Latina	61	11.0%
Estados Unidos	15	2.7%
Europa	8	1.4%
Total	555	100%

3. **Zona geográfica** de los cuestionarios contestados por residentes en México.

GRÁFICA 3.2. ZONA GEOGRÁFICA

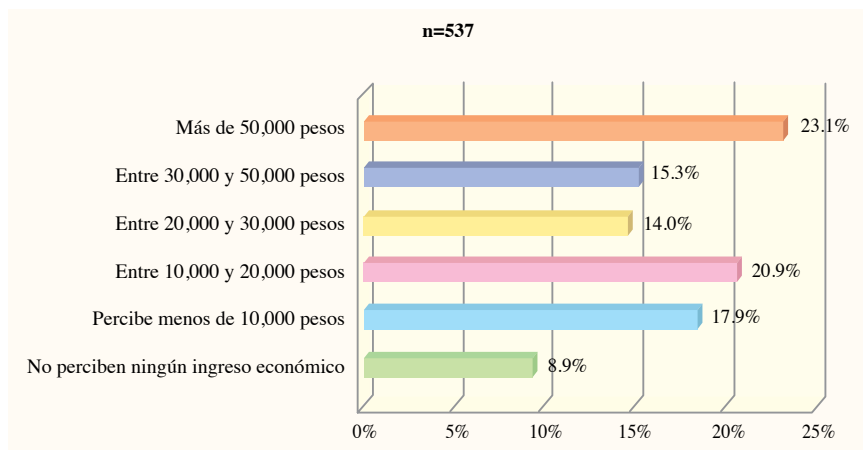


El mayor porcentaje corresponde a la zona Centro, donde se encuentra el Distrito Federal y el Estado de México. Esto era predecible, ya que la mayoría de las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas se encuentran en dicha zona. Por otro lado, las dos Asociaciones de adopción que se contactaron (YOLIGUANI y VIFAC) realizan la mayoría de sus funciones en dicha zona, si bien hay otras parejas que no pertenecen a esta zona y que se contactan con las asociaciones antes mencionadas.

La zona menos representada fue la Suroeste/Pacífico, en donde se encuentra Jalisco, y por tanto Guadalajara, con un número significativo de clínicas y/o médicos especialistas. De todas formas, se descarta la posibilidad de que las zonas geográficas sean un elemento determinante para el presente estudio. Una parte de los encuestados residen en ciudades diferentes de donde se encuentran las clínicas o médicos especialistas, teniéndose que desplazarse a dichas ciudades para sus visitas.

4. **Rito religioso:** por otra parte (1.2% no respondió al reactivo), el 85.1% estaba casado por rito religioso, 13.1% por el civil y el 1.6% reportó que se encontraba en unión libre.
5. **Edad de los sujetos:** los encuestados tenían una edad media de 37.95 años. Existe una diferencia entre la edad media del varón, 39.94 años y la de la mujer, 37.37 años.
6. **Años de casados:** en cuanto al número de años de casados, 18.5% lleva entre uno y cinco años, el 42.7% entre seis y 10 años, el 20.3% entre 11 y 15 años y 18.5% más de 16 años.
7. En relación con el **estatus socioeconómico** de los encuestados (5.1% no respondió al reactivo): el 8.9% afirmó no percibir ningún ingreso económico, el 17.9% percibe menos de 10,000 pesos mexicanos al mes, el 20.9% entre 10,000 y 20,000, el 14.0% entre 20,000 y 30,000, el 15.3% entre 30,000 y 50,000 y el 23.1% más de 50,000 pesos.

GRÁFICA 3.3 ESTATUS SOCIOECONÓMICO



Los datos, por tanto, son indicativos de que la muestra incluye a sujetos de nivel socioeconómico medio, medio alto y alto.

Si analizamos el nivel de ingresos en relación con el sexo, existe una diferencia significativa entre el nivel de ingresos de la mujer y del hombre: por un lado, los que afirman no recibir entrada alguna (8.9%) y los que reciben menos de 10,000 pesos (17.9%), el 98.0% y el 85.3% respectivamente, corresponden a la mujer. Esto parece indicar que en estos casos, la mujer depende económicamente del marido.

Por otro lado, lo que respecta a las personas que ganan entre 30,000 y 50,000 pesos, el 66.3% son hombres y el 33.7% restante, mujeres.

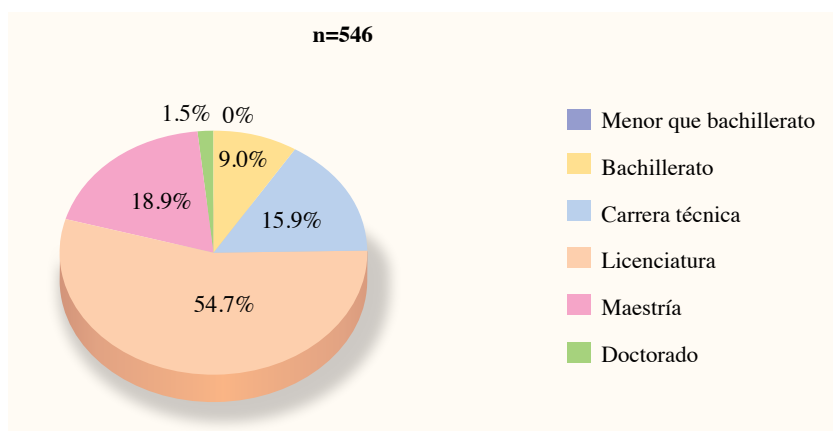
8. **Religión:** respecto a la religión de los encuestados (1.8% no respondió al reactivo), la gran mayoría profesa la religión católica (95.9%), y el resto se distribuye entre el protestantismo (1.1%), el judaísmo (0.5%) y otras religiones (2%); sólo el 0.5% declaró no tener ninguna religión.

Se podría deducir, por el dato religioso, que se trata de parejas con un sentido tradicional en cuanto a las relaciones matrimoniales, de familia o con la sociedad.

9. **Nivel de estudios:** es interesante también el dato que presenta el nivel de estudios que poseen las parejas (3.5% no respondió al reactivo), donde el 15.9% tiene carrera técnica, el 54.4% licenciatura, el 18.9% maestría y el 1.5% doctorado.

La siguiente gráfica muestra la distribución de datos según el nivel de estudios:

GRÁFICA 3.4. NIVEL DE ESTUDIOS

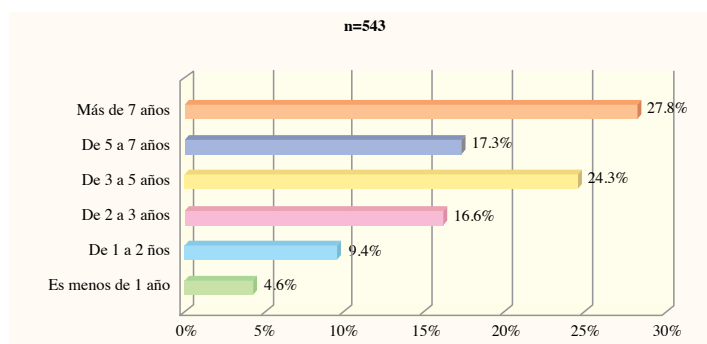


3.1.2 Antecedentes clínicos

Describen parte del devenir clínico de los encuestados. Con fines clasificatorios, este conjunto de variables permite conocer la situación de origen o antecedentes de cada sujeto.

1. Años de intentar tener un hijo: en cuanto al tiempo que la pareja estuvo o está intentando tener un hijo, 4.1% no respondió al reactivo, 4.6% es menos de un año, 9.4% de uno a dos años, 16.6% de dos a tres años, 24.3% de tres a cinco años, 17.3% de cinco a siete años, y 27.8% más de siete años.

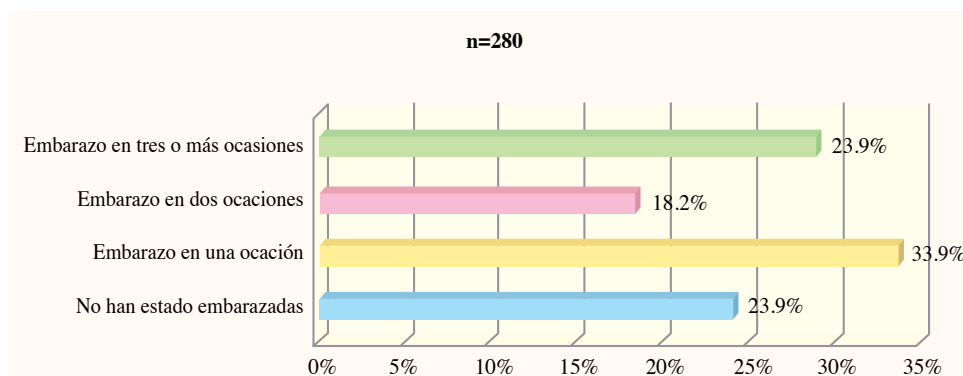
GRÁFICA 3.5. AÑOS DE INTENTAR TENER UN HIJO



Lo anterior nos indica que el 69.4% intentó o ha estado intentando, por más de tres años, tener un hijo. Los datos parecen revelar que, además de ser un proceso intensamente emotivo, para las dos terceras partes también es un proceso largo.

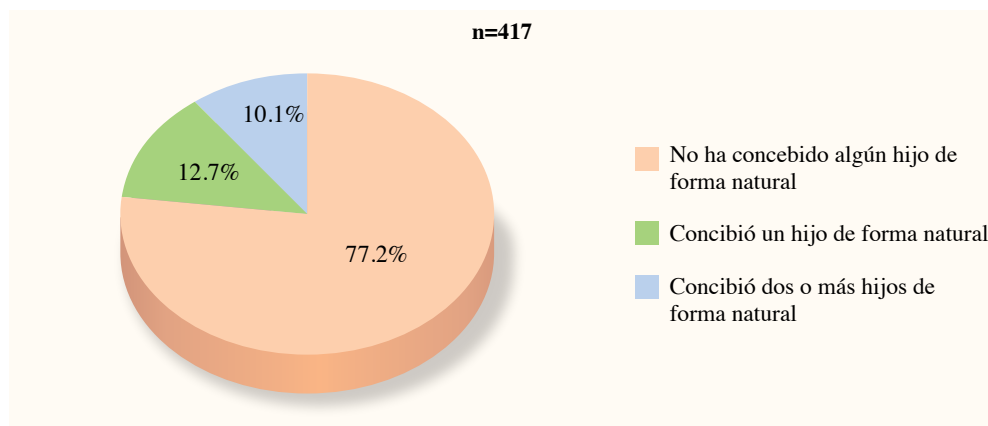
2. A la pregunta que se le hace a la mujer sobre si “ha estado embarazada alguna vez”, de las 280 encuestadas que responden, el 23.9% reportó no haber estado embarazada, el 33.9% en una ocasión, el 18.2% en dos ocasiones y el 23.9% lo estuvo en tres o más ocasiones.

GRÁFICA 3.6. NÚMERO DE EMBARAZOS



3. Al preguntar a la mujer si tuvo algún hijo de forma natural, 3.9% no respondió al reactivo, el 77.2% indicó no haber concebido algún hijo de forma natural, el 12.7% concibió un hijo y el 10.1% concibió dos o más hijos de forma natural.

GRÁFICA 3.7. NÚMERO DE HIJOS TENIDOS DE FORMA NATURAL



De las encuestadas que reportaron haber tenido algún hijo de forma natural, la media de tiempo para concebirlo es de 4.5 años ($s=5.754$).

4. Hijos adoptados: por otra parte, el 71.9% de la muestra (el 3.9% no respondió al reactivo) indicó no tener ningún hijo adoptado al momento de contestar la encuesta. El que sólo un 28.1% de los encuestados tenga algún hijo adoptado, puede deberse a varias razones, pero parece indicar fundamentalmente que se debe a que el camino que recorren es largo y con varias opciones a seguir ante su problema de infertilidad. También el tiempo de espera en el caso de la adopción es considerable.
5. Conocimiento de la causa de su infertilidad: finalmente, el 76.5% de la muestra (9.5% no respondió al reactivo), dice conocer la causa por la que no ha podido tener un hijo de forma natural y un 75.5% tuvieron un tratamiento inicial con su ginecólogo o andrólogo.

3.2 EXPERIENCIAS AL BUSCAR LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y/O LA ADOPCIÓN (SECCIÓN 2)

Indica el proceso personal de cada individuo en el peregrinar por ginecólogos y/o médicos especialistas y/o clínicas de fertilidad y/o instituciones de adopción buscando una solución a su problema de infertilidad.

El proceso al que se someten las parejas con problemas de fertilidad puede ser vivido de muchas formas, tal y como se expuso en el capítulo 2.

A través de algunas preguntas del cuestionario (13, 14, 19, 22, 23, 24 y 31) se puede explicitar y conocer el camino concreto que los encuestados siguieron en su propio proceso de infertilidad.

En concreto, podemos conocer, en primer lugar, cuántos individuos de la muestra visitaron médicos especialistas (13) y/o clínicas de fertilidad (14); en segundo lugar, si les propusieron o no las diversas TRA: inseminación artificial, FIVET, ICSI, GIFT u otras (19); en tercer lugar, si recurrieron a estas técnicas, cuáles y cuántas veces (22); en cuarto lugar, cuántos intentos tuvieron como resultado un embarazo (23); en quinto lugar, cuántos de estos embarazos llegaron a su término, es decir, cuántos partos hubo (24); y en sexto lugar, en caso de no haber tenido éxito, si optaron o no por la adopción (31).

Esta sección de los resultados nos permitirá obtener una serie de conclusiones que nos servirán para el análisis de las siguientes secciones de este capítulo:

1. Establecer el grupo de individuos que visitaron un médico especialista y/o una clínica de fertilidad.
2. Determinar los grupos que recurrieron o no a las diversas formas de TRA, el número de intentos y si optaron o no por la adopción.
3. Analizar los porcentajes de éxito de las diversas TRA a las que se sometieron los individuos de la muestra, teniendo en cuenta los casos, intentos, embarazos y embarazos llevados a término (partos).
4. Reflexiones de esta sección.

3.2.1 Grupos que visitaron clínicas de fertilidad y/o médico especialista

Indica el número de individuos que visitaron un médico especialista o una clínica de fertilidad (no implica que se sometieron a algún tipo de TRA).

En cuanto al número de individuos que visitaron clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas, se puede mencionar que para la muestra total n=566 (9.9% no respondió al reactivo) (Tabla 3.2):

1. El 59.2% (302) visitó al menos una clínica de fertilidad y el 40.8% (208) no lo hicieron. El 73.5% de los que lo hicieron, visitó una clínica de fertilidad y el 26.5% dos o más clínicas de fertilidad.
2. El 44.3% (226) visitó al menos un médico especialista, fuera de las clínicas de fertilidad y el 55.7% (284) no lo hicieron. El 56.0% de los que lo hicieron, visitó un médico especialista y un 44.0% a dos o más especialistas.
3. El 30.2% (154) de los individuos visitó al menos un médico especialista y una clínica de fertilidad.
4. El 14.1% (72) de los individuos visitó al menos un médico especialista, pero no una clínica de fertilidad.
5. El 29.0% (148) de los individuos visitó al menos una clínica de fertilidad, pero no un médico especialista.
6. El 26.7% (136) de los individuos no visitó ni un médico especialista ni una clínica de fertilidad.

TABLA 3.2. ¿VISITASTE ALGUNA CLÍNICA DE FERTILIDAD?

		NO	SÍ	TOTAL
¿Visitaste a un médico especialista, fuera de las clínicas de fertilidad?	NO	26.7%	29.0%	55.7%
	SÍ	14.1%	30.2%	44.3%
	Total	40.8%	59.2%	100%

3.2.2 Grupos que recurrieron o no a las Técnicas de Reproducción Asistida

Muestra el proceso que siguió o está siguiendo el grupo de individuos a los que les propusieron las TRA, se sometieron a las TRA, frecuencia y tipo de TRA, resultados y su desenlace hasta el momento de responder al cuestionario.

3.2.2.1 Propuesta de las Técnicas de Reproducción Asistida

Individuos a los que les propusieron algún tipo de las TRA.

A los individuos que visitaron las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas, se les preguntó si les propusieron directamente algunas de las siguientes TRA:

1. Inseminación artificial: de los 316 que respondieron, el 30.4% dijo que no, el 68.4% sí y el 1.3% no recuerda.

2. Fecundación *in vitro*: de los 295 que respondieron, el 40.0% dijo que no, el 57.6% dijo que sí y el 2.4% no recuerda.
3. ICSI: de los 238 que respondieron, el 52.9% dijo que no, el 33.6% dijo que sí y el 13.4% no recuerda.
4. GIFT: de los 202 que respondieron, el 66.3% dijo que no, el 17.8% dijo que sí y el 15.8% no recuerda.
5. Otra técnica: 35 respondieron que les propusieron una técnica distinta a las mencionadas.

Se observa que las técnicas que les presentaron con más frecuencia fueron: en primer lugar, la inseminación artificial (68.4%), seguida de la fecundación *in vitro* (57.6%).

3.2.2.2 Grupos y número de individuos que se sometieron a las Técnicas de Reproducción Asistida

Definición de los grupos que se utilizarán en la mayoría de los análisis de esta investigación.

Para la mayoría de los análisis que se realizan en las siguientes secciones, la muestra se divide en cuatro grupos:

1. “El grupo de los que no se sometieron a las TRA o aún no lo deciden” (320), y que constituye el 56.5% de la muestra.

Y los tres grupos de individuos que se sometieron a las TRA (246), y representa el 43.5% del total de la muestra. Éstos acudieron a las TRA por caminos diferentes.

2. “El grupo que recurrió únicamente a la inseminación artificial”: 112 individuos, que supone el 45.5% de los 246 que se sometieron a las TRA y el 19.8% del total de la muestra (566).
3. “Los que se sometieron a la inseminación artificial y presumiblemente después a la FIVET y/o ICSI y/o GIFT”:² 90 individuos, lo que significa el 36.6% de los 246 que recurrieron a las TRA, y el 15.9% del total de la muestra (566).

² Las parejas que se sometieron a la técnica GIFT fueron significativamente mínimas (5 casos de 134, cf. tablas 3.8 y 3.9). Para el análisis realizado en el capítulo de Análisis de resultados, se contaron como un procedimiento de las técnicas FIVET/ICSI.

4. “Los que se sometieron directamente a la FIVET y/o ICSI y/o GIFT”: 44 individuos que equivale al 17.9% de los 246 que recurrieron a las TRA y el 7.8% del total de la muestra (566).

Es importante tener en cuenta que el proceso de algunas parejas no ha terminado y, como consecuencia, algunos individuos de la muestra pueden estar en una etapa en la que aún no hayan tomado la decisión de optar por las TRA o por la adopción, o estén recurriendo a alguna de las TRA. Por tanto, el porcentaje de individuos que se sometieron a las TRA (43.5%) podría ser mayor. También algunas parejas estarían en la etapa de la adopción, por ello el porcentaje de los que no ha adoptado (71.9%, cf. inciso 3.1.2) es lógico que también aumentara.

Lo importante para el estudio es que estamos ante una muestra representativa que permitirá realizar los análisis necesarios para esta investigación.

Por tanto, los tres grupos mencionados anteriormente, juntamente con el grupo de los que no se sometieron a las TRA, son los grupos en que se divide la muestra para la mayoría de los análisis que se realizarán en las secciones posteriores (Tabla 3.3).

TABLA 3.3. GRUPOS Y NÚMERO DE INDIVIDUOS QUE SE SOMETIERON A LAS TRA

Cuatro grupos de análisis	Frecuencia	Porcentaje
No se sometieron a las TRA	320	56.5%
Sólo inseminación artificial	112	19.8%
Inseminación artificial y/o FIVET-ICSI	90	15.9%
Sólo FIVET y/o ICSI	44	7.8%
Total	566	100%

Para análisis posteriores, no deja de ser interesante constatar que, de aquellos individuos que se sometieron a las TRA, un 82.1% eligió a la inseminación artificial, aunque después un 36.6% de ellos, previsiblemente al obtener un resultado negativo, optó por la FIVET y/o ICSI.

3.2.3 Porcentaje de éxito de cada una de las Técnicas de Reproducción Asistida

En la evaluación del estudio, también se incluye un cálculo de los resultados positivos, teniendo en cuenta el número de casos, intentos, embarazos y embarazos llevados a término (partos).

Para la realización de este cálculo se dieron los siguientes pasos:

1. **Cálculo del número de casos y de intentos³ de los individuos que se sometieron a las TRA y a cuáles de ellas.**

Para esta investigación, es significativo conocer no sólo la cantidad de individuos de la muestra que se sometieron a las TRA, sino también el número de veces que se sometieron a una misma técnica o a distintas. El conteo del número de intentos permitirá hacer un análisis más explícito y detallado para el cálculo del porcentaje real de éxito de las TRA.

En los casos en los que una mujer ha tenido dos o más embarazos y han nacido dos o más hijos, se ha tomado como un solo embarazo con éxito, ya que con la información obtenida no se pudo conocer si los dos o más hijos fueron en embarazos diferentes. Lo más lógico es que haya sido un embarazo doble o triple. De los 82 casos, 11 pertenecen a este escenario.

La tabla 3.4 muestra el desglose del camino recorrido por los individuos que se sometieron a las diversas TRA y cuyo resultado final se concentró en la tabla 3.3.

TABLA 3.4. ¿CUÁNTOS INTENTOS DE LAS SIGUIENTES TRA TE REALIZARON?

	Número de casos	Porcentaje del total de la muestra n=566
No se sometieron a las TRA	320	56.5%
Inseminación artificial	112	19.8%
Inseminación artificial y FIVET	47	8.3%
Inseminación artificial e ICSI	19	3.4%
Inseminación artificial y GIFT	2	0.4%
Inseminación artificial y FIVET, ICSI, GIFT	22	3.9%

³ En la literatura o reportes internacionales se puede identificar con lo que se denomina *ciclo*.

Tabla 3.4 (continuación)

	Número de casos	Porcentaje del total de la muestra n=566
FIVET	33	5.8%
ICSI	11	1.9%
Total	566	100%

La tabla 3.5 muestra el número de casos y de intentos de los que se sometieron sólo a la inseminación artificial: 112 casos y 300 intentos; 26 intentaron una inseminación realizando 26 intentos; 28, dos inseminaciones con 56 intentos; 14, tres inseminaciones con 42 intentos; 44, más de tres inseminaciones con 176 intentos.

En el caso de más de tres inseminaciones se han considerado sólo cuatro intentos que, en algunos casos, serían más de cuatro, ya que se les preguntó si se habían realizado uno, dos, tres o más de tres intentos, como es el caso de las siguientes dos narraciones:⁴

En el primer caso se practicaron ocho inseminaciones artificiales y dos FIVET:

Empezamos a hacernos pruebas [...] subes la montaña y después te despeñas; inseminaciones, ocho; *in vitro*, me hice dos.

El siguiente es el caso de una encuestada que fue a tres clínicas: en la primera se realizó una inseminación artificial; en la segunda, cuatro y después una FIVET; y en una tercera, cuatro inseminaciones más:

[...] sólo hicimos un solo intento [...] (primera clínica)(.) él nos propuso hacerlo durante seis meses, pero sólo intentamos cuatro ya que era muy pesado para mí [...] una fertilización *in vitro* utilizando ICSI [...] [segunda clínica] [...] y desde entonces volvimos a intentar inseminaciones artificiales, sólo porque mi marido quería, porque yo ya no quería seguir malgastando ni tiempo, ni dinero, además sentía que ya no tenía las fuerzas necesarias para soportar más la tensión. Así que sólo lo intentamos por cuatro meses más [...] [tercera clínica] [...]

⁴ En las narraciones hemos respetado totalmente el texto original, si bien corregimos las eventuales faltas de ortografía.

TABLA 3.5

Número de intentos de inseminaciones artificiales	Número de intentos	Número de casos
1	26x1=26	26
2	28x2=56	28
3	14x3=42	14
4	44x4=176	44
Total	300	112

En la tabla 3.6 se exponen los 47 casos que se sometieron a la inseminación artificial y a la FIVET,⁵ y el número de intentos de inseminación artificial y FIVET (128 y 80 respectivamente).

TABLA 3.6

Número de intentos de inseminaciones artificiales	Número de intentos: FIVET	Número de casos
1+1	1+1	2
1+1	2+2	2
1+1	3+3	2
2+2+2+2+2+2+2+2	1+1+1+1+1+1+1+1	9
2	2	1
2	3	1
3+3+3+3	1+1+1+1+1+1+1	7
3+3+3+3	2+2+2+2	4
4+4+4+4+4+4+4+4	1+1+1+1+1+1+1+1	8
4+4+4+4+4+4	2+2+2+2+2+2	6
4	3	1
4+4+4+4	4+4+4+4	4
128	80	47

⁵ En las tablas 3.6-3.9, se recogen casos en los cuales se presume que la pareja primero recurrió a la inseminación artificial y posteriormente a la FIVET-ICSI-GIFT.

La tabla 3.7 recoge los 19 casos que recurrieron a la inseminación artificial y a la técnica ICSI artificial, así como el número de intentos de inseminación artificial e ICSI (53 y 31 respectivamente).

TABLA 3.7

Número de intentos de inseminaciones artificiales	Número de intentos: ICSI	Número de casos
1+1	1+1	2
1	2	1
2+2+2+2+2+2	1+1+1+1+1+1	6
2	3	1
4+4+4	1+1+1	3
4+4+4	2+2+2	3
4+4+4	3+3+3	3
53	31	19

La tabla 3.8 muestra los dos casos de parejas que se sometieron a cuatro inseminaciones artificiales y a un GIFT y el número de intentos.

TABLA 3.8

Número de intentos de inseminaciones artificiales	Número de intentos: GIFT	Número de casos
4	1	1
4	2	1
8	3	2

En la tabla 3.9 se muestran los 22 casos y el número de intentos de los individuos que se sometieron a la inseminación artificial y a la FIVET y/o ICSI y/o GIFT de la siguiente manera:

TABLA 3.9

Número de intentos de inseminaciones artificiales	Número de intentos: FIVET	Número de intentos: ICSI	Número de intentos: GIFT	Número de casos
1	1	1	0	1
1+1	3+3	2+2	0	2
2+2	1+1	1+1	0	2
2	1	0	1	1
2+2	3+3	1+1	0	2
3+3	1+1	1+1	0	2
3	4	2	0	1
4+4+4	1+1+1	1+1+1	0	3
4	1	2	0	1
4+4	1+1	0	1+1	2
4+4	2+2	1+1	0	2
4	3	3	0	1
4	0	2	2	1
4	4	4	4	1
68	39	29	9	22

Finalmente la tabla 3.10 recoge los 33 casos de parejas que se sometieron a la FIVET directamente y 11 casos a la técnica ICSI. El número de intentos es el siguiente:

TABLA 3.10

Número de intentos: FIVET	Número de casos	Número de intentos: ICSI	Número de casos
1x15=15	15	1x5=5	5
2x12= 24	12	2x2=4	2
3x3=9	3	3x2=6	2
4x3= 12	3	4x2=8	2
60	33	23	11

2. Cálculo del número de embarazos y número de embarazos llevados a término (partos):

A la pregunta de si alguno de esos intentos tuvo como resultado el embarazo, 51.9% no respondió al reactivo, 190 (69.9%) afirmó no haber conseguido embarazarse contra 82 (30.1%) que lo logró (tabla 3.11). De este número de casos, 61 se embarazó 1 vez; 13 casos, 2 veces; cinco casos, tres veces; dos casos, cuatro veces y un caso, seis veces. Esto nos da 82 casos de embarazo y 116 embarazos (tabla 3.12).

**TABLA 3.11. ¿ALGUNO DE ESTOS INTENTOS
TUVO COMO RESULTADO EL EMBARAZO?**

Resultado	Número de casos	Porcentaje
No	190	69.9%
Sí	82	30.1%
Total	272	100%

TABLA 3.12. DESGLOSE: NÚMERO DE EMBARAZOS

Número de embarazos por mujer	Número de casos	Total de embarazos	Porcentaje
1	61	61	74.4%
2	13	26	15.9%
3	5	15	6.1%
4	2	8	2.4%
6	1	6	1.2%
Total	82	116	100%

A la pregunta de si alguno de esos embarazos tuvo como resultado un hijo o varios nacidos vivos: 46 de los 82 casos (56.1%) no nacieron vivos, y 36 de los 82 (43.9%) nacieron vivos con la siguiente distribución: en 12 casos nació un hijo vivo; en 20, casos dos hijos vivos; y en cuatro casos, tres hijos vivos (tabla 3.13).

TABLA 3.13. NÚMERO DE EMBARAZOS E HIJOS NACIDOS VIVOS

	Número de casos		Número de embarazos	Número de hijos nacidos vivos
	Número de nacidos	Partos		
Un embarazo, ningún hijo nacido	37		37	0
Dos embarazos, ningún hijo nacido	6		12	0
Tres embarazos, ningún hijo nacido	1		3	0
Cuatro embarazos, ningún hijo nacido	1		4	0
Seis embarazos, ningún hijo nacido	1		6	0
Un embarazo, un hijo nacido	0	11	11	11
Dos embarazos, un hijo nacido	0	1	2	1
Un embarazo, dos hijos nacidos	0	11	11	22
Dos embarazos, dos hijos nacidos	0	5	10	10
Tres embarazos, dos hijos nacidos	0	3	9	6
Tres embarazos, tres hijos nacidos	0	1	3	3
Cuatro embarazos, dos hijos nacidos	0	1	4	2
Un embarazo, tres hijos nacidos	0	2	2	6
Dos embarazos, tres hijos nacidos	0	1	2	3

Tabla 3.13 (continuación)

	Número de casos		Número de embarazos	Número de hijos nacidos vivos
	Número de nacidos	Partos		
Subtotal	46	36		
Total		82	116	64

3. Cálculo del número de embarazos y número de embarazos llevados a término (partos) por grupos:

Las siguientes tablas presentan los datos anteriores seccionados en los cuatro grupos de análisis antes mencionados, y que se consideran para este estudio.

En primer lugar, se presentan los casos en los que hubo o no embarazo en cada uno de los grupos (tabla 3.14). Es de notar que el grupo de los que se sometieron sólo a la inseminación artificial tiene un 17.1% de resultado positivo (embarazo), contra un 40.2% de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET y/o ICSI, y un 51.2% de los que se sometieron a la FIVET y/o ICSI (tabla 3.14).

Las pequeñas diferencias que existen en relación con la tabla 3.3, que mostraba a los que se habían sometido a estas técnicas, se debe a que algunos de los entrevistados no respondieron esta pregunta, al igual que los 33 que respondieron y que no se habían sometido a las TRA. El fallo no corresponde al sistema SPSS, sino al error de respuesta de los encuestados.

**TABLA 3.14. ALGUNO DE ESTOS INTENTOS,
¿TUVO COMO RESULTADO EL EMBARAZO?
(POR GRUPOS)**

Cuatro grupos de análisis	Resultado	Número de casos	Porcentaje por grupo
No se sometieron a las TRA	No	25	75.8%
	Sí	8	24.2%
	Subtotal	33	100%
Sólo inseminación artificial	No	92	82.9%
	Sí	19	17.1%
	Subtotal	111	100%

Tabla 3.14 (continuación)

Cuatro grupos de análisis	Resultado	Número de casos	Porcentaje por grupo
Inseminación artificial y FIVET-ICSI-GIFT	No	52	59.8%
	Sí	35	40.2%
	Subtotal	87	100%
Sólo FIVET y/o ICSI	No	21	51.2%
	Sí	20	48.8%
	Subtotal	41	100%
	Total	272	

La tabla 3.15 presenta no sólo el número de casos de embarazo, sino el total de embarazos, ya que algunos individuos de la muestra tuvieron uno o más embarazos.

TABLA 3.15. DESGLOSE DEL NÚMERO DE EMBARAZOS (POR GRUPOS)

Cuatro grupos de análisis	Número de embarazos por mujer	Número de casos	Total de embarazos	Porcentaje por grupo
No se sometieron a las TRA	1	6	6	75.00%
	2	2	4	25.00%
	Subtotal	8	10	100.00%
	1	16	16	84.20%
	2	1	2	5.30%
Sólo inseminación artificial	4	1	4	5.30%
	6	1	6	5.30%
	Subtotal	19	28	100.00%
	1	26	26	74.30%
Inseminación artificial y FIVET-ICSI-GIFT	2	4	8	11.40%
	3	4	12	11.40%
	4	1	4	2.90%
	Subtotal	35	50	100.00%
Sólo FIVET y/o ICSI	1	13	13	65.00%
	2	6	12	30.00%
	3	1	3	5.00%
	Subtotal	20	28	100.00%
	Total	82	116	100.00%

La tabla 3.16 presenta, por grupos, el número de embarazos y el número de los que llegaron o no a término (partos).

TABLA 3.16. NÚMERO DE EMBARAZOS E HIJOS NACIDOS VIVOS (POR GRUPOS)

Cuatro grupos de análisis		Número de casos		Número de embarazos	Número de hijos nacidos vivos
		Número de nacidos vivos	Partos		
No se sometieron a las TRA	Un embarazo, ningún hijo nacido	5		5	0
	Un embarazo, un hijo nacido		1	1	1
	Dos embarazos, ningún hijo nacido	1		2	0
	Dos embarazos, tres hijos nacidos		1	2	3
	Subtotal	6	2	10	4
Sólo inseminación artificial	Un embarazo, ningún hijo nacido	10		10	0
	Un embarazo, un hijo nacido		4	4	4
	Un embarazo, dos hijos nacidos		2	2	4
	Dos embarazos, ningún hijo nacido	1		2	0
	Cuatro embarazos, dos hijos nacidos		1	4	2
	Seis embarazos, ningún hijo nacido	1		6	0
	Subtotal	12	7	28	10
Inseminación artificial y FIVET-ICSI- GIFT	Un embarazo, ningún hijo nacido	16		16	0
	Un embarazo, un hijo nacido		2	2	2
	Un embarazo, dos hijos nacidos		6	6	12

Tabla 3.16 (continuación)

Cuatro grupos de análisis		Número de casos		Número de embarazos	Número de hijos nacidos vivos
		Número de nacidos vivos	Partos		
	Un embarazo, tres hijos nacidos		2	2	6
	Dos embarazos, ningún hijo nacido	2		4	0
	Dos embarazos, dos hijos nacidos		2	4	4
	Tres embarazos, ningún hijo nacido	1		3	0
	Tres embarazos, dos hijos nacidos		3	9	6
	Cuatro embarazos, ningún hijo nacido	1		4	0
	Subtotal	20	15	50	30
Sólo FIVET y/o ICSI	Un embarazo, ningún hijo nacido	6		6	0
	Un embarazo, un hijo nacido		4	4	4
	Un embarazo, dos hijos nacidos		3	3	6
	Dos embarazos, ningún hijo nacido	2		4	0
	Dos embarazos, un hijo nacido		1	2	1
	Dos embarazos, dos hijos nacidos		3	6	6
	Tres embarazos, tres hijos nacidos		1	3	3
	Subtotal	8	12	28	20
	Total	46	36	116	64

4. Cálculo de los porcentajes de éxito teniendo en cuenta el número de casos:

En este apartado se analizan los grupos considerando el número de casos. En el siguiente apartado se observarán los mismos grupos teniendo en cuenta, no el nú-

mero de casos, sino el número de intentos a los que las parejas se sometieron. En esta última situación veremos que los porcentajes de éxito disminuyen significativamente:

- a) Considerando sólo los que no se sometieron a las TRA:

En las tablas 3.15 y 3.16 nos aparecen ocho casos de embarazo (seis embarazos que no llegaron a término y dos partos) del grupo de los que no se sometieron a ningún tipo de TRA. Esto se vio manualmente en la base de datos (SPSS) y a través de las respuestas de los mismos encuestados, y se observó que correspondían a tratamientos hormonales. Éstos, por tanto, no se tendrán en cuenta para el cálculo de los porcentajes de éxito.

- b) Resultado de los tres grupos en conjunto, considerando los que se sometieron a cualquier TRA (IA y/o FIVET y/o ICSI):

En las dos primeras columnas de la tabla 3.16, tenemos 82 embarazos (46 no nacidos vivos y 36 partos), y descontando los ocho casos del apartado anterior, por las razones ahí expuestas, tendríamos 74 embarazos, de los cuales 40 no llegaron a término y 34 nacieron vivos (tabla 3.16). Teniendo en cuenta los 246 individuos (casos) que se sometieron a alguna de las TRA (tabla 3.3) y teniendo en cuenta los 74 embarazos con éxito de estas técnicas, obtendríamos un 30.0%. Pero si se consideran sólo los 34 que nacieron vivos (parto), que es en realidad el resultado positivo propiamente dicho, se obtiene solamente un **13.8%**.

- c) Resultado de los grupos que recurrieron a la inseminación artificial (segundo y tercer grupo de análisis), considerando en el tercer grupo sólo la inseminación artificial:

De acuerdo con la tabla 3.3, se sometieron 112 a la inseminación artificial, con 19 casos de embarazo: siete casos nacieron vivos (cuatro únicos y tres gemelares) y 12 casos no llegaron a término (tablas 3.15 y 3.16). Tomando los 19 casos se obtendría un porcentaje del 16.9%, y teniendo en cuenta sólo los siete casos en los que llegó a nacer el concebido, el porcentaje disminuye al **6.25%**.

Ahora bien, si a los 112 del apartado anterior se le añaden los 90 casos del tercer grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial (tabla 3.3) y presumiblemente después a alguna de las otras TRA, daría un total de 202 casos. Esto supone que todos los casos de embarazo fueron resultado, no de la inseminación artificial, sino de la FIVET/ICSI, que es lo más lógico. Los porcentajes finales de éxito para este escenario serían del 9.4%, teniendo en

cuenta los 19 casos de embarazo, y del **3.5%** si se toman sólo los siete casos de los que nacieron vivos (partos).

- d) Resultado de la FIVET y/o ICSI, considerando los que se sometieron a la FIVET y/o ICSI (tercer y cuarto grupo de análisis):

Tercer grupo: No se considera la inseminación artificial porque, como se comentaba en el apartado anterior, presumiblemente, los casos de embarazo corresponden a la FIVET y/o ICSI. De acuerdo con las tablas 3.15 y 3.16, tenemos 35 casos, de los cuales 20 no llegaron a su término y 15 nacieron vivos (partos). Teniendo en cuenta que son 90 individuos, se obtendría un porcentaje del 38.9% para el caso de los embarazos y del **16.7%** para los embarazos que llegaron a término.

Cuarto grupo: Para el cuarto grupo tenemos 20 casos, de los cuales ocho no llegaron a término y 12 nacieron vivos. Siguiendo el mismo razonamiento (tablas 3.15 y 3.16) y teniendo en cuenta que son 44 individuos, los porcentajes serían del 45.5% y **27.7%** respectivamente.

Tercer y cuarto grupo: Sumando los individuos del tercer y cuarto grupo ($90+44=134$) y los casos de embarazo de los dos grupos ($35+20=55$) y los que nacieron vivos ($15+12$), se obtiene unos porcentajes del **41.0%** y **20.1%** respectivamente.

5. Cálculo de los porcentajes de éxito teniendo en cuenta los intentos:

Hasta aquí hemos considerado los porcentajes de éxito teniendo en cuenta el número de casos, es decir, los individuos que se sometieron a alguna de las TRA, independientemente del número de veces o de intentos que realizaron. Teniendo en cuenta los intentos, los porcentajes disminuyen significativamente, como se indicaba al inicio del párrafo 4 anterior.

- a) Resultado de la inseminación artificial: considerando los que se sometieron a la inseminación artificial (segundo y tercer grupo de análisis):

Sumando el número de intentos de todos los casos de inseminación artificial (tablas 3.5-3.9), se obtiene el número de intentos de todos los casos de inseminación artificial (grupos dos y tres): $300+128+53+8+68=557$.

Considerando los 19 casos de embarazo, se obtiene un porcentaje del **3.4%**, y si se toman los siete casos que nacieron vivos el porcentaje disminuye al **1.25%**.

- b) Resultado de la FIVET y/o ICSI: considerando los que se sometieron a la FIVET y/o ICSI (tercer y cuarto grupo de análisis).

Sumando el número de intentos de todos los casos de FIVET y/o ICSI (tablas 3.6-3.10), se obtiene el número de intentos de todos los casos de FIVET y/o ICSI (grupos tres y cuatro): $80+31+3+39+29+9+60=251$.

Tomando todos los casos de embarazo de los dos grupos ($35+20=55$) y los que nacieron vivos ($15+12$), obtendríamos unos porcentajes del **21.9%** y **10.8%** respectivamente.

Se presenta en la tabla 3.17 un resumen con los porcentajes más representativos que hemos mostrado en los puntos 4 y 5, de las páginas 101 y 103, respectivamente.

TABLA 3.17. PORCENTAJES MÁS SIGNIFICATIVOS

	Número de casos y de embarazos	Número de casos y de partos	Número de intentos y de embarazos	Número de intentos y de partos
Inseminación artificial	19/202 9.40%	7/202 3.50%	19/557 3.40%	7/557 1.25%
FIVET-ICSI-GIFT	55/134 41.00%	27/134 20.10%	55/251 21.90%	27/251 10.80%

3.2.4 Opción por la adopción

Individuos que optaron por la adopción cuando las TRA no tuvieron un resultado positivo.

A través de la pregunta 31, se consulta a los individuos de la muestra que, en el caso de no haber tenido éxito los tratamientos, optaron por la adopción. En la tabla 3.18 se recogen los diversos porcentajes.

De los 385 que contestaron, 280 respondieron que sí optaron por la adopción (72.7%).

Al dividir estos datos en los cuatro grupos, nos encontramos con algunas diferencias significativas: el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI en un 81.7% optó por la adopción; mientras que el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI optó sólo en un 59.0%. El grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial optó por la adopción en un 68.5%.

Esto parece indicar que el primer grupo que ha pasado por la inseminación artificial y por alguna de las otras técnicas, ha recorrido un camino largo y le queda casi como única opción la adopción. Los porcentajes menores en los otros grupos parecen indicar que algunos de los que se sometieron a la inseminación artificial seguirán con la misma o con alguna técnica diversa y los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, seguirán por este camino o todavía no han tomado una decisión.

TABLA 3.18. SI NO TUVIERON ÉXITO EN LOS TRATAMIENTOS, ¿OPTARON POR LA ADOPCIÓN?

	Todos los grupos		No se sometieron a las TRA		Sólo inseminación artificial		Inseminación artificial y FIVET-ICSI-GIFT		Sólo FIVET y/o ICSI	
No	105	27.3%	40	25.6%	34	31.5%	15	18.3%	16	41.0%
Sí	280	72.7%	116	74.4%	74	68.5%	67	81.7%	23	59.0%
Total	385	100%	156	100%	108	100%	82	100%	39	100%

Elegir la adopción no quiere decir que ya hayan adoptado. De hecho, contrasta con los porcentajes de los que todavía no han adoptado: para el grupo de los que no se sometieron a las TRA, un 73.2%; para los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, un 70.0%; para los que se sometieron a la inseminación artificial y a la FIVET y/o ICSI, un 64.8%; y para los que sólo se sometieron a la FIVET y/o ICSI, un 81.8%.

3.2.5 Reflexiones y conclusiones de esta sección

1. En primer lugar, resalta que la gran mayoría de los individuos han recurrido a las clínicas de fertilidad y/o a los médicos especialistas (tres de cada cuatro), sin que esto suponga necesariamente que haya sido para someterse a alguna de las TRA. Puede ser que la visita haya sido por curiosidad, para pedir un diagnóstico más preciso o por cualquier otra razón que posteriormente se analizará.
2. En segundo lugar, hay que destacar el porcentaje de individuos que recurrieron a la inseminación artificial, al menos como primera opción y, en una proporción considerable, como única opción. De acuerdo con los datos obtenidos en el inciso 3.2.2.1, la inseminación artificial fue propuesta en 216 ocasiones

y se realizó 202 veces: un 93.5% de las ocasiones que fue propuesta, se realizó. Por el contrario, en relación con la FIVET, fue propuesta en 195 ocasiones y se realizó en unas 90 veces, es decir, en un 46.1% de las ocasiones en que fue propuesta se realizó.

Las razones que los individuos de la muestra hayan tenido para optar por la inseminación artificial podrían ser:

- a) El factor económico: dado que la inseminación artificial es notablemente menos costosa que la FIVET o ICSI.
- b) Para los sujetos supone un menor cuestionamiento ético y moral, dado que no existen tantos riesgos para la mujer y el embrión y no hay transferencia ni congelación de embriones, como en otras técnicas. Habría que tener en cuenta que un número de las inseminaciones artificiales habrán sido inseminaciones impropriamente dichas, es decir, sólo una ayuda al acto conyugal. Por otro lado, son técnicas menos invasivas para la intimidad de la mujer.

En el siguiente párrafo puede apreciarse la forma de pensar de una mujer que se sometió a la inseminación artificial impropriamente dicha. Esto corrobora lo anteriormente referido:

No se pueden igualar todas las tra, ni las formas en que se las realiza, en especial las inseminaciones (donde no se trata con embriones y donde, en mi caso, se respetó nuestra conciencia en los temas de la obtención de esperma y en la inseminación misma)[...]

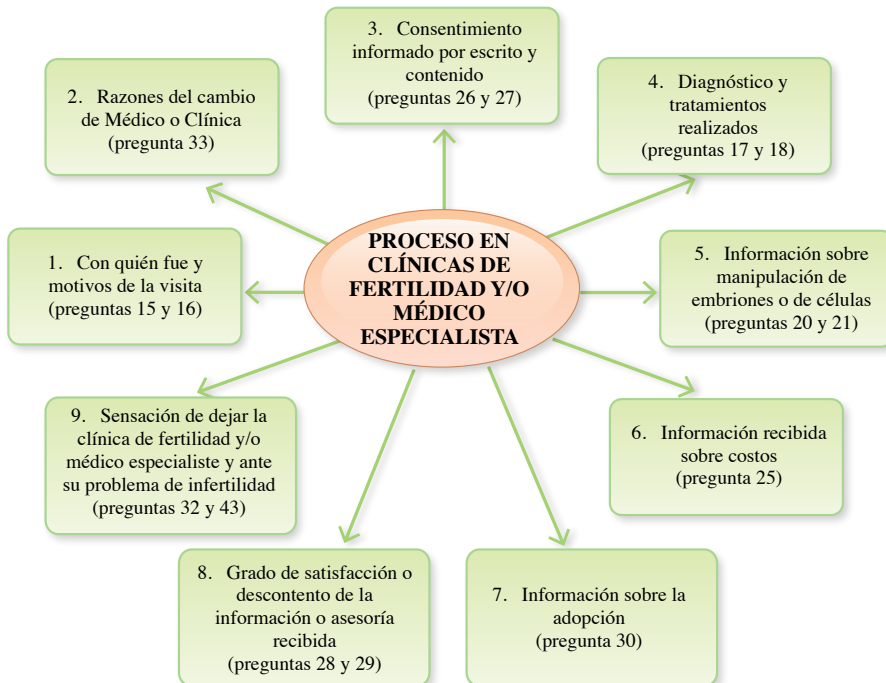
- c) Es una técnica menos complicada de llevar a cabo que la FIVET y/o ICSI. De hecho, en México hay bastantes centros o médicos que solamente están capacitados para realizar la inseminación artificial.
 - d) Por las narraciones de la investigación cualitativa, que veremos más adelante, son técnicas que se realizan normalmente sin un diagnóstico preciso de la causa de infertilidad y con un elevado número de intentos, lo que puede suponer un ingreso considerable para quien la realiza.
3. Uno de los indicadores más significativos para las clínicas de fertilidad es el porcentaje de resultados positivos que reportan. El análisis que se realizará sobre esta cuestión, en el inciso 3.4 de este capítulo (3.4.1.2.5), nos permitirá

contrastar los resultados obtenidos en esta investigación con los que reportan las clínicas en sus páginas de internet y los que se presentan en los reportes internacionales.

4. La diferencia significativa entre los porcentajes de los individuos de la muestra que han optado por la adopción y los que en realidad tienen hijos adoptados, nos permite suponer que el proceso de adopción es largo y que optar por la adopción no implica necesariamente que lo hagan en un corto plazo. Esto se examinará con mayor detalle en el inciso 3.6 de este capítulo.
5. Existe un hecho que se tendrá muy presente a lo largo de la investigación: las clínicas reportan el número de ciclos, embriones transferidos por ciclo y porcentajes de éxito, pero no el número de embriones producidos en cada ciclo o intento. Se retomará este punto en el inciso 3.4 (3.4.1.2.4), para poderlo explicar mejor con las narraciones de la investigación cualitativa.

3.3 ATENCIÓN E INFORMACIÓN RECIBIDA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES (SECCIÓN 3)

ESQUEMA 3.1. MAPA CONCEPTUAL DEL CUESTIONARIO



En este apartado se evalúa a quién se dirigió el sujeto, los motivos de la visita y/o cambio de clínica de fertilidad, consentimiento informado, diagnóstico, tratamientos, y la calidad de información recibida en las clínicas y/o por médicos especialistas, la satisfacción por la información y asesoría recibida, así como la sensación que se tuvo al dejar la clínica de fertilidad y/o médico especialista.

3.3.1 Modo y razones

3.3.1.1 Modo

A quién se dirigió.

La visita a la clínica de fertilidad y/o médico especialista (34.5% no respondió al reactivo):

- ♦ El 93.3% de los casos (346) fue acompañada por su pareja.
- ♦ El 3.8% (14 casos) fue sola.
- ♦ El 3.0% (11 casos) fue con otra persona, normalmente la mamá. Resulta evidente y lógico el involucramiento de la pareja, desde un principio.

3.3.1.2 Motivos de la visita

Razones de la visita.

Al preguntar cuáles fueron las razones por las que visitaron a un médico especialista o una clínica de fertilidad, se les pidió que marcaran una o varias opciones. Los porcentajes de los motivos de la visita fueron:

- ♦ El 0.6% “por curiosidad”.
- ♦ El 4.5% “para pedir información general”.
- ♦ El 0.6% “por presión de familiares”.
- ♦ El 39.6% “para conseguir un diagnóstico más detallado”.
- ♦ El 27.3% “con el fin de recibir un tratamiento específico”.
- ♦ El 9.8% “por otras razones”.

Observando los dos motivos más frecuentes y, dividiendo la muestra en los cuatro grupos de análisis, nos encontramos con los siguientes resultados: “Para conseguir

un diagnóstico más detallado” que corresponde al 39.6% (193), se observa una diferencia significativa (tabla 3.19)⁶ en el grupo de los que se sometieron solamente a la inseminación artificial donde el porcentaje es del 61.2%.

TABLA 3.19. PARA CONSEGUIR UN DIAGNÓSTICO MÁS DETALLADO

	No	Sí	Total
No se sometieron a las TRA	68.8%	31.2%	269
Sólo inseminación artificial	38.8%	61.2%	98
Inseminación artificial y FIVET-ICSI-GIFT	60.0%	40.0%	80
Sólo FIVET y/o ICSI	57.5%	42.5%	40
Total	294 60.4%	193 39.6%	487 100%

“Para un tratamiento específico” donde el 27.3% (132) señalaron este motivo, y los porcentajes más significativos pertenecen al tercer (54.4%) y cuarto grupo (50.0%).

TABLA 3.20. PARA RECIBIR UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO

	No	Sí	Total
No se sometieron a las TRA	86.1%	13.9%	266
Sólo inseminación artificial	67.7%	32.3%	99
Inseminación artificial y FIVET-ICSI-GIFT	45.6%	54.4%	79
Sólo FIVET y/o ICSI	50.0%	50.0%	40
Total	352 72.7%	132 27.3%	484 100%

⁶ Como ya se indicó en el capítulo 2, algunas de las tablas que muestran los resultados más relevantes de esta investigación se sustituyeron por gráficas que contienen la misma información que las tablas.

3.3.1.3 Razones del cambio de médico especialista y/o clínica de fertilidad

Motivos por los que se cambió de clínica de fertilidad y/o médico especialista.

Con el fin de conocer las diversas situaciones que motivaron a los individuos a cambiar de una clínica a otra, la ausencia-presencia de diversas circunstancias se midió a través de una escala Likert (5 intensidades).

Esta pregunta no fue registrada en los cuestionarios que se contestaron por internet. Contestaron 70, arrojando los siguientes resultados: las cuatro razones por las que hubo menos cambios de clínicas fueron “porque pidieron demasiados datos muy técnicos” (media 1.46), “por los costos elevados de los procedimientos” (media 1.99) o “por la actitud reacia del personal especializado cuando se le pedía algunas explicaciones” (media 1.88). Ni siquiera hubo tampoco un cambio significativo “por errores en el diagnóstico” (media 1.79).

Sin embargo, sí hubo un cambio de clínicas de fertilidad principalmente “porque los resultados fueron negativos” (media 2.99 = 56.7%: “ocurrió con frecuencia, con mucha frecuencia o siempre ocurrió”). Una segunda razón también importante fue “porque sentí que no entendían los sentimientos personales o de la pareja” (media 2.34 = 32.8%: “ocurrió con frecuencia, con mucha frecuencia o siempre ocurrió”), (tabla 3.21).

TABLA 3.21. MOTIVOS POR LOS QUE LAS PAREJAS CAMBIARON DE CLÍNICA O MÉDICO ESPECIALISTA

	Nunca nos ocurrió	Alguna vez nos ocurrió	Ocurrió con frecuencia	Ocurrió con mucha frecuencia	Siempre nos ocurrió	Media
Porque pidieron demasiados datos y muy técnicos (n=70)	70.0%	15.7%	12.9%	1.4%	0%	1.46
Porque los resultados de los tratamientos fueron negativos (n=74)	17.6%	25.7%	24.3%	5.4%	27.0%	2.99
Porque sentí que no entendían mis sentimientos o los de mi pareja (n=73)	39.7%	27.4%	8.2%	8.2%	16.4%	2.34

Tabla 3.21 (continuación)

	Nunca nos ocurrió	Alguna vez nos ocurrió	Ocurrió con frecuencia	Ocurrió con mucha frecuencia	Siempre nos ocurrió	Media
Por la actitud reacia del personal especializado cuando pedimos explicaciones (n=68)	55.9%	17.6%	14.7%	5.9%	5.9%	1.88
Por errores en el diagnóstico (n=71)	56.3%	25.4%	8.5%	2.8%	7.0%	1.79
Por los costos elevados de los procedimientos (n=67)	50.7%	25.4%	11.9%	4.5%	7.5%	1.99

Los datos coinciden con los de un estudio de campo realizado por Luisa Barón (especializada en el abordaje emocional de los trastornos de fertilidad) y Alejandra Koreck,⁷ donde se entrevista a 87 pacientes que estaban (50) o habían estado en tratamiento de infertilidad (37), en que los resultados negativos y una mala relación con el médico influyeron en la decisión de abandonar los tratamientos. Para cada tres de cuatro es importante que el médico sepa escucharlos y más de un tercio de los encuestados valoran que éste tome en cuenta sus sentimientos.

Los porcentajes son mayores pero hay que tener en cuenta que es una muestra en la que todos estaban o habían estado en tratamientos. Tampoco se especifica en qué tipo de tratamientos.

Por otro lado, es frecuente el cambio de médico (41 de 87, 47.1%) y entre las razones nos encontramos las siguientes: falta de explicaciones (34 de 41 pacientes), el resultado negativo del tratamiento (33 de 41), la actitud distante del médico (37 de 41) y errores en el diagnóstico o tratamiento (30 de 41).

Según Barón, los pacientes no eligen al profesional únicamente por sus conocimientos, sino por su capacidad para escucharlos. Se desprende que la actitud del médico, independientemente de los resultados, es fundamental en la continuidad del tratamiento. Por tanto, abandonan los tratamientos o cambian de médico, no sólo cuando fracasan en su intento, sino también si el médico mantiene una actitud distante, no da explicaciones, o es incapaz de convencer.

7 Cf. L. BARÓN - A. KORECK, ¿Por qué los pacientes abandonan los tratamientos? Motivaciones para cambio de médico y/o abandono del tratamiento en un grupo de pacientes de reproducción asistida, en http://www.luisabaron.com/?page_id=142 (consultado: 12-12-2010).

3.3.2 *Consentimiento informado por escrito y contenido*

3.3.2.1 **Consentimiento informado**

Indica si la clínica de fertilidad y/o el médico especialista dieron a la pareja alguna carta de consentimiento informado.

Se les preguntó a los sujetos cuestionados si habían recibido alguna carta de consentimiento informado para firmarla (tabla 3.22).

Las respuestas se presentan dividiendo la muestra en los grupos de análisis. Existen notables diferencias entre los dos primeros grupos que no se sometieron o se sometieron simplemente a la inseminación artificial y que sí recibieron alguna carta de consentimiento informado (22.8% y 11.6% respectivamente), y los dos últimos grupos que sí se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI o sólo a la FIVET-ICSI (77.0% y 70.7% respectivamente).

Lo anterior es comprensible ya que las clínicas que realizan la FIVET y/o ICSI, tienen que emitir esta carta por los posibles efectos secundarios que estas técnicas conllevan, como es el síndrome de la hiperestimulación ovárica principalmente y otros riesgos para la mujer y el embrión. No ocurre de la misma manera para los procedimientos de la inseminación artificial donde los riesgos son menores.

Las siguientes dos narraciones expresan dos realidades distintas. La primera nos muestra un caso de información adecuada en la carta del consentimiento informado, lo cual nos llevaría a deducir que existen clínicas y/o médicos especializados que tienen la intención y la seriedad de informar a sus clientes, al menos como se señalaba anteriormente, sobre ciertos riesgos. La segunda narración describe un caso de desinformación, típico de otro tipo de establecimientos o médicos especializados en los que no existe el mismo interés por informar adecuadamente:

Sí, una información muy detallada del procedimiento, de los riesgos, de los porcentajes de éxito donde al firmar tú aceptabas los términos y te dabas por enterado de todo.

Cuesta entender el tema, tienes que pasar varios tratamientos hasta entender bien el mecanismo y qué le pasa a tu cuerpo. Parece que la consigna es que sepas sólo lo necesario para ellos, les molesta la gente informada, me dio esa impresión en todos lados.

Dos narraciones más nos permiten entrever, en primer lugar, la tendencia a no entregar una carta de información y, en segundo lugar, la duración del proceso al que se enfrentaron o se están enfrentando: el 25% de la muestra está entre los tres y cinco

años, y para el 45%, más de cinco años; para algunos de ellos, el proceso no ha concluido (cf. inciso 3.1.2 de los antecedentes clínicos):

Ninguna información escrita de nada. Sólo el nombre del medicamento y una ligera explicación del procedimiento de la inseminación. Es más, fue casi nada porque después yo investigué por internet para poder entender qué era lo que se haría.

Nosotros pasamos nueve años entre distintos tratamientos, algunos no los alcancé a especificar. Una sola institución “NN”, fue la que nos dio un cuadernillo con toda la información, de lo que era y podría pasar tan impresionante [...] que parecía que había que consultar antes con un abogado.

TABLA 3.22. DURANTE LAS VISITAS, ¿TE ENTREGARON ALGUNA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (INFORMACIÓN DE LAS TÉCNICAS, EFECTOS SECUNDARIOS, COMPLICACIONES, ETC.) PARA QUE LA FIRMARAS?

	No		Sí		No sé		Total	
No se sometieron a las TRA	69.3%		22.8%		7.9%		114	
Sólo inseminación artificial	75.0%		11.6%		13.4%		112	
Inseminación artificial y FIVET-ICSI-GIFT	17.2%		77.0%		5.7%		87	
Sólo FIVET y/o ICSI	14.6%		70.7%		14.6%		41	
Total	184	52.0%	135	38.1%	35	9.9%	354	100%

3.3.2.2 Información recibida en la carta de consentimiento informado y/o por el médico y/o personal de la clínica

Indica si en la carta de consentimiento informado o de palabra la pareja fue informada sobre lo que debían hacer, detalles del procedimiento de las TRA, efectos secundarios al practicar las TRA, efectos secundarios del síndrome de hiperestimulación ovárica, probabilidades de embarazo, riesgos de malformaciones para el embrión, costos y riesgo de embarazo múltiple.

Aunque los sujetos no hayan recibido o firmado una carta de consentimiento, en ocasiones pueden haber recibido la información de otra forma por parte del médico especialista y/o del personal de la clínica.

Para explicitar la clase de información que los individuos de la muestra recibieron, bien sea a través de la carta de información o por otro medio, se midió la mayor o menor información que obtuvieron a través de una escala Likert (5 intensidades). La tabla 3.23 muestra el tipo de información recibida (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo):

TABLA 3.23. YA SEA POR MEDIO DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTES DE UN PROCEDIMIENTO O POR LOS MÉDICOS Y/O PERSONAL DE LA CLÍNICA O CLÍNICAS VISITADA, ¿RECIBISTE INFORMACIÓN SOBRE

	Nunca recibí esta información	Me informaron muy poco	Había poca información en la carta de consentimiento	El médico me informó en persona	Recibí información completa por escrito y por el médico
lo que cada uno de ustedes, en particular, debía realizar? (n=345)	12.2%	7.5%	3.2%	54.8%	22.3%
los detalles del procedimiento de las TRA, a realizar? (n=333)	13.5%	8.1%	3.3%	54.4%	20.7%
los efectos secundarios que podría haber por el empleo de las TRA? (n=330)	29.1%	13.6%	3.9%	38.2%	15.2%
los efectos secundarios de la hiperestimulación ovárica? (n=332)	34.6%	13.0%	3.0%	36.4%	13.0%
las probabilidades de quedar embarazada con dichas TRA? (n=332)	13.3%	7.5%	3.3%	58.1%	17.8%
los riesgos de malformación que existen para los embriones? (n=330)	52.1%	12.1%	3.0%	22.7%	10.0%
los costos económicos totales? (n=339)	17.1%	9.4%	2.7%	46.9%	23.9%
el riesgo que conlleva un embarazo múltiple? (n=331)	27.5%	15.7%	1.8%	41.4%	13.6%

Se observa que de los ocho reactivos preguntados, el 1, 2, 5 y 7 (“lo que debían hacer”, “detalles del procedimiento”, “probabilidades de embarazarse” y “costos”) muestran que entre un 70% y 80% recibieron la información de forma satisfactoria.

Tres reactivos (3, 4 y 8) están entre el 50% y 55% de la información satisfactoria que recibieron (efectos secundarios, efecto de la hiperestimulación ovárica y riesgo de embarazo múltiple) y el reactivo 6 sólo llega al 32.7%. Esto indica que el 64.2% no recibió o recibió muy poca información sobre “los riesgos de malformaciones que existen para los embriones”.

Al segmentar la muestra en los cuatro grupos de análisis, para ver las posibles diferencias en los reactivos 3, 4, y 8, se observa que disminuyen dichos porcentajes en los dos primeros grupos y aumentan en los dos grupos que se sometieron a la FIVET-ICSI (tablas 3.24-3.26). De todas formas, aproximadamente uno de cada tres individuos de estos dos últimos grupos recibió una información poco satisfactoria en cuanto a los efectos secundarios, el efecto de la hiperestimulación ovárica y el riesgo de embarazo múltiple.

TABLA 3.24. LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE PODRÍA HABER EN EL EMPLEO DE LAS TRA

Cuatro grupos de análisis	Nunca recibí esta información	Me informaron muy poco	Había poca información en la carta de consentimiento	El médico me informó en persona	Recibí información completa por escrito y por parte del médico	Total
No se sometieron a las TRA	51.0%	9.4%	1.0%	31.2%	7.3%	96
Sólo inseminación artificial	26.4%	17.0%	3.8%	47.2%	5.7%	106
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	14.9%	13.8%	8.0%	34.5%	28.7%	87
Sólo FIVET y/o ICSI	14.6%	14.6%	2.4%	39.0%	29.3%	41
Total	96 29.1%	45 13.6%	13 3.9%	126 38.2%	50 15.2%	330 100%

TABLA 3.25. LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA

Cuatro grupos de análisis	Nunca recibí esta información	Me informaron muy poco	Había poca información en la carta de consentimiento	El médico me informó en persona	Recibí información completa por escrito y por parte del médico	Total
No se sometieron a las TRA	51.0%	12.2%	2.0%	30.6%	4.1%	98
Sólo inseminación artificial	33.0%	16.0%	1.9%	44.3%	4.7%	106
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	19.5%	11.6%	4.7%	37.2%	26.7%	86
Sólo FIVET y/o ICSI	31.0%	9.5%	4.8%	28.6%	26.2%	42
Total	115 34.6%	43 13.0%	10 3.0%	121 36.4%	43 13.0%	332 100%

TABLA 3.26. EL RIESGO QUE CONLLEVA UN EMBARAZO MÚLTIPLE

Cuatro grupos de análisis	Nunca recibí esta información	Me informaron muy poco	Había poca información en la carta de consentimiento	El médico me informó en persona	Recibí información completa por escrito y por parte del médico	Total
No se sometieron a las TRA	40.8%	17.3%	2.0%	34.7%	5.1%	95
Sólo inseminación artificial	30.2%	15.1%	0.9%	48.1%	5.7%	106

Tabla 3.26 (continuación)

Cuatro grupos de análisis	Nunca recibí esta información	Me informaron muy poco	Había poca información en la carta de consentimiento	El médico me informó en persona	Recibí información completa por escrito y por parte del médico	Total
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	12.8%	17.4%	2.3%	40.7%	26.7%	86
Sólo FIVET y/o ICSI	19.5%	9.8%	2.4%	41.5%	26.8%	41
Total	91 27.5%	52 15.7%	6 1.8%	137 41.4%	45 13.6%	331 100%

Es significativo que el 36.1% y 45.3% de los dos grupos que se sometieron a la FIVET-ICSI no recibieran o recibieran muy poca información sobre “los efectos secundarios de la hiperestimulación ovárica”, ya que son las mismas clínicas o médicos los que procuran ampararse ante una eventual complicación.

Otro factor que se debe resaltar es la información sobre “los riesgos de malformaciones que existen para los embriones”, donde los porcentajes de desinformación son notables, incluso para los dos grupos que se sometieron a la FIVET-ICSI: 53.4% y 60.0% respectivamente. A ellos no se les informó o se les informó muy poco (gráfica 3.8). Las causas de esta desinformación se irán viendo a lo largo de la presente investigación.

Aunque más adelante expondremos con más detalle algunas narraciones o fragmentos de experiencias vividas, a continuación se muestran algunos relatos que pueden evidenciar la escasa información sobre algunos de los efectos que estas técnicas pueden tener en la mujer y en los embriones:

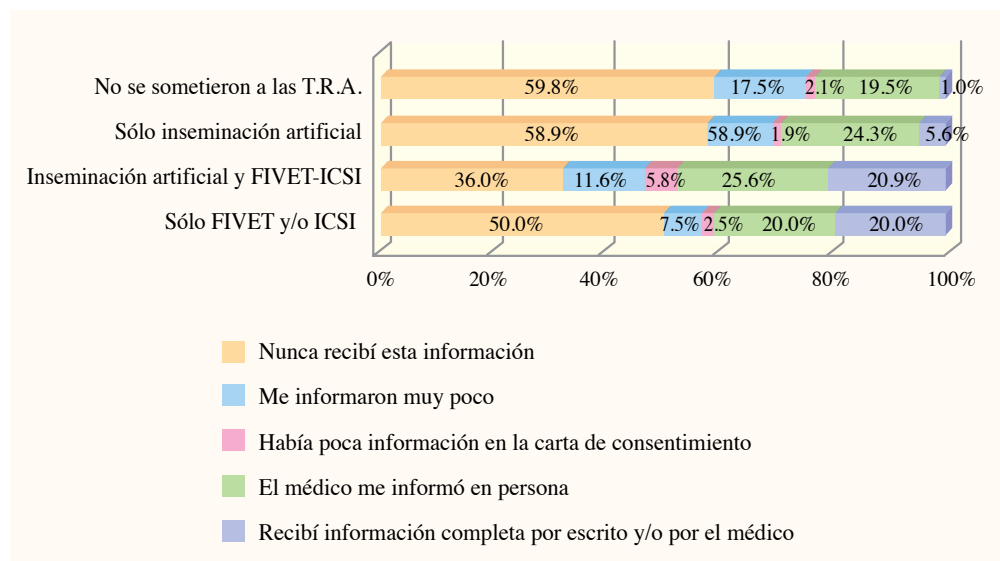
[...] y cuando hay otros problemas de salud, como los problemas de columna, como en mi caso [...] por disco herniado, no te explican los riesgos de un embarazo que podría ser hasta múltiple, son un poco irresponsables en este sentido.

Mi esposa y yo tuvimos triates derivados de un tratamiento de ovulación, por ser múltiples, nacieron pesando menos de 1 kg a los seis meses de embarazo, dos de ellos están ciegos por ritmopatía del prematuro.

Cuando uno acude a una clínica de fertilidad, lo que quiere es quedar embarazada. Realmente los doctores hablan de las estadísticas para que eso suceda, pero nunca te hablan de los riesgos.

[...] de hecho sentía que no me daban el tiempo suficiente para mis preguntas. Fue una de las causas por las cuales la primera vez que me sometí a inseminación artificial, por ignorancia de mi parte y falta de explicación del médico, sin mandarme hacer ningún estudio me mandó poner inyecciones para ovular, y eso no era mi problema, la consecuencia fue hiperestimulación ovárica que me ocasionó dolores fuertes y tuve que estar en reposo por más de una semana.

GRÁFICA 3.8. LOS RIESGOS DE MALFORMACIÓN QUE EXISTEN PARA LOS EMBRIONES



3.3.3 Cambio de diagnóstico y tratamientos realizados en las clínicas de fertilidad

3.3.3.1 Diagnóstico diferente

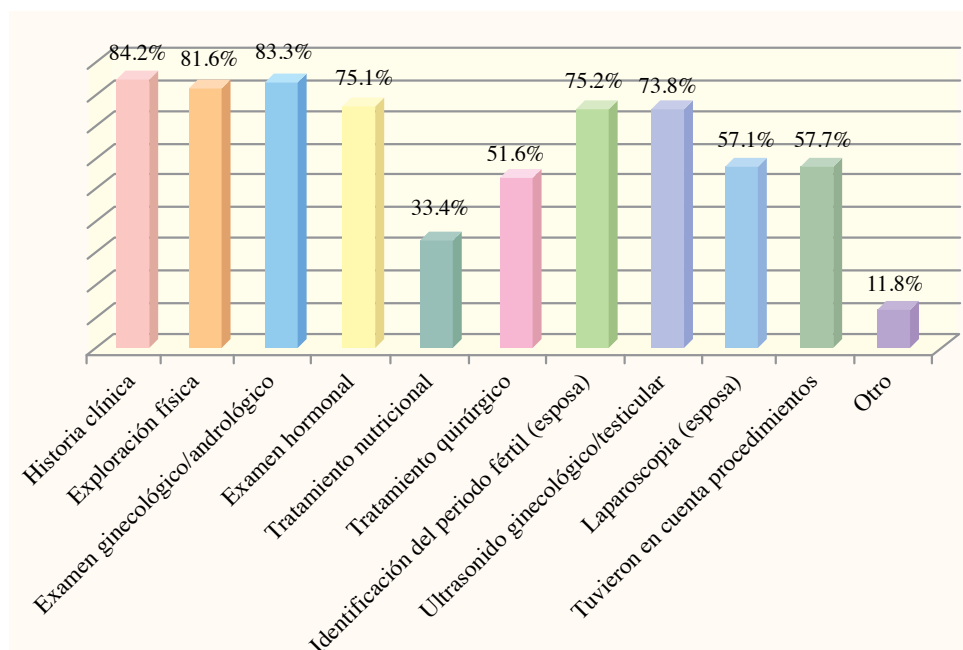
Indica si hubo un diagnóstico diferente al diagnóstico inicial.

Un 30.1% (31.8% no respondió al reactivo) indicaron que sí recibieron un diagnóstico diferente al diagnóstico inicial.

3.3.3.2 Tratamientos realizados

Indica si le realizaron alguno de los siguientes procedimientos: historia clínica, exploración física, examen ginecológico y hormonal, tratamiento nutricional y quirúrgico, ultrasonido, laparoscopia u otro.

GRÁFICA 3.9. EN LAS CLÍNICAS O CONSULTORIOS QUE VISITASTE, SEÑALA SI TE HICIERON O APLICARON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS



Los procedimientos que las personas encuestadas reportaron que les fueron aplicados, se presentan en la gráfica 3.9. Distribución de los procedimientos utilizados en las clínicas de fertilidad (n=566; entre el 33% y el 40% no respondió al reactivo).

Los porcentajes de la aplicación de los diversos procedimientos o tratamientos son, en su mayoría, altos. Esto no quiere decir, necesariamente, que haya habido un diagnóstico de la infertilidad encaminado a detectar su causa y, por ende, a realizar el tratamiento adecuado.

No todos los médicos especialistas, como ya se ha comentado, están capacitados para realizar todas las TRA, en especial la FIVET o el ICSI. Por ello se dedican de una manera especial a la inseminación artificial. Es el caso de esta encuestada que narra su primera y segunda experiencia en consultorios diferentes. Con la diferencia de que en la segunda visita se trata de un consultorio acogedor y un médico especialista muy humano:

Sólo inseminación artificial ya que, repito, no es una clínica especializada pero era el ginecólogo de mis hermanas y supuestamente era muy bueno. Tal vez sólo lo sea para hacer Papanicolaou o para asistir partos, pero para lo que es infertilidad, creo que ahora yo sé hasta más del tema de lo que sabe él.

Solo hace inseminación intrauterina. Él nos da esta opción solamente ya si no funcionaba nos iríamos a otra clínica porque él no tenía nada más que ofrecernos.

Por eso, en cuanto a estos establecimientos:

1. Lugar: son locales como los que se detallan en unas visitas que se realizaron a varios de estos consultorios o establecimientos y que se narran a continuación:

Ésta es una clínica para gente de clase media baja [...] el lugar es horrible, nadie te recibe, sólo tocas el interfón y pasas para arriba donde no hay absolutamente nadie que te reciba, yo hice cita pero al llegar ahí me di cuenta de que es un lugar donde la gente llega sin cita y te va tocando el turno conforme llegaste. El lugar está espantoso, solamente es un pasillo con sillas en ambos lados [...] le pregunté a la secretaria que donde hacía el procedimiento y me dijo que la inseminación ahí mismo, pero la fecundación en otro lugar, ya que me tenían que dormir para meterme el tubo [...]

[...] la mujer me dijo que si traía volante y ahí es donde me di cuenta cómo era la cosa, se ve que ellos reparten papeles en la calle con procedimientos y descuentos.

También existen clínicas, como la que se describe a continuación, que están acreditadas por la Asociación Latinoamericana de Reproducción Asistida, de la cual se hablará más adelante:

El lugar es bastante grande y muy acogedor. Las paredes están llenas de fotos de bebés que se han logrado [...]

Está en un edificio [...] cuenta con una decoración moderna, tiene a una secretaria y cuando estás en la salita esperando me gustó el detalle de que hay fotos de los bebés que ya han logrado darse y de los papás [...]

El lugar donde te sientas es enorme. Tenía como 30 sillas y una televisión de plasma enorme en medio del recibidor. No es nada acogedor, tenía varias mesitas con plantas y revistas sobre medicina. El lugar muy frío, parecía un galerón de una escuela. El consultorio con todo incluido, laboratorio, quirófanos, departamento administrativo, etc.

2. Diagnóstico: se podría intuir que existen centros donde no se realiza un verdadero y auténtico diagnóstico que vaya encaminado a la cura de la infertilidad. Se presentan algunas narraciones que van en la línea de lo anteriormente dicho:

Nunca me pudieron dar un diagnóstico de por qué no me embaracé los primeros cinco años de casada, sin embargo yo pienso que la presión que se siente al no lograr quedar embarazada afecta mucho, aunque no te des cuenta.

Pasamos por muchos problemas hasta lograr el embarazo después de 13 años de lucha, estudios, doctores y más doctores. El problema era relativamente simple, un problema hormonal que debió detectar el primer doctor que consultamos, pero no lo detectó ni él, ni otros varios que visitamos.

Después de leer mi historial, el médico comienza a explicarme en qué consiste el tratamiento que él propone para mí: la inseminación artificial, me explica que tengo solo el 20% de posibilidades de quedarme embarazada, por lo que sólo intentaría este método una sola vez, si no sale pasaríamos inmediatamente al segundo método que es la fertilización *in vitro* [...]

3.3.4 Información sobre manipulación de embriones o células, costos y adopción

Este apartado habla de la información que recibió la pareja en la clínica de fertilidad y/o con el médico especialista, sobre tres factores importantes a tener en cuenta para una toma de decisión: los embriones producidos, costos y adopción.

3.3.4.1 Información sobre la manipulación de embriones o células

En el caso de que en la clínica de fertilidad y/o médico especialista le propusieran las TRA, se indica la información que recibió la pareja sobre si iban a trabajar con embriones o sólo con células; también se indica la información sobre el número de embriones que se iban a producir, cuántos iban a transferir al útero, si iban a congelar algunos de ellos y su posible destino.

1. En primer lugar, se les preguntó si en la clínica les dijeron que iban a trabajar con embriones o simplemente con células, cuando les presentaron alguna TRA. En una segunda pregunta se explicita la primera (véase pregunta 21 del cuestionario).

Posiblemente estas dos preguntas fueron las más difíciles de formular, por la sensibilidad que podría despertar en los encuestados. No es fácil para los que se han sometido a la FIVET o al ICSI y que conocen, o al menos perciben la posibilidad que existe de desechar o congelar embriones, contestar estas preguntas sin llegar a tocar lo más profundo de sus sentimientos.

En relación con la primera pregunta, del total de los encuestados (n=566, 38.7% no respondió al reactivo, n=347; tabla 3.27):

- ♦ El 21.9% que trabajarían con embriones.
- ♦ El 59.1% que trabajarían únicamente con células (óvulos y espermatozoides).
- ♦ El 19.0% no recordaba lo que le dijeron al respecto.

Para un análisis más detallado de los datos anteriores, se hizo el estudio y se dividió la muestra en los tres grupos que se sometieron a las diversas formas de las TRA, encontrando que los porcentajes cambian de manera significativa (tabla 3.27).

TABLA 3.27. INFORMACIÓN SOBRE EMBRIONES PRODUCIDOS

	Sólo con células	Con embriones	No recuerda
Toda la muestra	59.1%	21.9%	19.0%
Sólo inseminación artificial	77.1%	7.6%	15.3%
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	51.1%	38.1%	10.4%
Sólo FIVET y/o ICSI	52.4%	40.5%	7.1%

Para el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, el 21.9% (con embriones) bajó al 7.6%, y el 59.1% (sólo con células) subió al 77.1%. Estas diferencias son explicables ya que, en la inseminación artificial, se trabaja con células y no con embriones.

Para los dos últimos grupos, el porcentaje del 21.9% (que trabajarían con embriones) subió al 38.1% en el caso del grupo de los que primero se sometieron a la inseminación artificial y luego a la FIVET-ICSI, y 40.5% en el caso del grupo de los

que se sometieron a la FIVET-ICSI. Por el contrario, el porcentaje del 59.1% (que trabajarían con células) bajó en el caso del primer grupo al 51.1%, y al 52.4% para el segundo grupo.

Se observa que son porcentajes muy significativos, dado que la mitad de los que se sometieron a la FIVET-ICSI fueron informados de que trabajarían con células.

Estos datos pueden ser ilustrados con algunas de las narraciones de la investigación cualitativa:

Todo el tiempo [el doctor] se refería a células, no usaba la palabra embrión para nada [...] al comenzar a explicar el método (fertilización *in vitro*), lo primero que me dice es que vamos a estar hablando de células y no de hijos ni nada similar, todo tal y como lo explica parece fácil, tengo el 60% de posibilidades de quedarme embarazada [...] me aclara que tengo que actuar de prisa. Por mi edad y por la cantidad de óvulos que pierdo en cada regla, también estoy acercándome a la posibilidad de tener un hijo subnormal, cosa que se evita con este tipo de técnicas donde las “células” que no sirven son desechadas [...]

Ya cuando nos adentramos más en el tema, me explicó que seleccionan las células. Yo le dije: “los embriones”. Y me dijo “sí”, cuando son como 12 células, en ese momento es cuando pueden hacer una biopsia y ver cuáles son niñas y, claro, los que no sirven se desechan como sería en un proceso normal de cualquier embarazo y ya serían los que te implantan, claro hacer esta biopsia extra cuesta 40,000 pesos, de verdad como si estuviera en una tienda comprando un producto y si tengo lana pues cuál es el problema.

Le pregunté [si trabajaban con células o embriones] y me contestó diciendo que eran lo mismo.

Todo el tiempo habló de embriones [...]

Decepción de los doctores que hablan de ‘células’, ‘embriones’ como si fueran ‘cosas u objetos’ y no seres humanos [...]

2. En cuanto a la segunda pregunta, corresponde a una serie de reactivos sobre algunos puntos de relevancia que explicitan la pregunta anterior. Se refieren a una información sobre las TRA que, a primera vista, parece evidente que se debe dar a las parejas.

La tabla 3.28 refiere los porcentajes de la información o no información proporcionada a las parejas (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo):

TABLA 3.28. CUANDO TE PRESENTARON LAS TRA, TE DIJERON...

	No	Sí	No recuerdo
1. Que iban a producir embriones en el laboratorio (n=312)	37.2%	54.8%	8.0%
2. Que el resultado de unir óvulos y espermatozoides, en el laboratorio, es sólo un puñado de células (n=299)	63.9%	25.1%	11.0%
3. Cuántos embriones, aproximadamente, se iban a producir (n=311)	41.2%	46.9%	11.9%
4. Cuántos embriones, aproximadamente, iban a transferir al útero (n=309)	36.6%	53.4%	10.0%
5. Cuántos embriones, aproximadamente, iban a congelar (n=304)	46.7%	43.4%	9.9%
6. El destino que tendrían los embriones congelados (n=301)	49.5%	41.5%	9.0%

Una respuesta afirmativa es que sí se lo dijeron y una respuesta negativa no quiere decir necesariamente que les dijeron lo contrario, sino que simplemente no se lo dijeron.

En conceptos básicos como son la producción de embriones, transferencia, congelación y destino de los mismos (reactivos 3, 4, 5, y 6), los porcentajes de desinformación oscilan entre el 37% y 50%, es decir, que casi la mitad de los que respondieron, no fueron informados sobre estas nociones básicas en relación con los embriones.

A continuación se presentan los porcentajes divididos por grupos (tabla 3.29⁸), donde la característica fundamental es que los dos grupos que se sometieron a la FIVET-ICSI (en el caso del primero de los que se sometieron a la inseminación artificial y a la FIVET-ICSI y el segundo, de los que se sometieron directamente a la FIVET-ICSI) aumenta el porcentaje de información de los reactivos 3, 4, 5, y 6, entre un 50% y un 80%. Por el contrario, en el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial disminuyen dichos porcentajes.

En cuanto al segundo reactivo, “el resultado de unir óvulos y espermatozoides, en el laboratorio, es sólo un puñado de células” permanece sin variaciones significativas: a un encuestado de cada cuatro le informaron que se trataba de células.

⁸ En este tipo de tablas no coinciden la suma del “no” y “sí” con el 100%, porque no están consideradas las respuestas de los que contestaron “no sé” (que no sabían).

TABLA 3.29. CUANDO TE PRESENTARON LAS TRA, TE DIJERON

		Sólo inseminación artificial	Inseminación artificial y FIVET-ICSI	Sólo FIVET y/o ICSI
1. Que iban a producir embriones en el laboratorio (n=312)	No	52.20%	28.90%	8.10%
	Sí	39.10%	66.30%	86.50%
2. Que el resultado de unir óvulos y espermatozoides, en el laboratorio, es sólo un puñado de células (n=299)	No	64.10%	62.00%	61.30%
	Sí	30.40%	26.60%	25.80%
3. Cuántos embriones, aproximadamente, se iban a producir (n=311)	No	54.90%	26.80%	27.00%
	Sí	30.80%	65.90%	67.60%
4. Cuántos embriones, aproximadamente, iban a transferir al útero (n=309)	No	55.60%	18.50%	18.90%
	Sí	32.20%	79.00%	75.70%
5. Cuántos embriones, aproximadamente, iban a congelar (n=304)	No	60.20%	30.40%	43.20%
	Sí	28.40%	67.10%	51.40%
6. El destino que tendrían los embriones congelados (n=301)	No	63.60%	29.50%	40.00%
	Sí	26.10%	67.90%	51.40%

3.3.4.2 Información sobre los costos

Indica la información sobre los costos y si éstos fueron superiores a los que dijeron en un principio.

De la muestra total (n=566, 39.9% no respondieron al reactivo, n=340), un 20.0% afirma que los costos fueron los mismos que les dijeron al inicio, un 61.2% indica que fueron mayores y un 18.8% no recuerda. Se les preguntó también qué tanto mayor fue el costo: el 65% de los casos oscila entre 20% y 50%.

La tabla 3.30 muestra las diferencias cuando se dividen los grupos: el grupo de los que se sometieron directamente a la FIVET-ICSI aumenta a 70.6%.

TABLA 3.30. ¿LOS COSTOS FINALES DE LOS TRATAMIENTOS FUERON SUPERIORES A LOS QUE TE DIJERON AL PRINCIPIO?

	Sólo inseminación artificial	Inseminación artificial y FIVET-ICSI	Sólo FIVET y/o ICSI
No	18.2%	30.5%	14.7%
Sí	64.5%	43.9%	70.6%
No sé	17.3%	25.6%	14.7%

3.3.4.3 Información sobre la adopción

Si la pareja fue informada sobre la adopción como alternativa.

Al preguntarles a las parejas si en la clínica de fertilidad y/o el médico especialista les presentaron la adopción como una posibilidad, el 31.4% no respondió al reactivo (n=388), el 67.3% dijo que no, un 29.1% dijo que sí y 3.6% no lo recordaba. No hay diferencias significativas en la división de los grupos.

Se podría suponer que los encuestados que tuvieron resultados negativos en algunas de las TRA, después de un proceso más o menos largo, fueron orientados, por los mismos médicos y personal de las clínicas hacia la adopción como camino alternativo a su problema de infertilidad.

Se podría también admitir que, si les hubieran presentado a los individuos de la muestra la adopción desde un inicio, se habrían decidido desde el primer momento por esta opción, como se comenta en las siguientes narraciones de los encuestados:

La opción de la adopción nunca es mencionada como una verdadera alternativa. Aunque nosotros sí quisimos intentar tratamientos de fertilidad antes de optar por la adopción, nos hubiera gustado que alguien nos hablara de lo precioso que es formar una familia a través de la adopción.

Mi experiencia es: si yo hubiera sabido que la adopción es tan o más maravillosa que tener un hijo biológico, nunca hubiera hecho un sólo tratamiento [...]

3.3.5 Grado de satisfacción o desconocimiento en relación con la información y asesoría recibida por parte de los profesionales

3.3.5.1 Sobre la información recibida

Valoración del sujeto en cuanto a la información recibida por el médico especialista o el personal de la clínica de fertilidad.

Al preguntar a las personas encuestadas acerca de cuán satisfechos quedaron con la información recibida en la clínica de fertilidad (39.6% no respondió al reactivo, n=342), reportaron que el 11.1% no estuvo nada satisfecho, el 14.3% estuvo poco satisfecho, el 26.0% medianamente satisfecho, el 32.2% bastante satisfecho y el 16.4% muy satisfecho.

La tabla 3.31 muestra las diferencias de los cuatro grupos en relación con el total: en los dos grupos que se sometieron a la FIVET/ICSI, el primero a la inseminación artificial y luego a la FIVET/ICSI y el segundo directamente a la FIVET/ICSI, los porcentajes disminuyen al 10.1% y 12.2% respectivamente, en los que quedaron nada o poco satisfechos en relación con la información que recibieron, mientras que en el grupo de los que se sometieron solamente a la inseminación artificial, el porcentaje aumenta al 29.4%.

Esto quiere decir que los porcentajes de la información que recibieron y con los que quedaron medianamente, bastante o muy satisfechos son altos. Concretamente 89.9% para el primero, 87.8% para el segundo y 70.6% para el tercero.

Estos porcentajes son lógicos ya que corresponden a una información necesaria para poder optar por alguna de las TRA, aunque, en cierta forma contrastan con la información recibida sobre los embriones que se expuso con anterioridad, donde dicha información no fue tan completa (tabla 3.29).

TABLA 3.31. ¿QUÉ TAN SATISFECHO/A QUEDASTE CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE LA PREGUNTA ANTERIOR? (MARCA LA OPCIÓN QUE MÁS DESCRIBA TU EXPERIENCIA)

Cuatro grupos de análisis	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Medianamente satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Total
No se sometieron a las TRA	18.4%	21.4%	27.2%	24.3%	8.7%	103
Sólo inseminación artificial	10.1%	19.3%	24.8%	35.8%	10.1%	109
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	5.6%	4.5%	27.0%	37.1%	25.8%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	7.3%	4.9%	24.4%	31.7%	31.7%	41
Total	38 11.1%	49 14.3%	89 26.0%	110 32.2%	56 16.4%	342 100%

3.3.5.2 Sobre la asesoría recibida

Valoración del sujeto en cuanto a la asesoría recibida por parte del médico especialista y/o personal de la clínica de fertilidad.

No ocurre lo mismo con la asesoría que recibieron las parejas en la clínica de fertilidad y/o médico especialista. La tabla 3.32 nos muestra los porcentajes de la asesoría recibida en relación con varios factores (escala Likert de 3 intensidades). Los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo.

TABLA 3.32. ¿QUÉ TAN COMPLETA Y ADECUADA CONSIDERASTE LA ASESORÍA QUE RECIBISTE EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS?

	Incompleta e inadecuada	Medianamente completa y adecuada	Muy completa y adecuada
El manejo de las propias emociones y sentimientos (n=354)	49.7%	32.8%	17.5%
El posible estado de angustia o depresión en que me podía encontrar (n=354)	55.6%	26.3%	18.1%
El modo de afrontar las posibles diferencias con mi cónyuge (n=351)	56.4%	22.5%	21.1%
El modo de afrontar las dudas o inquietudes de nuestra familia (n=349)	56.4%	24.1%	19.5%
La manera de afrontar mis relaciones con los amigos y la sociedad (n=345)	59.7%	22.3%	18.0%

Sobresale el alto porcentaje de parejas que recibieron una asesoría incompleta e inadecuada y que oscila entre el 50% y el 60%. Si a este porcentaje se le suma el de “una asesoría medianamente completa y adecuada”, el porcentaje supera el 80% en la mayoría de los casos. Solamente uno de cada cinco sujetos que respondieron encuentran que la asesoría que recibieron fue completa y adecuada.

En la sección 3.5 de este capítulo se explicita de una manera más detallada el tipo de asesoría que recibieron o no recibieron las parejas, no sólo en las clínicas de fertilidad o por parte del médico especialista, sino también por parte de otras personas (amigos, familia, consultores, etc.).

3.3.6 Sensación al dejar la clínica de fertilidad y/o médico especialista y ante su problema de infertilidad

Impresiones y emociones del sujeto al dejar la clínica de fertilidad y/o médico especialista, y dolor y sentimientos que le produjo su estado de infertilidad.

En primer lugar, y con el fin de conocer las diversas sensaciones y sentimientos que los individuos tuvieron al dejar las clínicas de fertilidad y/o médico especialista, se preparó una pregunta con cinco reactivos. La tabla 3.33 muestra la distribución de los diversos porcentajes. Esta pregunta, por un error del sistema, no fue contestada por los encuestados que entregaron el cuestionario por internet. Aproximadamente son unos 80 encuestados los que contestaron, cantidad suficiente para sacar conclusiones, que serán profundizadas por las narraciones de la investigación cualitativa (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

TABLA 3.33. ¿QUÉ SENSACIÓN TUVISTE AL DEJAR LA CLÍNICA DE FERTILIDAD O AL MÉDICO ESPECIALISTA?

	No	Sí
Estar totalmente en las manos del médico especialista (n=80)	41.2%	58.8%
Tener un problema de infertilidad de fácil solución (n=72)	79.2%	20.8%
Una posibilidad de quedarme embarazada (n=83)	27.7%	72.3%
Una cita más que no daría solución al problema de infertilidad (n=77).	48.1%	51.9%
Otra (n=23)	4.1% de la muestra total (n=566)	

El porcentaje más alto corresponde a la sensación de tener un problema que no es de fácil solución (79.2%) y prácticamente la mitad de los que contestaron tenían la impresión de ser una cita más que no daría solución a su problema de infertilidad. No obstante, también un porcentaje alto (72.3%) lo vieron con una gran esperanza y como una posibilidad de procrear un hijo. Estos son los extremos entre los que se mueven la mayoría de los sujetos de la muestra: signos de esperanza y desesperación.

El primer reactivo muestra uno de los hechos que más puede ilustrar las sensaciones de los individuos de la muestra: casi seis de cada diez encuestados tuvieron la sensación de estar totalmente en manos del médico especialista.

En el artículo ya citado de Luisa Barón⁹ se menciona lo siguiente sobre la relación médico-paciente:

Los pacientes llegan con un alto grado de sensibilidad —afirma—. Es habitual que las parejas lleguen a consulta con una autoestima muy baja: el médico lo sabe todo, es quien les dará la posibilidad de tener un hijo, algo que ellos mismos no pudieron lograr [...] el profesional se transforma en un todopoderoso. Por eso es imprescindible cuidar mucho el vínculo que tenga con sus pacientes, ya que eso condicionará gran parte del tratamiento.

Por ello conviene analizar este reactivo a través de algunas narraciones que se recogieron en los comentarios finales de los encuestados sobre la conducta, el desempeño, el profesionalismo, las intenciones, etc., que el médico especialista tiene cuando interviene tan directamente en el proceso de las parejas con problemas de fertilidad. Se recoge también información de algún foro de infertilidad que, con lenguaje coloquial, nos detalla lo anterior y, en algunos casos, a pesar de no haber tenido resultados positivos con los tratamientos, existió una buena relación con el médico especialista.

Existen narraciones en las que se puede apreciar cómo los encuestados se expresan de manera favorable de los médicos especialistas que los atendieron.

Una señora habla de su experiencia en dos clínicas, una en México y otra en Estados Unidos:

[...] clínica A, era el doctor con el que siempre me había estado tratando, es el director de este instituto, el Dr. N. Me parece que nos trataron con muchísimo tacto y respeto y siempre disponibles para cualquier duda [...] clínica B, el Dr. NN, muy atento, siempre dispuesto a aclarar dudas y a no permitir que seas una paciente más.

Otra señora que narra su segunda visita a un consultorio de un médico especialista, nos comenta:

Mucha calidez, él es una persona súper enfocada a sus pacientes y no es de los que no te presta atención. Tiene muchísima paciencia, a veces pasábamos más

⁹ L. BARÓN - A. KORECK, ¿Por qué los pacientes...

de la hora mientras él explicaba con toda calma y respondía todas nuestras dudas y preguntas, a veces hasta utilizaba su computadora para mostrarnos las imágenes de una matriz (por ejemplo) al explicarnos el procedimiento.

Un tercer testimonio muestra, según la impresión de la señora que lo narra, la forma ética en la que actuó el médico especialista:

Con respecto al tratamiento en las clínicas a las que nosotros fuimos, el doctor trabajó en una forma ética, manipulando sólo los embriones que se iban a insertar. En mi caso fueron ocho y el doctor sólo insertó cuatro en el primer intento; dos, en el segundo; y otros dos fueron insertados dos años después en otra clínica, ya que mi manipulación ovárica no tuvo éxito la segunda vez. Tuve complicaciones con mis riñones, y mis ovarios no funcionaron como se esperaba [...]

Un cuarto testimonio es semejante a los anteriores:

El médico es una persona bastante seria y educada, muy educado, siempre nos explicó punto y coma del tratamiento a realizar, el cual era fertilización *in vitro*, siempre nos habló con la verdad y jamás nos dio falsas esperanzas. Siempre nos decía que, aunque se hiciera todo a la perfección, Dios era quien decidiría el resultado del tratamiento.

Se recogieron otros testimonios de parejas que visitaron a varios médicos especialistas. No se expresan de todos de la misma forma: por un lado nos dejan ver el profesionalismo, el trato humanitario y el buen manejo de la información que encontraron en algunos de ellos; por otro, hablan del trato deficiente en varios aspectos, como falta de profesionalismo, poca sensibilidad ante la situación de la pareja, falta de información, etc. Se recogen varias narraciones:

Considero que el Dr. N, del hospital X, es un experto en el tema y te deja las cosas muy claras y es un excelente médico, “atinadísimo” a diferencia de los otros cuatro doctores que vi, que sí ofrecían de entrada otros tratamientos sin hacer estudios completos [...]

[...] puedo decir que de seis doctores que vi, sólo dos me mostraron su lado humano y me hablaron con sinceridad. A la mayoría no les importa lo mal que te puedas llegar a sentir con los desajustes hormonales o las desilusiones tan grandes que te llevas cuando simplemente “no pegó” y tú te desgastaste física, emocional y económicamente [...]

Sólo quiero aclarar que, cuando estuve en tratamiento en la clínica, fue muy mala la atención y decidí mejor dejarlo. Al paso de algunos años contacté a un buen médico especialista en reproducción y con él fue con el que pude llegar a embarazarme, sólo que desafortunadamente el bebé no se logró.

En mi experiencia, sólo tuve un buen médico. La deshumanización del paciente por parte del médico de fertilidad es una realidad en este país [...]

También, a través de los diferentes foros en internet, se puede dar seguimiento a conversaciones que ayudan a entender la forma de pensar, sentir, hablar y actuar de las parejas (principalmente la mujer) con problemas de fertilidad.

En relación con este tema, se presenta el extracto de una conversación que apareció en *Fertile Thought*,¹⁰ donde se pone en evidencia cómo los pacientes consideran que un médico es mejor cuando ofrece un trato humano a los pacientes y no se muestra tan preocupado por el aspecto económico. Los nombres que aparecen en la conversación han sido cambiados:

Ana: Chicas, como ya les comenté, en unos meses comienzo con los tratamientos y pues ando en la peregrinación de escoger el mejor lugar, aquí en mi ranchito no hay buenos especialistas o no he tenido la suerte de que alguien me recomiende uno. En “la ciudad X”, los dos que comento [...] me parecen bien. ¿Ustedes qué me aconsejan? [...]

Leonor: Qué bueno que preguntas antes de ir. No vayas con el “Dr. A”. ¡¡¡Para nada!!! Tengo una larga mala historia con él y me la he pasado muchos años tratando de evitar que más caigan allí. Te pido por favor que no lo consideres en tu lista. Cuando tenga un rato te cuento los detalles [...] considera también al doctor de Elisa, que ella te cuente de él, es excelente [...]

María: Yo no conozco al “Dr. A”, salvo por lo que nos ha contado Leonor y, la verdad, yo no correría el riesgo ya sabiendo sus antecedentes. Al que sí conozco es al “Dr. B”, el mismo de Elisa. Yo también fui con él y te lo recomendaría mucho. Olga también estuvo con él y te podría dar una tercera opinión [...] A mí me parece excelente médico, no deja las cosas al azar, es muy cuidadoso y atento. Me atendió todo el embarazo y Marta nació con él [...]

¹⁰ Cf. www.fertilethoughts.com/forums/paises-de-habla-hispana/ Foro para todas las usuarias de habla hispana interesadas en hablar sobre temas de fertilidad (consultado: 12-12-10).

Olga: Ana, al “Dr. B” te lo recomiendo ampliamente [...] por el lado médico, es uno de los mejores, es buena persona y te dice las cosas como son. Digo, me hice 14 tratamientos con él y nunca pensé en cambiar de médico. Sólo en dos ocasiones me dijo que ahora sí veía probabilidades y en esas dos ocasiones me embaracé, aunque perdí a los bebés casi al principio del embarazo [...]. Mi hermana se embarazó con tratamientos del “Dr. A” (dos veces), pero por lo que he escuchado, no es recomendable para nada. Tengo un amigo que es anestesiólogo de varios ginecólogos [...]. Me dice que el “Dr. B” es de los menos metalizados [...]

Cecilia: A mí el “Dr. B” siempre me trató como una amiga, yo la verdad lo respeto muchísimo y lo quiero mucho, en los peores momentos se portó muy humano y nunca voy a olvidar lo feliz que se puso cuando le llamé para decirle que estaba embarazada [...]. El “Dr. A” no se me hizo para nada profesional, es sumamente materialista, en el 2000 quería 70,000 pesos y la verdad no nos trató muy bien a mi esposo y a mí. Fue de nuestros primeros contactos por infertilidad y pues fue nefasta la experiencia [...]. Si al “Dr. A” lo considero materialista, el “Dr. C” le dice: “quítate que ahí te voy” (ya sé que Leonor se va a enchilar porque es su paisano y la trata como reina), pero a los simples mortales nos trata como números y monedas. ¡Jajaja!”.

En una de las visitas guiadas, la señora que fue a la clínica describe de la siguiente forma la sensación que experimentó y que permite entrever las ilusiones y las expectativas que muchas parejas se crean ante su problema de infertilidad:

[Salí con la sensación] de que todo lo puedo, que si estoy dispuesta a dejar congelados o a hacerme un *in vitro*, ya sean con los nuestros o con prestados, pues sí se puede y claro que me embarazo, que mientras tenga dinero puedo todo, hasta elegir el sexo de mi bebé y claro que los gametos de los que me van a poner son los mejores y que no hay riesgo de un bebé que salga malito porque ellos se encargan de desecharlos [...]

Se recogen también otras narraciones que hablan de la decepción que les produjeron algunos médicos especialistas y que, aunque algunos estén marcados por la subjetividad de la propia experiencia y por los resultados negativos de los tratamientos, se sigue observando cómo el trato humano y el aspecto económico son factores a los que los encuestados les dan una importancia primordial:

En nuestro intento mediante TRA nos dimos cuenta de la frialdad con que tratan a las pacientes [...]

En ocasiones uno se topa con gente dura, médicos que te ven como un paciente más y no se imaginan la carga emocional que llevas por dentro [...]

Asistir a una clínica donde sean sumamente éticos, humanos, que no te traten como un cliente más porque en eso nos convertimos: de pacientes en clientes.

Lamentablemente, la infertilidad se presta para que muchos doctores se aprovechen de las parejas y de su deseo de ser padres. Abusan de ellas económicamente [...]

En mi experiencia, hay falta de ética en los médicos, sólo buscan su bienestar económico y no el de los pacientes. Nunca ven el estrés emocional que uno pasa y no te dan información [...]

El siguiente comentario también es ilustrativo de la falta de diagnóstico y de información de la que se habló en apartados anteriores:

Salí muy decepcionada del trato que se nos dio y de la poca o ninguna información recibida. Aún me da coraje pensar que puse en riesgo mi vida por no saber mucho del tema y me da coraje pensar que él sí lo sabía y sin embargo ni siquiera se preocupó por hacer algún estudio para saber cuál era el problema. Él simplemente me dijo: “inyéctate esto y regresa tal día”. Desgraciadamente, hasta después me di cuenta de lo que había sucedido y me sentí decepcionada de mí, de cómo no busqué más información y puse mi salud a ciegas en las manos de alguien con poca ética.

En otras ocasiones, la reacción de las parejas al dejar la clínica es la de cuestionar a Dios “¿por qué a mí?”:

La sensación al dejar el lugar es terrible: te quedas sola con tu marido y una hoja que dice negativo. Después de haber luchado tanto, los brazos vacíos, el alma destruida, los sueños rotos, sin ganas de vivir. Ellos se quedaron con el dinero y con tus ilusiones, te sientes muy resentida con la gente y con la vida, tu fe se cae y preguntas mil veces al día a Dios ¿por qué me pasa esto a mí? Mi marido y yo somos buenas personas y no sabemos por qué Dios nos puso esta prueba y este dolor en nuestras vidas, estoy segura de que no lo merecemos. Hay tantos chicos sufriendo y nosotros con los brazos vacíos y el corazón lleno de amor para dar. ¡Qué irónica es la vida! Eso es lo que hay en nuestros corazones: tristeza, amor, bronca ansiedad por ser padres y miles de cosas más; es indescriptible todo lo que siente una pareja que no puede ser padres. El sufrimiento y el tormento es muy grande.

Algunos de los encuestados, principalmente mujeres que contestaron al reactivo 5, “manifiesta otra sensación o sentimiento diferente”, comentaron que se sintieron liberadas y aliviadas al dejar los tratamientos y que a la mayoría les produjo un desgaste físico y emocional enorme, experimentando todo tipo de sentimientos como los que se expresan en las siguientes narraciones:

Cuando el resultado fue negativo, un mes después decidimos dejar por la paz los intentos y, por primera vez en tres años y medio, nos sentimos liberados y descansados de tanta presión.

[...] salir de esta experiencia es como salir de una enfermedad crónica y terminal. Si bien no nos escapamos de la muerte, es algo con lo que siempre viviremos. Es algo que nos ha marcado en todo y para siempre. Siempre estaremos unidos a las personas que siguen sufriendo esta prueba porque siempre seremos parte de ellos.

Eso depende porque, cuando uno llega al principio de los tratamientos, es con muchísima ilusión, pero cada vez que te daban la noticia de que no había “pegado”, el sentimiento era de una tristeza profunda, que ahora la puedo recordar y vivir; y el sentimiento cuando dejé para siempre los tratamientos fue de gran alivio, de descanso, pero también de dolor ante el gran duelo que tenía que empezar a vivir y enfrentar.

Otras sienten que todo está perdido, como es el caso de esta mujer que escribe en un foro de infertilidad y lo titula: “La esperanza muere a lo último [...] y la he perdido”:

[...] recibí el famoso resultado tan esperado [...] negativo [...] he estado meditando mucho sobre lo que esto cambia mi vida, porque sabrán que he decidido poner fin a esto. Ya me siento cansada y también me duele el dinero perdido. Me siento grande de edad (36 años) y el médico dice que recomienda, si así lo quiero, una FIVET con óvulos de una donante menor de 30 años. Mi esperanza está perdida porque además de mi edad, ambos tenemos dificultades para lograr un bebé, entonces esto hace más difícil un éxito. No puedo dejar de añorar lo que he perdido [...] mis ilusiones de sentir lo que es estar embarazada, estos últimos sueños en donde yo veía la carita de mis bebés con rasgos de nosotros. He perdido el vuelo de mi imaginación, cuando me veía en tiendas de maternidad, he perdido la esperanza de que me visitaran en un cuarto del hospital que ya llevaba años escogiendo, con flores y con la señal en la puerta del cuarto de mi felicidad. He perdido dinero por los años que llevábamos pagando un seguro de gastos médicos, específicamente el que incluyera la maternidad. Tengo que decirle adiós a

todo lo que mi hermana tenía guardado para mí, para mi embarazo, he perdido la posibilidad de contar lo que se siente estar embarazada y que te den pataditas, he perdido tantas cosas [...]

En segundo lugar, se le preguntó a los encuestados acerca del tipo de sensaciones que les produjo su problema de infertilidad. La tabla 3.34 muestra los resultados obtenidos (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

TABLA 3.34. ¿QUÉ SENSACIÓN PRODUJO EN TI EL PROBLEMA DE INFERTILIDAD?

	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Media
1. Una disminución de mi autoestima (n=472)	25.4%	32.0%	23.1%	19.5%	2.37
2. Una fuerte pena que tenía que compartir (n=478)	16.7%	22.4%	34.1%	26.8%	2.71
3. Un sentimiento de culpa: “¿qué hice para que me suceda esto?” (n=471)	32.1%	21.2%	20.8%	25.9%	2.41
4. Un estado de depresión, angustia o ansiedad (n=475)	18.9%	26.5%	28.0%	26.5%	2.62
5. Coraje contra mi cónyuge juzgándolo culpable (n=470)	79.8%	13.4%	3.0%	3.8%	1.31
6. Un estado de recelo de mi cónyuge hacia mí (n=463)	74.9%	17.3%	4.8%	3.0%	1.36
7. Otros: El 15% de la muestra total mencionó otros sentimientos.					

Como una primera observación, queda como un dato significativo y consistente la vivencia en pareja del proceso de infertilidad, donde el diálogo y el apoyo destacan por encima de cualquier otra actitud. Esto lo muestran los porcentajes de los reactivos 5 y 6, que se refieren a sentimientos negativos hacia el cónyuge. Este hecho queda consolidado con los resultados obtenidos en el inciso 3.5.2.2, donde el 90.7% de los encuestados dialogó con su pareja y llegó a un acuerdo. Los sentimientos de coraje o de recelo hacia el cónyuge son prácticamente inexistentes. En consonancia con el segundo reactivo, “una fuerte pena que tenían que compartir”, seis de cada diez encuestados lo sienten así y sería el cónyuge la persona más indicada para compartirlo.

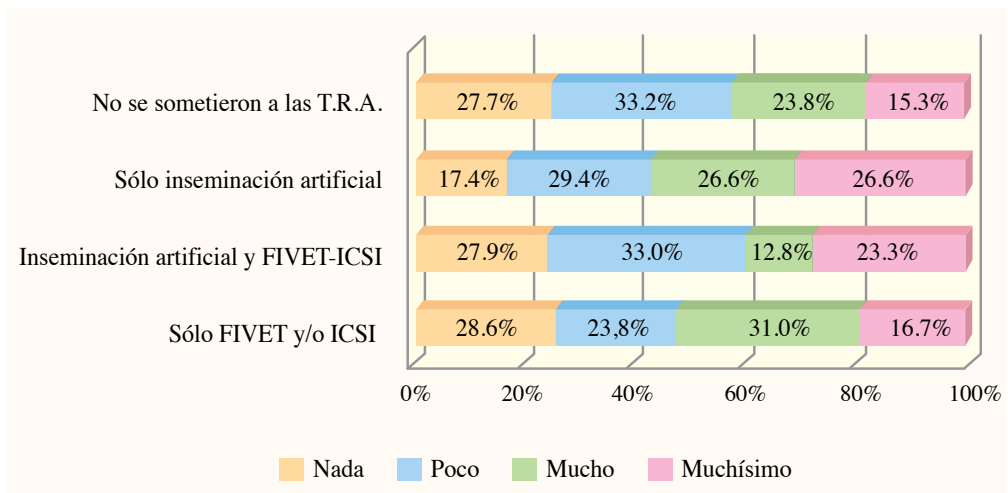
También, los sentimientos o sensaciones que más predominan, son los expresados en los reactivos 1, 3 y 4: al 42.6% de los encuestados le produjo “un sentimiento profundo de disminución de la autoestima”, al 46.7% “un sentimiento de culpa” y al 54.5% “un estado profundo de depresión, angustia o ansiedad”.

Es interesante conocer los sustantivos que las parejas utilizaron en el reactivo 7, cuando se les preguntaba que externaran otras sensaciones ante su problema de infertilidad: tristeza, soledad, temor, miedo, vacío, envidia, frustración, desesperación, impotencia, desilusión, rebeldía, soledad, culpa, incomprensión, resignación, depresión, incertidumbre, ansiedad, aceptación, aislamiento, resentimiento, pena, celos, bronca, enojo, amargura, dolor, fracaso, presión, incompleta, inútil, rechazo, esperanza, desesperanza.

Estos sustantivos explicitan el hecho de que el 84.2% de los encuestados no recibieron o recibieron muy poca ayuda a nivel individual (cf. inciso 3.5.1).

En cuanto al análisis de dichos reactivos por grupos, nos encontramos las siguientes diferencias más significativas: En relación con el reactivo 1: “una disminución de mi autoestima” (gráfica 3.10), existe una diferencia significativa en el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, donde esta sensación la sintió mucho o muchísimo, esto es en un 53.2%, contra un 42.6% de la media. También en el grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI, el porcentaje es del 47.7%. Sin embargo, el porcentaje del grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI disminuye en relación con la media a un 36.1%.

GRÁFICA 3.10. UNA DISMINUCIÓN DE MI AUTOESTIMA



En cuanto al reactivo 2: “una fuerte pena que tenía que compartir” (tabla 3.35), de nuevo la diferencia más significativa está en el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, donde esta sensación la sintió mucho o muchísimo en un 72.4%, contra un 60.9% de la media.

TABLA 3.35. UNA FUERTE PENA QUE TENÍA QUE COMPARTIR

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	20.4%	25.4%	31.7%	22.5%	240
Sólo inseminación artificial	11.9%	15.6%	38.5%	33.9%	109
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	16.3%	17.4%	36.0%	30.2%	86
Sólo FIVET y/o ICSI	9.3%	32.6%	32.6%	25.6%	43
Total	80 16.7%	107 22.4%	163 34.1%	128 26.8%	478 100%

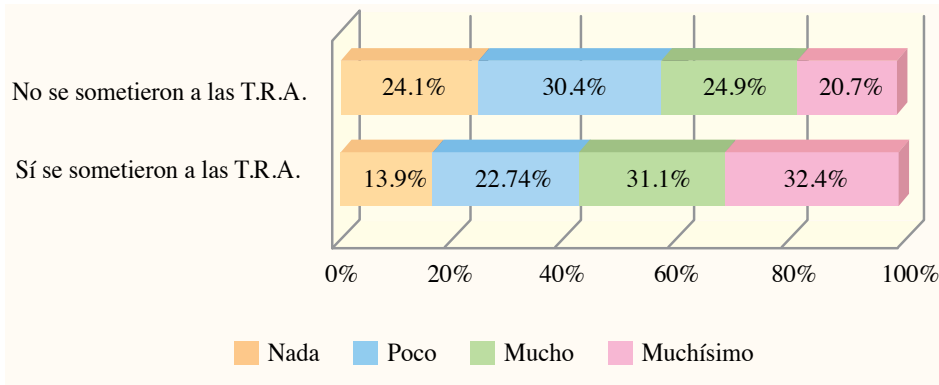
En cuanto al reactivo 4: “un estado de depresión, angustia o ansiedad” (tabla 3.36) existen diferencias significativas entre el grupo de los que no se sometieron a las TRA y los demás grupos. Los que no se sometieron sintieron mucho o muchísimo esta sensación, esto es, en un 45.6%, mientras que los que sólo se sometieron a la inseminación artificial o que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y los que se sometieron sólo FIVET-ICSI tuvieron porcentajes del 67.6%, 62.0% y 55.8%, respectivamente.

TABLA 3.36. UN ESTADO DE DEPRESIÓN, ANGUSTIA O ANSIEDAD

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	24.1%	30.4%	24.9%	20.7%	237
Sólo inseminación artificial	9.3%	23.1%	31.5%	36.1%	108
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	16.1%	21.8%	35.6%	26.4%	87
Sólo FIVET y/o ICSI	20.9%	23.3%	20.9%	34.9%	43
Total	90 18.9%	126 26.5%	133 28.0%	126 26.5%	475 100%

Finalmente, se comparó este mismo reactivo solamente con dos grupos: los que no se sometieron a las TRA (45.6% lo sintió mucho o muchísimo) y el grupo de los que sí se sometieron a las TRA (63.5% lo sintió mucho o muchísimo, ver gráfica 3.11):

GRÁFICA 3.11. UN ESTADO DE DEPRESIÓN, ANGUSTIA O ANSIEDAD



A través de las narraciones que se presentan a continuación, se puede observar que el estado de depresión, angustia y ansiedad fue apareciendo en el momento en que empezaron a intuir su problema de infertilidad y se fue intensificando a medida que el tiempo pasaba y, de manera especial, cuando iniciaron y continuaron los tratamientos y, sobre todo, cuando los resultados una y otra vez eran negativos.

Todo lo expresado hasta aquí y las narraciones que a continuación se mostrarán, nos van a ayudar a entender e interpretar el comportamiento de muchas parejas que, en ocasiones, tomaron decisiones que no estaban en concordancia con sus convicciones religiosas y éticas.

Estas acciones en ningún modo se justifican, pero sí ayudan a entender mejor las dificultades por las que atraviesan las parejas con problemas de fertilidad. Este tema será también complementado y ampliado en el apartado 3.6 de este capítulo.

La narración de esta encuestada puede introducir al tema anteriormente expuesto. Se trata de una mujer que se sometió a cuatro FIVET y dos GIFT, dos veces con donación de óvulos, tuvo tres embarazos y tres hijos. Su narración es bastante elocuente:

iiiNadie sabe lo que se siente hasta que estás ahí!!! Y es muy fácil criticar o juzgar lo que hacen los demás por lograr algo que otros ni siquiera valoran [...] agradezco que haya tantas opciones para poder tener hijos. iiitTenemos una familia preciosa con tres hijos!!! Hicimos TODO lo posible para tener esta familia y no nos arrepentimos de nada. Tuvimos toda la información necesaria para tomar las decisiones que tomamos. Como ya dije: No pueden saber lo que DUELE, si no lo viven en carne propia.

Otras narraciones expresan los enormes altibajos que padecen las parejas entre la ilusión y la desilusión, la esperanza y la desesperanza, en medio de la infertilidad que les cuesta aceptar y que les hace sentirse “defectuosos”:

Es difícil aceptar que biológicamente tienes fallas para concebir un hijo, es difícil el tiempo de espera, la ilusión que cada mes se va para abajo y trae tristeza, pero tal vez son pruebas de Dios para no perder la fe en Él y valorar el regalo de la vida, cuando él lo quiera dar.

[...] no sabe lo que sufrió mi esposo cuando le hicieron una biopsia de testículo o lo que duele una histerosalpingografía, lo que se siente que las personas te empiecen a ver como “anormal” o un ser “defectuoso” por el hecho de no poder tener un hijo [...]

En otras ocasiones, las parejas perciben el proceso como denigrante, teniendo que dejar a un lado el pudor o teniendo que sentirse tratadas como objetos. Eso les lleva a la fragilidad y vulnerabilidad y se echa de menos el que se les brinde un mayor apoyo psicológico durante el proceso. Estas tres narraciones describen lo anterior con asombrosa claridad:

Recuerdo que aquellos días tenía que repetirme muchas veces al día: ¡No soy una vaca, no soy una vaca! Quiero un hijo, pero no permitiré que me traten como a una vaca [...] son momentos en los que te encuentras frágil, vulnerable, quebradiza y lo que necesitas es apoyo para razonar correctamente. Cómo duelen y cuánto pueden confundirte los malos consejos, las presiones, incluso las miradas irónicas de los que te rodean.

[...] ya que las TRA son cansadas, dolorosas y siempre está la incertidumbre de que si van a pegar o no y sobre todo denigran a la persona [...]

En lo personal, hubo momentos en que me sentí inútil por tener que recurrir a tantas cosas para poder lograr un embarazo, me era difícil desvestirme cada vez

que asistía a consulta, tuve que dejar el pudor a un lado. En ocasiones me sentí ultrajada por tanta invasión a mi intimidad, me sentí muy vulnerable al estar ahí, tendida en una plancha, rodeada de personas desconocidas, me sentí humillada.

Otras expresan de una manera más explícita lo que es el dolor, las ilusiones y desilusiones, el amor que llevan dentro y finalmente, cómo en algunos casos llega la paz y la resignación:

iiEl dolor a veces es insoportable!! En especial, ya no me interesa estar embarazada, lo más importante es poder estar con un pequeño al que le podamos dar todo nuestro amor [...]

iiQue es mucho!!

En el momento de contestar el cuestionario, he tenido un nudo en la garganta todo el tiempo removiendo todo lo que en ese entonces pasamos [...]

Dentro de este procedimiento, vive uno la ilusión más grande y la desilusión más grande, te toma bastante tiempo en lograr recuperar todo tu ser y retomar el camino y encontrar una nueva forma de ver las cosas.

Es una ilusión al principio de un tratamiento indescriptible, estás feliz porque vas a ser mamá, planeas la ropita, el bautizo, el nombre, cómo vas a decorar su cuarto, ¡¡¡es una ilusión enorme!!! Nos sentimos la pareja más feliz del mundo y luego, cuando viene la decepción, nos queremos morir, el mundo se nos acaba, nos sentimos pisoteados [...]. Yo me he repuesto muchísimo, me siento muy tranquila, miro hacia atrás y me da mucha tristeza y rabia el verme triste y luchando como loquita contra la pared para ser mamá. Siento que mi esposo también lo ha aceptado y nos hemos “resignado” [...]

Asimismo, se recogen partes de algunas narraciones que muestran tanto las desilusiones por las que pasa la pareja al haberse sometido a diversos tratamientos sin resultado positivo, como la alegría por haber podido lograr un hijo.

La primera narración se refiere a una encuestada que se sometió a cuatro inseminaciones artificiales y dos FIVET, sin obtener un embarazo y donde la tristeza y la desilusión fueron enormes:

Cada vez que te haces un tratamiento de fertilidad y no quedas embarazada, es como perder al hijo que nunca tuviste. Yo me informé mucho sobre las consecuencias, frustraciones, logros [...] pero nunca me imaginé sufrir y sentir todo lo que pasamos tanto mi marido como yo [...]

La segunda narración corresponde a una mujer que se sometió a dos inseminaciones artificiales y una FIVET y sí se embarazó, pero no llegó a término su embarazo, con la consiguiente pena y miedo. En sus palabras hace referencia, sobre todo, a la falta de sensibilidad por parte de todos los que les rodean:

No hay sensibilidad por ninguna parte, médicos, familiares, amigos, nadie entiende hasta que pasa por eso [...] nosotros perdimos a nuestro primer —y único— hijo después de cinco meses de embarazo, después de un *in vitro* y ha sido difícil superar el miedo y la pérdida [...]

La tercera narración pertenece a una encuestada que se sometió a cuatro intentos de inseminación artificial, una FIVET y un GIFT y tuvo un embarazo del que nacieron tres hijos. De acuerdo con el resultado, es comprensible que su forma de expresarse sea diferente al de la anterior narración:

Para mí la adopción era la última opción, antes hicimos todos los tratamientos y sí se sufre mucho como mujer, como pareja y como familia, pero al final la recompensa es tan grande que vale la pena intentarlo.

Como complemento de todo lo anteriormente expuesto, existe otra cuestión de gran importancia para interpretar las acciones y actitudes de las parejas que se someten a las TRA: ¿se trata de una obsesión lo que algunas parejas viven o por el contrario es una lucha legítima?

En diversas ocasiones, familiares, amigos o conocidos consideran que las acciones que las parejas infértiles realizan para llegar a un embarazo, pueden ser excesivas y que llegan a convertirse en una obsesión. Este tema se verá con más detalle en el inciso 3.5.3 de este capítulo, cuando se trate la asesoría que han recibido las parejas para afrontar a la propia familia y a la sociedad.

No obstante, se hace una reflexión sobre lo que podría entenderse por parte de la familia o de la sociedad como “obsesión o terquedad” en seguir con los tratamientos. Para matizar este punto se presentan algunos extractos de conversaciones sacadas de un foro de infertilidad:

[...] las mujeres que enfrentamos la infertilidad estamos siguiendo nuestra naturaleza, estamos biológicamente programadas a la procreación y a las que por una causa u otra no nos es posible embarazarnos y dar a luz, tenemos el derecho de perseguir nuestro sueño, tenemos el derecho de ser respetadas en nuestra lucha y no ser catalogadas a la ligera como “obsesivas” [...]. Debemos considerarnos y ser consideradas personas enfocadas, tenaces y perseverantes; pero sobre todo

[...] VALIENTES, porque somos las que conocemos y superamos los tiempos de espera; las tediosas pruebas; los interminables diagnósticos; los incontables trámites para la adopción; los momentos de angustia por causas económicas, emocionales y de pareja. Todas aquellas que superamos esto y más, no somos obsesivas, todas estamos haciendo nuestro esfuerzo y estamos trascendiendo en nuestro dolor.

A este respecto, le contesta otra mujer haciendo referencia a un artículo escrito por otra en el que básicamente expone:

En algunas mujeres suele suceder que su deseo de ser madre pasa a convertirse en una obsesión por quedar embarazada a toda costa [...]. Está comprobado que, cuando nos relajamos y liberamos la mente de obsesiones, también se liberan las trabas de nuestro cuerpo.

A lo que le responde:

Pienso que no tienes la menor idea de lo que hablas. Tu sugerencia es: si te relajas, te embarazas. Mi respuesta es: si me embarazo, me relajo. Podría internarme con los monjes tibetanos durante siete años, alcanzar el nirvana o hasta levitar, pero ni aun así me brotarían unas trompas de Falopio nuevas o mi reserva ovárica haría “reset”.

Las demás respuestas que se dieron también fueron negativas en relación con el artículo.

Se presentan otras cuatro narraciones que corresponden a otras tantas respuestas de cuatro mujeres que ilustran de una manera especial el tema. La tercera y la cuarta están contadas con un lenguaje coloquial que permite ver el modo de expresarse en estos foros:

Primera narración:

Quienes están al margen nos tachan de obsesivas y sus soluciones rayan en el pensamiento mágico, con cosas como: “si lo pides con fe, pero de verdad con fe, se te va a dar”, o “no sales embarazada porque no piensas positivo”, o “relájate, no te embarazas porque estás muy estresada”; cuando lograste un embarazo y lo pierdes te dicen cosas como: “ya verás que ahora sí te vas a llenar de hijos”, o “no te apures, ya vendrán más, pero no te estreses”.

Segunda narración:

Yo creo que nadie mejor que nosotras mismas para entender esa LUCHA, esa PERSEVERANCIA por alcanzar el sueño más hermoso, que es el de DAR VIDA,

llevar un ser en nuestras entrañas. No es obsesión, es un anhelo vehemente, un deseo inmenso del corazón, que los que no lo sienten desde lo más profundo de su ser, no sabrán entenderlo [...] los que no saben lo que significa la palabra “negativo de nuevo”, no pueden, ni podrán juzgar jamás ese sufrimiento. Un negativo, ya sea natural o por tratamiento y el dolor que desgarrar el alma [...] hay que vivirlo para entenderlo y sólo hasta ese momento no nos llamarán obsesivas.

Tercera narración:

El otro día, una amiguita me decía que estaba en un dilema: quiere ir a una fiesta familiar importante, pero tiene miedo de que, una vez más, la ataquen con la misma pregunta de siempre: ¿y ustedes para cuándo? [...]. Luego de tratar de ponerme en su lugar me cayó el veinte: ¿¿No es absurdamente estúpido??

Me refiero a que cuando estás recién casada, todo el mundo te pregunta. ¿¿Para cuándo?? [...]. No puedes usar ropa flojita porque: ¡¡Ah, felicidades!! ¡¡Ya encargaron!! O sea, ¡¡TE PRESIONAN!! Quizás sea inconsciente, pero TODO EL TIEMPO te están presionando [...]. Ahhhh, pero no se trate de que tú lo quieres y no has podido, porque entonces sí, eres una obsesiva, loca, maniática, frustrada y estresada que no puede pensar en otra cosa que estar embarazada, que necesita una terapia de reiki, irse de vacaciones, comprarse un perrito o ponerse a bordar rococó [...]

Luego, ya es evidente que no puedes ni yendo a bailar a Chalma. Ok, vienen los consejos como: que te soben; traes la matriz “caía”; tomate un té de Damiana Difusa de California; hazte asientos calientes de hierbas suecas; haz de tener frialdad de matriz; date un baño caliente en el río de Ixtlán de los hervores, eso destapa las trompas; tomate el preparado de Victoria Beckham (o Lydia Pinkham), es igual, ninguno funciona. Ve con el Tata, que te haga una limpia, te deben haber hecho “ojo”, alguien que te envidia, quizás una ex de tu marido [...]

¿Por qué? ¿Por qué la sociedad nos hace eso? Primero nos presionan, luego nos “aconsejan” y al final ¡¡nos etiquetan!!! Y lo más feo, ¿¿saben qué es?? Que aun luego de tener un bebé, seguimos siendo “raras” para la sociedad, porque si cuidamos en exceso al bebé: Ay noooo, tu trauma de no poder embarazarte te hace ser extremista [...] pero si no eres cuidadora obsesiva, oye noooo, ¿para eso querías tener un bebé? ¡¡Ni lo pelas!!! “La Infertilidad es una etiqueta que nos acompañará TODA LA VIDA”.

Cuarta narración:

Obsesiva yooooo, ¿cómo?, si después de tres años de citas con el Dr. Chunga, un año con el Dr. Ricachón del hospital N, dos laparoscopias, un *in vitro*, la toma de

los polvos de la madre celestina, las visitas al padre José de Coacalco, los masajes de reflexología, los libros de zita, y otros más [...] las posiciones de yoga y de contorsionista después del clímax y los baños de asiento y tomas de doña Socorrito, las píldoras de onagra, las de complejo B, las de vitamina E, las de dañina, si lo he intentado todo y lo volvería hacer y seguiré intentándolo una y otra vez hasta que me canse o hasta que cumpla los 45 años o, como la hindú, hasta los 60 y más jajaja, no creo que tanto, pero no soy obsesiva, soy una mujer con una gran sueño: ser madre. ¿Eso es pecado? No creo. Una vez un padre me dijo: “Haz lo que te haga feliz” y eso hago: mantener mi ilusión me hace feliz y qué.

Hasta mi esposo me tacha de obsesiva, pero yo le digo que mientras no vaya a parar al psiquiátrico, no hay problema, lo que sí es que ya no platico con nadie de lo que hago ni de mis avances. Es mejor. Y cuando me preguntan yo les digo que ahí cuando Dios quiera.

Como uno de los objetivos más importantes de esta investigación, se continuarán profundizando y analizando los hechos y lo que les sucedió a muchos de los encuestados y parejas que se vieron involucrados en un proceso que implicó sentimientos, sensaciones y percepciones muy intensas.

No se puede concluir de manera simplista que esas parejas sencillamente tienen un deseo obsesivo de tener un hijo. Es necesario observar cada paso del proceso y percibir en cada momento matices y tonalidades que la investigación cuantitativa no alcanza a descubrir. Será objeto de estudio en los dos apartados siguientes de este capítulo de Análisis de resultados.

Finalizamos este apartado con parte de la narración de una mujer que quiso contar su experiencia:

Quince días de mucha esperanza, esperando a que lleguen los días de ovulación, diez días de trabajo haciendo y poniendo todo lo necesario para optimizar la oportunidad de concebir, es decir, haciendo bebés, no haciendo el amor. Quince días de un nerviosismo y expectación con miles de exámenes de orina y de sangre para enterarnos lo antes posible si estábamos o no esperando. Y lo peor de esto: ¡el resultado negativo! En nuestras mentes se vivía como la muerte de un hijo. No sólo es una oportunidad fallida, sino otro hijo enterrado.

Luego de nuestro tercer embarazo, en el que tuve que parir a nuestro hijo Carlos Roberto, quien nació muerto de cinco meses, hubo un giro en nuestros planes y para evitar otro sufrimiento de tal magnitud tomamos la decisión de adoptar (.), y seguimos con nuestros planes y tuve dos intentos de adopción fallidos. Fueron otras dos pérdidas en mi vida [...] es imposible resumir nuestra experiencia con la infertilidad en poco espacio. Ha sido demasiado intensa, demasiado compleja, sin em-

bargo hay conclusiones y palabras que nos han quedado grabadas en nuestra mente, luego de siete años de pasar por esto:

- ♦ Llegar a entender que los hijos son un don y no un derecho, requiere de mucha fe y tiempo de asimilación.
- ♦ Si es una persona católica practicante, es muy consolador oír cuando se pierde un bebé que nuestra misión principal como padres ya está cumplida: llevar a nuestros hijos al cielo.
- ♦ Como parte de nuestra recuperación, ha sido muy importante darle a cada bebé perdido su respectiva autenticidad. No es sólo un intento fallido, es una almita que emprendió su camino a Dios.
- ♦ Esta experiencia, por muy dolorosa que haya sido, ha dado un gran fruto en nuestras vidas: ha sido una verdadera escuela para padres. Ha creado entre nosotros la conciencia del privilegio de poder concebir un hijo. Ha despertado en la forma más profunda el deseo de tener un hijo y el haber logrado tenerlo nos ha llenado de una gratitud profunda hacia Dios.
- ♦ Por último [...] ahora queremos ayudarles, darles esperanza, escucharlos y decirles que entendemos perfectamente lo que se siente, pero que hay algo que no nos puede derrotar: debemos estar seguros de que Dios nos va a dar un hijo de alguna u otra manera: es ilógico pensar que Él va a permitirnos pasar por un proceso de crecimiento como padres con ese sufrimiento y al final desperdiciar ese trabajo para formar a unos buenos padres y no darles un hijo.

3.4 GRADO O ÍNDICE DE CONOCIMIENTO (SECCIÓN 4)

Indica la información, comprensión, entendimiento, discernimiento del sujeto sobre diversos factores y el posible influjo que estos factores pudieron tener en la decisión de someterse a las TRA.

3.4.1 *Grado o índice de conocimiento de la pareja*

Indica la información, indagación, comprensión del individuo en cuanto al tipo de TRA, momento en que la obtuvo, sus etapas, riesgos, costos, inicio de la vida humana y probabilidad de quedar embarazada.

ESQUEMA 3.2. MAPA CONCEPTUAL DEL CUESTIONARIO



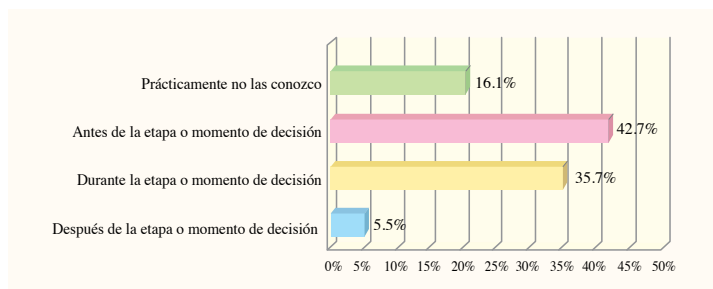
3.4.1.1 Conocimiento previo y percepción del conocimiento de las Técnicas de Reproducción Asistida

Explicita y profundiza el momento en el que el sujeto obtuvo la información, lo que dicen conocer sobre las TRA y lo que en realidad conocen.

3.4.1.1.1 Momento en que se obtuvo la información

Tiempo en el que el sujeto obtuvo la información.

De los encuestados ($n=556$), el 26.7% no respondió al reactivo, por lo que sólo respondieron 415. Los resultados se muestran en la siguiente gráfica:

GRÁFICA 3.12. MOMENTO EN QUE EL ENCUESTADO OBTIENE LA INFORMACIÓN SOBRE LAS TRA

Tomando la muestra total, el 35.7% obtuvo la información durante la etapa o momento de la decisión, el 42.7% antes, el 5.5% después y un 16.6% dice prácticamente no conocerlas.

Dividiendo la muestra en los cuatro grupos de análisis, se advierten algunas diferencias significativas (tabla 3.37).

La primera diferencia que se observa es que el grupo de los que no se sometieron a las TRA, el 30.5%, prácticamente dice no conocer las TRA, contra un 7.8%, 0% y 4.9% respectivamente de los otros tres grupos. Este dato revela que a una tercera parte de los que no recurrieron a las TRA, no les interesó conocer las TRA. Por otro lado, de los 151 que no respondieron a esta pregunta, 133 corresponden al primer grupo, 10 al segundo, 5 al tercero y 3 al cuarto.

Es interesante observar que los tres grupos que se sometieron a las TRA, obtuvieron su conocimiento antes o en el momento de la decisión, esto es, en un 87.3% para el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, 90.6% para el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y 92.7% para el grupo de los que se sometieron sólo a FIVET-ICSI.

TABLA 3.37. MI CONOCIMIENTO SOBRE LAS TRA LO OBTUVE...

Cuatro grupos de análisis	Prácticamente no las conozco	Antes de la etapa o momento de la decisión	Durante la etapa o momento de la decisión	Principalmente, después de la etapa o momento de la decisión	Total
No se sometieron a las TRA	30.5%	36.9%	27.8%	4.80%	187
Sólo inseminación artificial	7.8%	42.2%	45.1%	4.90%	102

Tabla 3.37 (continuación)

Cuatro grupos de análisis	Prácticamente no las conozco	Antes de la etapa o momento de la decisión	Durante la etapa o momento de la decisión	Principalmente, después de la etapa o momento de la decisión	Total
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	0.0%	49.4%	41.2%	9.40%	85
Sólo FIVET y/o ICSI	4.9%	56.1%	36.6%	2.40%	41
Total	67 16.1%	177 42.7%	148 35.7%	23 5.5%	415 100%

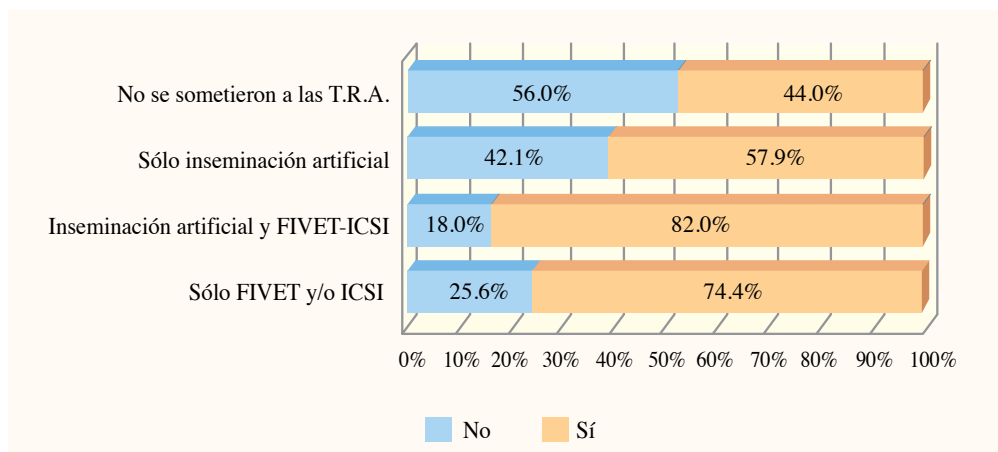
3.4.1.1.2 Percepción y realidad del propio conocimiento sobre las Técnicas de Reproducción Asistida

Valoración de la apreciación del sujeto sobre la información, comprensión y entendimiento de las TRA y si ésta coincide con la realidad.

Profundizando lo dicho en el apartado anterior, se buscó conocer no sólo cuándo obtuvieron la información las parejas, sino también la percepción que los entrevistados tienen de su conocimiento y comprensión de las TRA y si este conocimiento coincide con la realidad. Con este fin se les hicieron dos preguntas:

La primera, si consideraban que conocían suficientemente las TRA (subjetividad).

- ♦ Del total de los encuestados (n=566; 19.6% no respondió al reactivo), el 42.4% afirmó que no conocía suficientemente las TRA para tomar una decisión bien informada, mientras que el 57.6% afirmó poseer información suficiente.
- ♦ Al analizarlos por grupos, las diferencias son notables (gráfica 3.13). Los porcentajes de los que afirmaron que sí conocían suficientemente las TRA son: 44.0%, de los que no se sometieron a las TRA; 57.9%, de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial; 82.0%, de los que se sometieron a la inseminación artificial y/o FIVET-ICSI y el 74.4%, de los que se sometieron sólo a FIVET-ICSI.

GRÁFICA 3.13. ¿CONSIDERAS QUE CONOCÍAS SUFICIENTEMENTE LAS DIVERSAS TRA, AL MENOS EN LÍNEAS GENERALES, PARA TOMAR UNA DECISIÓN BIEN INFORMADA?

En segundo lugar, se les preguntó a la parejas sobre tres diferencias básicas de las TRA que alguien que dice conocerlas suficientemente debería saber (objetividad).

La tabla 3.38 muestra la distribución (escala Likert de 4 intensidades) de los reactivos de estas diferencias (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

TABLA 3.38. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN POR LAS TRA ADOPCIÓN, RESIGNACIÓN [...], QUÉ TANTO CONOCÍAS LA DIFERENCIA ENTRE

Reactivo	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Inseminación artificial y fecundación artificial (n=467)	15.0%	36.0%	33.4%	15.6%
Técnicas homólogas y heterólogas (n=454)	54.6%	27.5%	10.4%	7.5%
La técnica de la FIVET e ICSI (n=455)	57.8%	22.4%	11.0%	8.8%

Tomando los porcentajes de “mucho” y “muchísimo” como un conocimiento suficiente para tomar una decisión, se encontraron los siguientes resultados:

En cuanto a la primera diferencia entre inseminación artificial y fecundación artificial, 49.0% la sabía; en la segunda diferencia entre técnicas homólogas y técnicas heterólogas, 17.9%; en la tercera diferencia entre la técnica de la FIVET y la técnica ICSI, 19.8%.

Se puede observar que los porcentajes de los que dicen conocer (57.6%) y los porcentajes de las tres diferencias elementales, son notablemente menores, principalmente las dos últimas.

Si se compara por los grupos de análisis (tablas 3.39-3.41), se pueden hacer las siguientes consideraciones: en cuanto a la primera diferencia entre “inseminación artificial y fecundación artificial” (tabla 3.39), el 47.3% del grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial dice conocerla mucho o muchísimo; y aumenta al 87.8% para el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y al 64.3% para grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI, de los que dicen conocerla mucho o muchísimo. Esta diferencia es la más conocida entre los grupos.

TABLA 3.39. DIFERENCIA ENTRE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL Y FECUNDACIÓN ARTIFICIAL

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	19.6%	44.9%	28.0%	7.6%	225
Sólo inseminación artificial	11.8%	40.9%	31.8%	15.5%	110
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	6.7%	15.6%	45.6%	32.2%	90
Sólo FIVET y/o ICSI	16.7%	19.0%	40.5%	23.8%	42
Total	70 15.0%	168 36.0%	156 33.4%	73 15.6%	467 100%

En relación con la segunda diferencia entre “técnicas homologas y técnicas heterólogas” (tabla 3.40), el 12.4% del grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial dice conocerla mucho o muchísimo, en comparación con el 57.9% que decía tener un conocimiento suficiente; el 32.9% del grupo que se sometió a la inseminación artificial y FIVET-ICSI en comparación con el 82.0% del grupo que decía conocer suficientemente las TRA y el 26.2% del grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI contra el 74.4% que afirmaba conocer suficientemente las TRA.

**TABLA 3.40. DIFERENCIA ENTRE TÉCNICAS HOMÓLOGAS
Y TÉCNICAS HETERÓLOGAS**

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	57.7%	29.3%	9.9%	3.2%	222
Sólo inseminación artificial	56.2%	31.4%	9.5%	2.9%	105
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	43.5%	23.5%	9.4%	23.5%	85
Sólo FIVET y/o ICSI	57.1%	16.7%	16.7%	9.5%	42
Total	248 54.6%	125 27.5%	47 10.4%	34 7.5%	454 100%

Y, por último, en relación con la tercera diferencia (tabla 3.41), el 16% del grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial dice conocerla mucho o muchísimo, en comparación con el 57.9% que decía conocerla suficientemente; el 43.8% del grupo que se sometió a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, en comparación con el 82.0% del grupo que decía conocer suficientemente las TRA y el 40.5% del grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI contra el 74.4% que afirmaba conocer suficientemente las TRA.

**TABLA 3.41. DIFERENCIA ENTRE LA TÉCNICA
DE LA FIVET Y LA TÉCNICA ICSI**

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	70.8%	21.5%	5.0%	2.7%	219
Sólo inseminación artificial	61.0%	22.9%	9.5%	6.7%	105
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	31.5%	24.7%	21.3%	22.5%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	38.1%	21.4%	23.8%	16.7%	42
Total	263 57.8%	102 22.4%	50 11.0%	40 8.8%	455 100%

Se puede deducir que el conocimiento que los encuestados creen tener sobre las TRA es mucho mayor del que en realidad tienen. Éste es un punto importante para comprender los resultados de las siguientes secciones.

3.4.1.2 Evaluación del grado de conocimiento de las Técnicas de Reproducción Asistida

Grupo de reactivos que mide el conocimiento de facto sobre algunos procedimientos, etapas, riesgos, etc., de las TRA.

3.4.1.2.1 Las etapas del proceso de las Técnicas de Reproducción Asistida

Indagación del conocimiento del sujeto sobre las etapas del proceso de las TRA: recolección y capacitación del semen, extracción de óvulos, estimulación ovárica, fecundación extracorpórea, transferencia de embriones, reducción embrionaria, posibilidad de embarazos múltiples, micromanipulación de gametos y congelación de embriones.

La tabla 3.42 muestra la distribución (escala Likert de 4 intensidades) de los reactivos relativos al conocimiento que los sujetos tenían de las etapas del proceso de las TRA (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

TABLA 3.42. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN, RESIGNACIÓN [...], QUÉ TANTO CONOCÍAS O PODRÍAS EXPLICAR LAS SIGUIENTES ETAPAS DEL PROCESO DE LAS TRA:

Reactivo	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
1. Recolección y capacitación de semen (n=464)	11.6%	36.6%	39.4%	12.3%
2. Extracción de los óvulos (n=457)	21.4%	38.5%	30.0%	10.1%
3. Estimulación ovárica (n=462)	14.3%	32.5%	40.3%	13.0%
4. Fecundación extracorpórea (n=452)	42.5%	27.7%	22.1%	7.7%
5. Transferencia de los embriones (n=457)	33.9%	31.9%	26.3%	7.9%
6. Posible reducción embrionaria (n=455)	52.7%	26.8%	15.4%	5.1%
7. Posibilidad de embarazos múltiples (n=458)	12.7%	32.8%	38.9%	15.70%
8. Micromanipulación de gametos (n=456)	55.5%	25.9%	13.8%	4.8%
9. Congelación de embriones (n=456)	29.6%	34.6%	27.6%	8.1%

Los porcentajes de los que dicen conocer nada o poco oscilan entre el 45% y el 80% y los porcentajes de los reactivos 4, 5, 6, 8 y 9 superan el 60%. Con el fin de conocer si hay diferencias significativas entre los grupos, se realizaron los siguientes análisis (tablas 3.43-3.45 y gráficas 3.14 y 3.15)

Reactivo 4: sobre lo que es la “fecundación extracorpórea” (tabla 3.43), se observa que los individuos de la muestra total, el 70.4% dice conocer nada o poco (tabla 3.42).

En el caso del grupo de los que no se sometieron a las TRA y de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, aumenta de un 70.4% a un 78.3% y 73.5% respectivamente.

En el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI este porcentaje disminuye del 70.4% al 48.1% y, en el caso del grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI, al 56.1%.

TABLA 3.43. FECUNDACIÓN EXTRACORPÓREA

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	50.2%	28.1%	18.0%	3.7%	217
Sólo inseminación artificial	49.1%	27.4%	17.9%	5.7%	106
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	22.7%	26.1%	34.1%	17.0%	88
Sólo FIVET y/o ICSI	26.8%	29.3%	29.3%	14.6%	41
Total	192 42.5%	125 27.7%	100 22.1%	35 7.7%	452 100%

Reactivo 5: conocimiento sobre “la transferencia de embriones” (tabla 3.44), se aprecia que el 65.8% dice conocer nada o poco (tabla 3.42).

En el caso de los grupos que no se sometieron a las TRA y que sólo se sometieron a la inseminación artificial, aumenta del 65.8% al 80.8% y 75.9% respectivamente.

Para el caso del grupo que se sometió a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, este porcentaje disminuye del 65.8% al 28.4% y en el caso del grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI al 41.9%.

TABLA 3.44. TRANSFERENCIA DE LOS EMBRIONES

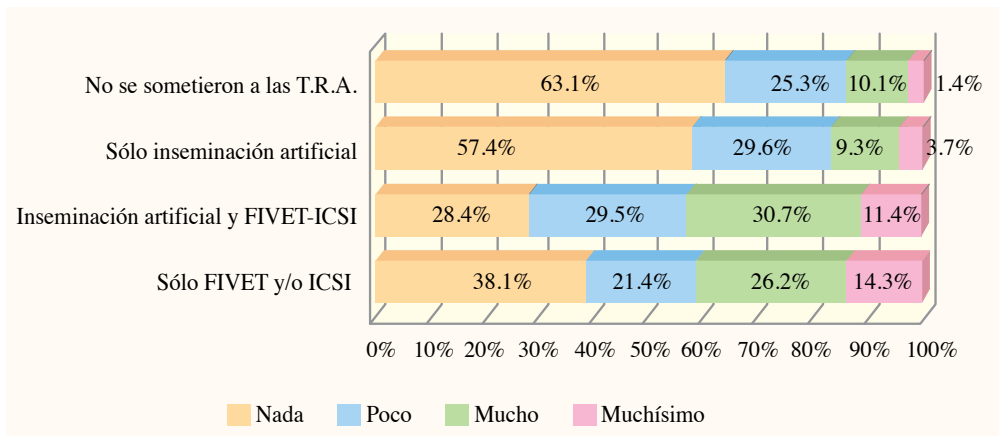
Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	45.0%	35.8%	16.1%	3.2%	218
Sólo inseminación artificial	44.4%	31.5%	20.4%	3.7%	108
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	5.7%	22.7%	50.0%	21.6%	88
Sólo FIVET y/o ICSI	9.3%	32.6%	44.2%	14.0%	43
Total	155 33.9%	146 31.9%	120 26.3%	36 7.9%	457 100%

Reactivo 6: conocimiento de “la posible reducción embrionaria” (gráfica 3.14), el 79.5%, dice conocer nada o poco (tabla 3.42).

En el caso de los que no se sometieron a las TRA y que sólo se sometieron a la inseminación artificial, los porcentajes de desconocimiento aumentan del 79.5% al 88.4% y 87.0% respectivamente.

En el caso del grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, este porcentaje disminuye al 57.9% y al 59.5% en el caso del grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI.

GRÁFICA 3.14. POSIBLE REDUCCIÓN EMBRIONARIA



Reactivo 8: conocimiento de la “micro manipulación de gametos” (tabla 3.45); el 81.4% dice no conocer nada o poco (tabla 3.42).

Para los grupos que no se sometieron a las TRA y que sólo se sometieron a la inseminación artificial el porcentaje del 81.4% aumenta al 87.6% y 87.0% respectivamente.

En el caso del grupo que se sometió a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, este porcentaje disminuye al 64.8% y, en el caso del grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI, el porcentaje es del 69.8%.

TABLA 3.45. MICRO MANIPULACIÓN DE GAMETOS

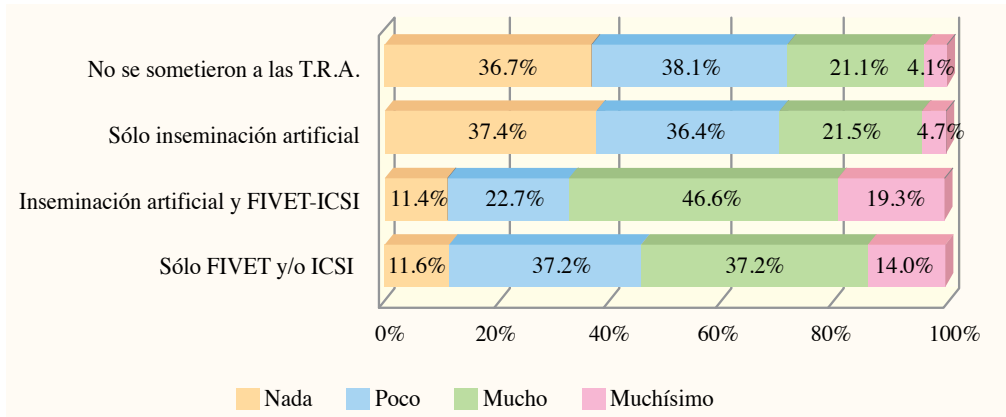
Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	61.3%	26.3%	11.1%	1.4%	217
Sólo inseminación artificial	61.1%	25.9%	10.2%	2.8%	108
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	39.8%	25.0%	22.7%	12.5%	88
Sólo FIVET y/o ICSI	44.2%	25.6%	18.6%	11.6%	43
Total	253 55.5%	118 25.9%	63 13.8%	22 4.8%	456 100%

Reactivo 9: conocimiento de la posible “congelación de embriones” (gráfica 3.15).

Se observa que el 64.2% dice no conocer nada o poco (tabla 3.42). Para los grupos que no se sometieron a las TRA y que sólo se sometieron a la inseminación artificial, este porcentaje aumenta al 74.8% y 73.8% respectivamente.

Para el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, este porcentaje disminuye al 34.1% y, en el caso del grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI, disminuye al 48.8%.

GRÁFICA 3.15. CONGELACIÓN DE EMBRIONES



En este momento, parece oportuno sacar algunas conclusiones a partir de la información presentada:

1. El grado de conocimiento que los encuestados tienen en relación con las etapas del proceso de las TRA es bastante menor del que se podía esperar, sobre todo si se compara con los porcentajes de la gráfica 3.13 (conocimiento que los encuestados creen tener sobre las TRA).
2. Existen diferencias significativas entre los grupos, siendo el grado de conocimiento marcadamente mayor en los dos últimos grupos, esto es, en los que recurrieron a la FIVET y/o ICSI; no obstante, el porcentaje de desconocimiento en algunos aspectos fundamentales, como es el caso de la reducción y congelación de embriones, es notable (gráficas 3.14 y 3.15).
3. Se deduce que dichos sujetos empezaron a conocer el procedimiento de las TRA cuando recurrieron a la FIVET y/o ICSI y, por tanto, conocen más sobre las etapas del proceso al que fueron sometidos, que los individuos que no recurrieron a ellas.

A este respecto, podríamos mencionar el siguiente comentario de un individuo de la muestra:

En mi caso, sólo intentamos la inseminación artificial y nunca pensamos ni siquiera como una remota opción en la fertilización *in vitro* [...]. Los otros métodos de TRA que ustedes enuncian ni siquiera los conozco por esas siglas, ICSI, GIFT y FIVET.

4. El grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI es el mejor informado de los cuatro. Dado que se sometieron a la inseminación artificial y presumiblemente después a la FIVET-ICSI, conocen el procedimiento de la inseminación artificial y por la duración de su proceso, por lo general más largo, han tenido una mayor posibilidad de investigar y/o conocer el procedimiento y sus etapas.

3.4.1.2.2 Algunos riesgos para la madre y el embrión

Conocimiento que el sujeto tiene del síndrome de hiperestimulación ovárica, posibilidad de malformaciones genéticas en el embrión y aumento de las probabilidades de un embarazo múltiple al recurrir a las TRA.

La tabla 3.46 indica la distribución (escala Likert de 4 intensidades) de los reactivos que informan sobre el conocimiento que tenían las personas de algunos riesgos para la madre y los embriones (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

**TABLA 3.46. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN
POR LAS TRA, ADOPCIÓN, RESIGNACIÓN [...],**

Reactivo	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
¿conocías lo que se denomina como síndrome de hiperestimulación ovárica y que, en algunos casos, es peligroso y, en ocasiones mortal? (n=464)	52.6%	24.1%	17.5%	5.8%
¿sabías que las probabilidades de malformaciones genéticas en el embrión, podrían aumentar en la medida que se recurre a las TRA? (n=462)	56.1%	25.8%	14.1%	4.1%
¿sabías que las probabilidades de ocasionar un embarazo múltiple, podrían aumentar en la medida en que se recurre a las TRA? (n=462)	20.3%	22.9%	40.5%	16.2%

Principalmente, en los dos primeros reactivos existen porcentajes muy altos de desconocimiento o desinformación, al igual que en el apartado anterior.

Con el fin de conocer cómo se comportan los diversos grupos, se analizarán los reactivos de la tabla 3.46 (tablas 3.47 y 3.48 y gráfica 3.16):

Reactivo 1: Conocimiento del “síndrome de hiperestimulación ovárica y que, en algunos casos es peligroso y en ocasiones mortal” (tabla 3.47). Se aprecia que el 76.7% dice conocer nada o poco (tabla 3.46).

Para los grupos que no se sometieron a las TRA y que sólo se sometieron a la inseminación artificial, el porcentaje aumenta del 76.7% al 86.6% en el primer grupo y en el segundo disminuye ligeramente del 76.7% al 75.3%.

Para el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI este porcentaje disminuye del 76.7% al 58.4% y, en el caso del grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI, al 67.4%.

TABLA 3.47. ¿CONOCÍAS LO QUE SE DENOMINA COMO SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA Y QUE, EN ALGUNOS CASOS, ES PELIGROSO Y EN OCASIONES MORTAL?

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	63.7%	22.9%	12.1%	1.3%	223
Sólo inseminación artificial	50.5%	24.8%	19.3%	5.5%	109
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	29.2%	29.2%	27.0%	14.6%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	48.8%	18.6%	20.9%	11.6%	43
Total	244 52.6%	112 24.1%	81 17.5%	27 5.8%	464 100%

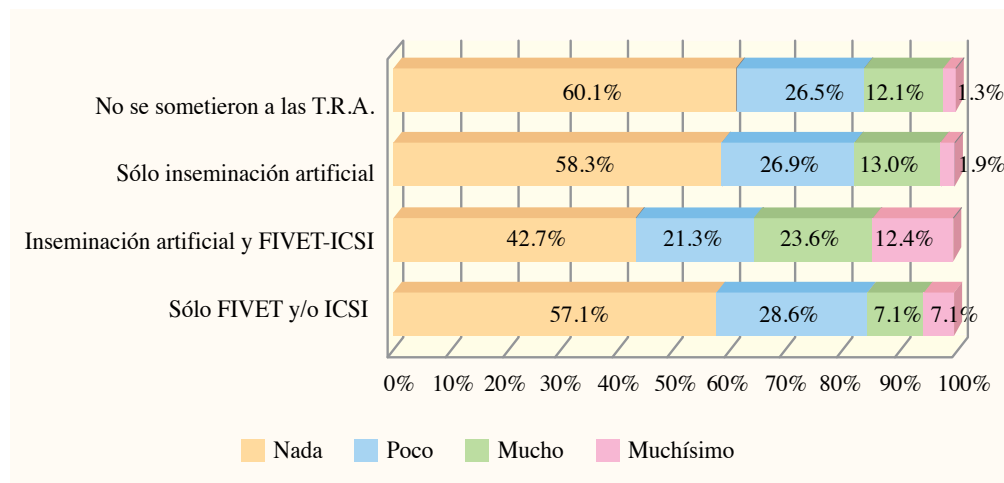
Reactivo 2: Noción de que “las probabilidades de malformaciones genéticas en el embrión podrían aumentar en la medida que se recurre a las TRA” (gráfica 3.16). Se aprecia que el 81.9% dice conocer nada o poco (tabla 3.46).

Para los grupos de los que no se sometieron a las TRA y que sólo se sometieron a la inseminación artificial, los porcentajes aumentan hasta el 86.6% y 85.2% respectivamente.

Para el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI este porcentaje disminuye del 81.9% al 64.0% y en el caso del grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI aumenta al 85.7%, incluso por encima del porcentaje de la muestra total (81.9%).

Llama la atención este resultado en los dos últimos grupos. Es probable que se deba a una especie de bloqueo para no pensar en los posibles riesgos para el embrión, ya que ello podría aumentar de manera considerable el dolor y sufrimiento de la pareja.

GRÁFICA 3.16. ¿SABÍAS QUE LAS PROBABILIDADES DE MALFORMACIONES GENÉTICAS EN EL EMBRIÓN PODRÍAN AUMENTAR EN LA MEDIDA QUE SE RECURRE A LAS TRA?



Reactivo 3: En cuanto al hecho de que “las probabilidades de ocasionar un embarazo múltiple podrían aumentar en la medida que se recurre a las TRA” (tabla 3.48), el porcentaje de desconocimiento es menor que en los dos reactivos anteriores. El 43.2% dice conocer nada o poco (tabla 3.46).

Para los grupos que no se sometieron a las TRA y que sólo se sometieron a la inseminación artificial es del 55.4% y 47.7% respectivamente.

Para los grupos que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y los que se sometieron sólo FIVET-ICSI, estos porcentajes disminuyen al 24.8% y 34.9% respectivamente.

TABLA 3.48. ¿SABÍAS QUE LAS PROBABILIDADES DE OCASIONAR UN EMBARAZO MÚLTIPLE PODRÍAN AUMENTAR EN LA MEDIDA QUE SE RECURRE A LAS TRA?

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	27.6%	27.6%	35.7%	9.0%	221
Sólo inseminación artificial	13.8%	23.9%	42.2%	20.2%	109
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	12.4%	12.4%	47.2%	28.1%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	16.3%	18.6%	46.5%	18.6%	43
Total	94 20.3%	106 22.9%	187 40.5%	75 16.2%	462 100%

De acuerdo con los datos de este apartado y del anterior, y en relación con el grupo de los que no se sometieron a las TRA, existen porcentajes de desconocimiento muy altos, que si en los demás grupos también son elevados, en este grupo, los que dicen conocer nada o conocer poco, supera en la mayoría de los casos el 80%: concretamente para los cinco reactivos analizados en el apartado anterior (etapas del proceso de las TRA): 78.3%, 80.8%, 88.4%, 87.6% y 74.8% (82.0% de media). Y los porcentajes de los reactivos analizados en este apartado (algunos riesgos para la madre y el embrión): 86.6%, 86.6% y 55.2% (76.2% de media).

En los otros tres grupos, aunque la desinformación es alta, es menor, sobre todo en los dos últimos grupos: la media del grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial es de 80.0% para los primeros cinco reactivos analizados y 66.1% para los tres reactivos últimos analizados. Para el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI es de 46.8% y 49.1% respectivamente y para el último grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI 55.2% y 62.7%.

Según estos datos, se puede concluir que los porcentajes de desinformación para los grupos que se sometieron a alguna de las TRA son elevados y, de manera especial, en cuanto a las probabilidades de malformaciones genéticas en los embriones. Las repercusiones de esta ignorancia serán analizadas en el inciso 3.4.2.

El grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI es, como en el apartado anterior, el grupo que presenta una menor desinformación de los cuatro grupos (46.8% y 49.1% de media).

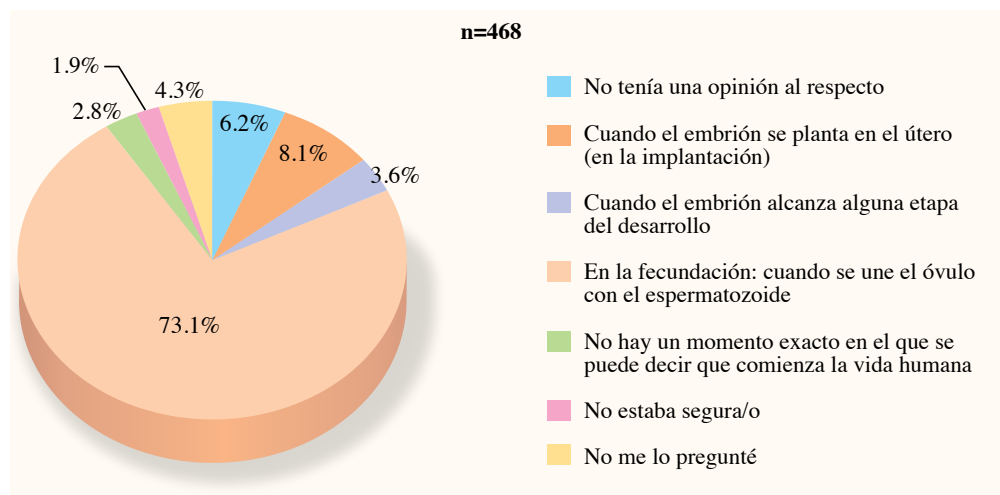
3.4.1.2.3 El comienzo de la vida humana

Investigación de cuándo inicia la vida humana: en el momento de la implantación en el útero, cuando el embrión alcanza alguna etapa del desarrollo, cuando se une el óvulo con el espermatozoide, no tenía una opinión al respecto o no sabía.

Ésta fue otra de las preguntas más complejas de elaborar en la presente investigación, debido principalmente a los sentimientos y sensaciones que podrían provocar en los sujetos encuestados.

Se les presentaron varias posibilidades de respuesta y los resultados fueron los siguientes (gráficas 3.17a y 3.17b; 17.3% no respondieron al reactivo. n=468):

GRÁFICA 3.17A. SEGÚN LOS CONOCIMIENTOS QUE POSEÍAS EN RELACIÓN CON LAS TRA, EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿CUÁNDO CREÍAS QUE COMENZABA LA VIDA HUMANA?

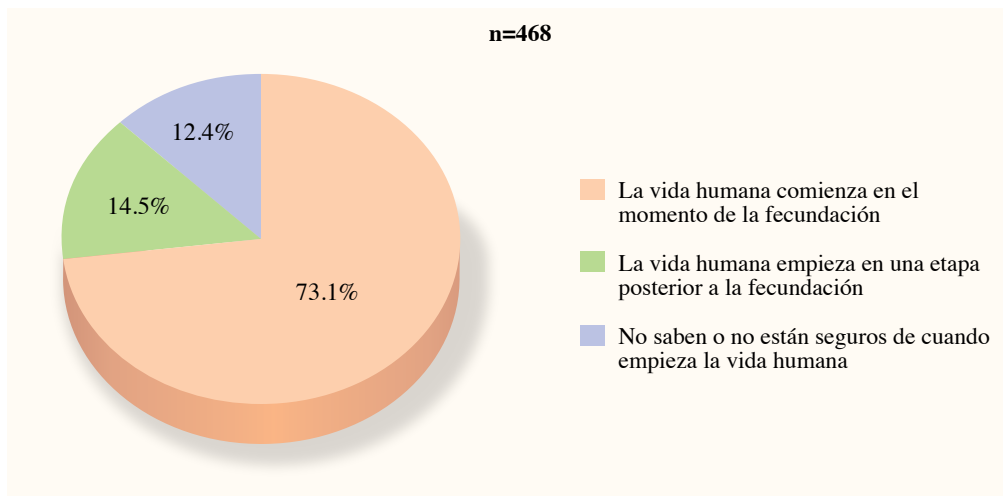


El grupo más importante a destacar es el de los individuos que afirman que la vida comienza en la fecundación (73.1%), es decir, en el momento en que el óvulo se une con el espermatozoide.

Un segundo grupo (14.5%) está conformado por aquellos que dicen que la vida humana empieza cuando el embrión se implanta en el útero o en alguna otra etapa del desarrollo o no existe un momento exacto en el que se pueda decir que comienza la vida humana.

Un tercer grupo (12.4%) estaría compuesto por aquellos sujetos que no tenían una opinión al respecto, no estaban seguros o no se lo preguntaron.

GRÁFICA 3.17B. SEGÚN LOS CONOCIMIENTOS QUE POSEÍAS, EN RELACIÓN CON LA VIDA HUMANA, EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿CUÁNDO CREÍAS QUE COMENZABA LA VIDA HUMANA?



Para observar las posibles diferencias que pudieran presentarse en los diversos grupos, se segmentó la muestra de los sujetos que respondieron (468); se exponen a continuación los resultados más relevantes (tabla 3.49).

En cuanto a los que afirman que la vida comienza en el momento de la fecundación, existe una diferencia entre el grupo que se sometió a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, cuyo porcentaje aumenta del 73.1% al 81.1% y el grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI donde el porcentaje, por el contrario, disminuye del 73.1% al 58.1%.

De nuevo, como en los apartados anteriores, el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, es el que tiene el porcentaje más elevado en cuanto al comienzo de la vida en el momento de la fecundación; en el grupo de los que se sometieron sólo FIVET-ICSI, el porcentaje es el más bajo.

Esto indica que estos dos grupos poseen diferencias notables, aunque los sujetos de los grupos se hayan sometido a la FIVET y/o ICSI. En este último grupo existe un 25.6% que afirma que la vida comienza cuando el embrión se implanta en el útero o cuando el embrión alcanza alguna etapa de su desarrollo y el 14.0% de este grupo afirma no tener una opinión al respecto o no estar seguro: son porcentajes significativamente mayores a los de los otros grupos.

En cuanto a los otros dos grupos, el de los que no se sometieron a las TRA disminuye del 73.1% al 71.1% y el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial aumenta del 73.1% al 76.4.

TABLA 3.49. SEGÚN LOS CONOCIMIENTOS QUE POSEÍAS, EN RELACIÓN CON LAS TRA, EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿CUÁNDO CREÍAS QUE COMENZABA LA VIDA HUMANA?

Cuatro grupos de análisis	No tenía una opinión al respecto	Cuando el embrión se implanta en el útero (en la implantación)	Cuando el embrión alcanza alguna etapa de desarrollo	En la fecundación: cuando se une el óvulo con el espermatozoide	No hay un momento exacto en el que se pueda decir que comienza la vida humana	No estaba seguro/a	No me lo pregunté	Total
No se sometieron a las TRA	8.4%	6.7%	3.1%	71.1%	4.4%	1.8%	4.4%	225
Sólo inseminación artificial	4.5%	5.5%	3.6%	76.4%	2.7%	1.8%	5.5%	110
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	1.1%	11.1%	2.2%	81.1%	0.0%	1.1%	3.3%	90
Sólo FIVET y/o ICSI	9.3%	16.3%	9.3%	58.1%	0.0%	4.7%	2.3%	43
Total	29 6.2%	38 8.1%	17 3.6%	342 73.1%	13 2.8%	9 1.9%	20 4.3	468 100%

3.4.1.2.4 La probabilidad de lograr un embarazo y llevarlo a término

Información de la probabilidad de alcanzar un embarazo: menos del 50%, más del 50%, casi el 100%, no sabía.

Para describir la opinión de los encuestados al respecto de la probabilidad de quedar embarazados tras emplear una técnica de TRA y de llevar a término el embarazo, se creó la tabla 3.50 (18.9% no respondió al reactivo; n=459):

TABLA 3.50. LA IDEA QUE TENÍAS DE LA PROBABILIDAD DE LOGRAR UN EMBARAZO POR MEDIO DE LAS TRA Y DE LLEVARLO A TÉRMINO OSCILABA ENTRE:

	Frecuencia	Porcentaje
Menos del 50%	179	39.0%
Más del 50%	129	28.1%
Casi el 100%	33	7.2%
No lo sé	69	15.0%
Otra respuesta	26	5.7%
No estaba seguro/a	23	5.0%
Total	459	100%

Existe un primer grupo (39.0%) que opina que la probabilidad es menor al 50%.

Un segundo grupo piensa que es más del 50% (28.1%) o que la probabilidad es de casi el 100% (7.2%).

Un tercer grupo no tenía una opinión al respecto o no estaba seguro (20.0%) y un 5.7% dio otra respuesta: se revisó este último porcentaje y se trataba principalmente de encuestados que comentaban que no se habían sometido a las TRA.

Si se divide la muestra por grupos con el fin de observar posibles diferencias (tabla 3.51), se advierten los siguientes resultados más significativos:

En los grupos de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y de los que se sometieron sólo a FIVET-ICSI aumenta el porcentaje de los que creen que es menor al 50%, del 39.0% de la media al 44.4% y 48.8% respectivamente.

Así mismo, aumenta el porcentaje, en los grupos antes mencionados, de los que creen que es mayor al 50% o casi el 100%, de 35.3% de la media al 38.9% y 41.8% respectivamente.

TABLA 3.51. LA IDEA QUE TENÍAS DE LA PROBABILIDAD DE LOGRAR UN EMBARAZO POR MEDIO DE LAS TRA Y DE LLEVARLO A TÉRMINO OSCILABA ENTRE:

Cuatro grupos de análisis	Menos del 50%	Más del 50%	Casi el 100%	No lo sé	Otra respuesta	No estaba seguro/a	Total
No se sometieron a las TRA	30.2%	22.8%	7.0%	22.8%	9.8%	7.4%	215
Sólo inseminación artificial	36.9%	33.3%	6.3%	11.7%	7.2%	4.5%	111
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	44.4%	32.2%	6.7%	3.3%	11.1%	2.2%	90
Sólo FIVET y/o ICSI	48.8%	30.2%	11.6%	9.3%	0.0%	0.0%	43
Total	179 39.0%	128 28.1%	33 7.2%	69 15.0%	26 5.7%	23 5.0%	459 100%

Como se observa, los encuestados están divididos entre los que creen que la probabilidad es mayor o menor al 50%.

3.4.1.2.5 Análisis sobre los porcentajes de éxito de las Técnicas de Reproducción Asistida

Para explicitar y profundizar el tema de las tasas de éxito de las TRA, el cual es uno de los puntos más significativos de esta investigación, se hará una comparación de los porcentajes de éxito de la muestra, obtenidos en el inciso 3.2.3 de este capítulo de Análisis de resultados, los porcentajes de éxito que manejan las clínicas de fertilidad y/o los médicos especialistas, y los porcentajes de éxito de dos reportes de dos asociaciones internacionales de reproducción asistida, una de ellas europea y otra latinoamericana.

En primer lugar, se señalan algunas causas que pueden influir en los resultados de los tratamientos y algunos de los porcentajes de éxito que las principales clínicas de México informan en sus páginas de internet (se han omitido los nombres de las clínicas). Esta parte de la investigación se actualizó al mes de agosto de 2010:

- a) En cuanto a las causas que influyen en la tasa de éxito, una de las principales y que la mayoría de las clínicas señalan, es la edad de la mujer: mujeres menores a treinta años tienen una mayor probabilidad y a medida que se acercan a los cuarenta años o más, la probabilidad de embarazo disminuye notoriamente. Otra causa importante se refiere a la cantidad y calidad de los óvulos. Una tercera causa es la constancia y perseverancia en los tratamientos. Otras razones se pueden deducir a partir de este comentario encontrado en la página de internet de una clínica de fertilidad:

Una serie de factores fuera del control de cualquier programa de Reproducción Asistida pueden afectar los resultados para lograr un embarazo y de los más frecuentes podemos decir que es la edad de la mujer y las anormalidades de los espermatozoides [...] diagnóstico, tratamientos previos [...] además de problemas inmunológicos, estilos de vida (tabaquismo, uso de drogas, deportes como el motociclismo o la charrería) también pueden impactar en el éxito del tratamiento.

- b) En relación con los porcentajes que reportan las diversas clínicas, mencionamos tres premisas que conviene tener en cuenta:

- ♦ Parece que existe una tendencia muy clara en algunas de las clínicas más prestigiadas a tener muy en cuenta la edad de las pacientes y a no tratar a las que por la edad puedan disminuir los porcentajes de éxito. Como ejemplo tomamos el comentario que aparece en la página de internet de una de las clínicas:

Es muy importante que cuando se busque el servicio de fertilización *in vitro* se comparen los porcentajes de las diversas clínicas, ya que algunas tienen un número considerable de pacientes jóvenes y pudiera aparecer una tasa de embarazo muy alta [...]. Nosotros tratamos a todas las pacientes, incluyendo mujeres más adultas, con reserva ovárica adecuada.

- ♦ Las clínicas elaboran sus reportes de acuerdo con diversos criterios, por lo que se dificulta la comparación de los porcentajes de las clínicas. El siguiente comentario, tomado de la página de internet de una clínica, lo revela: “Las tasas de éxito pueden ser reportadas en varias formas y no siempre son fáciles de interpretar. Por este motivo es muy difícil comparar el éxito de una clínica con otra.”
- ♦ Los porcentajes de éxito también están relacionados con el profesionalismo, tecnología y experiencia de las clínicas de fertilidad y de los médicos especialistas, como lo muestra el siguiente comentario:

La severidad o lo complejo de los casos puede afectar los resultados de una clínica y las estadísticas de embarazo, sin embargo, en alguna medida los resultados de una clínica están relacionados con la experiencia del *staff* médico y con la calidad del laboratorio de *in vitro*.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentan algunos extractos, tomados de las páginas de internet de las principales clínicas, en las que reportan o comentan sus porcentajes de éxito.

En primer lugar, para la inseminación artificial: El índice de éxito de la IUI después de la estimulación ovárica es del 10% a 15% por ciclo, pero puede llegar hasta el 50%, después de varios intentos en un año [...]

En cuanto a los resultados obtenidos [...] con inseminación artificial, destacamos que de cada 100 ciclos de inseminación, 17 resultan en gestación y de cada 100 parejas que completan cuatro ciclos, 60 consiguen gestación. De todos los embarazos conseguidos, un 15-20% son gemelares.

En cuanto a los resultados obtenidos con inseminación artificial, cuando hablamos con semen de su pareja, la tasa de gestación por ciclo está alrededor de un 20%. Es decir, que de cada 100 ciclos de inseminación, cerca de 20 resultan en gestación y de cada 100 parejas que completan cuatro ciclos, 60% consiguen gestación [...]

La inseminación homóloga tiene alrededor de un 60 % de probabilidades de embarazo [...]

Con la inseminación intrauterina se obtiene la mejor tasa de embarazo, entre el 20% y el 25% de probabilidades de embarazo por intento. Se recomiendan cuatro ciclos consecutivos de inseminación artificial para agotar las probabilidades de éxito [...]

En cuanto a resultados, la inseminación con semen de donante proporciona unas tasas de embarazo por ciclo del 25% y del 80% por paciente con un máximo de seis ciclos.

Probabilidades de éxito: Generalmente después de cuatro a cinco inseminaciones, entre el 85% y el 90% de las mujeres se embarazan [...]

Actualmente este (IA) procedimiento permite unas tasas de embarazo por intento hasta del 30%.

Se observa que las tasas de embarazo oscilan entre el 10% y el 30% por ciclo o intento y entre el 50% y el 90% para las que realizan de cuatro a seis ciclos o intentos.

Puede ser que algunos de los porcentajes que se mostraron en el inciso 3.2.3 de este capítulo y en especial los que se refieren a la inseminación artificial, sean tan bajos debido a la falta de tecnología y experiencia de algunos médicos que sólo

realizan la inseminación artificial. Pero la diferencia entre lo que reportan las clínicas y la realidad que muestran los resultados de esta investigación (tabla 3.17) es demasiado grande para atribuírsela a la causa anteriormente mencionada.

Respecto a la FIVET-ICSI-GIFT:

El segundo centro [...] en México ha logrado una tasa de embarazos del 60% entre sus pacientes desde su apertura [...] informó [...] hoy en un comunicado. El centro, que ha atendido a 5,311 pacientes, realizó más de 2,800 ciclos de reproducción desde que comenzó a funcionar, con la tasa de éxito antes mencionada.

Probabilidades de éxito: entre el 28% y el 35% de las mujeres que intentan la fertilización *in vitro* conciben. Probabilidades de éxito: alrededor del 35% de las parejas que intentan ICSI conciben. La probabilidad de éxito [...] de la ICSI es más alta que el promedio (40%). Probabilidades de éxito: alrededor del 45% de las mujeres que utilizan el FIV utilizando óvulos donados conciben. Concretamente un 44.30% en mujeres menores de 30 años, un 43.75% en mujeres de 30 a 34 años, un 40.20% en mujeres de 35 a 39 años, un 20% en mujeres mayores de 40 años. Todos los pacientes de la Clínica [...] 36.81% [...]

El cuerpo biomédico de [...] y ha alcanzado los mejores resultados esperados para cada caso y comparables con los estándares publicados a nivel internacional, ya que logramos que seis de cada diez parejas puedan concebir con gametos propios y ocho de cada diez conciben por donación.

La mala cantidad del esperma [...] impide en muchos casos una fertilización exitosa. La fertilización en estos casos normalmente no excede el 30%; si existe calidad de esperma normal, la fertilización llega a un 80%.

La probabilidad de embarazo por ICSI es de un 50% en mujeres menores de 38 años. FIVET, un embrión 20%; dos embriones, 57.5%; tres embriones, 60.5%.

En cuanto a la FIVET, indican que la esperanza de embarazo para un ciclo de tratamientos es aproximadamente del 25% y la esperanza de parto es ligeramente menor. En el ICSI los resultados son ligeramente mayores.

Cuando hablamos en general de la oportunidad de un embarazo, esta va desde un 27% hasta un 36% por ciclo intentado para la fertilización *in vitro* [...] después de los 40 es de tan sólo el 10%.

Aunque los resultados de esta técnica [GIFT] indican que su tasa de éxito es de un 28% aproximadamente, no es tan buena como la de la FIV [...]

Se observan las diferentes formas de reportar y que dependen de varios factores como son: la edad de la mujer, el número de embriones transferidos, donación de esperma u óvulos, etc. En la mayoría de las narraciones no queda claro si los porcentajes se refieren a un ciclo o a varios, tampoco si se transfiere uno, dos o tres embriones.

Este modo vago e impreciso de informar se observa, más claramente, en las siguientes dos narraciones que corresponden a dos médicos especialistas de una misma clínica de fertilidad, que responden en un foro a la pregunta sobre los porcentajes de éxito:

El GIFT tiene alrededor de un 35% de posibilidades de embarazo; la fertilización *in vitro*, un promedio de 30%; ICSI, 20% aproximadamente.

Es lógico que a veces se desesperen porque los tratamientos son largos e incómodos. A veces falla uno u otro, pero, con el tiempo, las estadísticas han demostrado que una mujer que persiste en varios intentos [...] puede llegar hasta un 80%.

Otro médico responde a una pareja en un foro de infertilidad:

Parejas jóvenes y con una alteración similar a la que ustedes presentan tienen una probabilidad del 40% o mayor de conseguir embarazo por ciclo, porcentaje que se ha incrementado gracias a la posibilidad de congelar los embriones no transferidos en el ciclo inicial.

En **segundo lugar**, se alude a algunas de las experiencias que narran los encuestados y que avalan el modo ambiguo de informar y pueden ser reveladoras de expectativas que en algunos casos no se cumplen:

[...] y fue muy claro al decirnos que el porcentaje de éxito será como de un 30% [...]

[...] al hablarme del éxito del tratamiento el doctor fue muy franco y me dijo que solo había un 50% de probabilidad de que pegara [...]

También me dijo que era importante el porcentaje de bebés que se lograban y que sólo ellos y no sé qué otra clínica más lo tenían así de alto, del 55%. Ahí se contradicen porque entonces como que todos se embarazan si quieren.

Esta encuestada que se realizó tres inseminaciones y una FIVET, comenta:

El médico de la clínica de infertilidad nos quería hacer otras dos *in vitro* (nosotros ya no quisimos para nada). Nos habían dicho que el porcentaje de quedar embarazados era muy alto. Y no es cierto [...]

En **tercer lugar** se reportan los datos del Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (año 2005) y del noveno reporte de resultados (año 2005),¹¹ publicado en 2009 por la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE).

¹¹ Cf. F. ZEGERS-HOCHSCHILD - V. GALMES - J. SCHWARCE, Registro de Reproducción Asistida 2005, en [http://www.reclara.com/aa^_espanhol.asp?categoria=Registros anuales&cadastroid=299](http://www.reclara.com/aa^_espanhol.asp?categoria=Registros%20anuales&cadastroid=299) (consultado: 12-12-2010).

En cuanto al primero (Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida) en el que se reportan resultados de once países latinoamericanos, son tres naciones las que registran la mayoría de los ciclos obtenidos: Brasil (45%; 11,859), seguido por Argentina (23%; 6,083) y México (13%; 3,590). De México reportan 22 centros, de los cuales tres asociados y 19 están acreditados por la Red-Lara. No se presentan datos por países, a excepción del número de ciclos. Encontramos los siguientes datos y porcentajes:

- ♦ ICSI: 17,908 ciclos iniciados, 16,594 (92.7%) llegó a aspiración, 14,389 fueron transferidos (86.7% de las aspiraciones). Número de embarazos clínicos 4,861 y partos 3,341. La tasa de embarazo clínico por aspiración y transferencia fue del 31.9% y 33.8% respectivamente y la tasa de parto por aspiración del 20.1%.
- ♦ FIVET: 4,225 ciclos iniciados, 3,770 (89.2%) llegó a aspiración y fueron transferidos 3,350 (89.0% de las aspiraciones). Número de embarazos clínicos 1,120 y partos 798. La tasa de embarazo clínico por aspiración y transferencia fue del 29.7% y 33.4% respectivamente; y la tasa de parto por aspiración del 21.2%.
- ♦ TOTAL ICSI-FIVET: 22,133 ciclos iniciados, 20,364 (92.0%) llegaron a aspiración y fueron transferidos 18,159 (89.2% de las aspiraciones). Número de embarazos clínicos: 5,981; y partos: 4,139. La tasa de embarazo clínico por aspiración y transferencia fue del 29.4% y 32.9% respectivamente; y la tasa de parto por aspiración del 20.3%.

En cuanto a lo publicado por ESHRE,¹² en las tablas VI y VII, se reportan los resultados de 30 países europeos. Con el fin de poder comparar con los datos anteriores, se quitaron de los totales los datos de Holanda, ya que no reportaba número de partos. Encontramos los siguientes datos y porcentajes generales de los 29 países restantes:

- ♦ ICSI: 188,425 aspiraciones, 173,712 fueron transferidos (89.1% de las aspiraciones). Número de embarazos clínicos: 53,384; y partos: 31,996. La tasa de embarazo clínica por aspiración y transferencia fue del 28.3% y del 30.7% respectivamente y la tasa de parto por aspiración del 17.0%.

¹² Cf. A. NYBOE ANDERSEN *et al.*, Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE, en «Human Reproduction» vol. 24, n. 6 (2009), pp. 1267-1276.

- ♦ FIVET: 100,623 aspiraciones, 89,681 fueron transferidos (92.2% de las aspiraciones). Número de embarazos clínicos: 25,573; partos: 19,132. La tasa de embarazo clínica por aspiración y transferencia fue del 25.4% y 28.5% respectivamente y la tasa de parto por aspiración del 19.0%.
- ♦ TOTAL ICSI-FIVET: 289,048 aspiraciones, 263,393 embriones fueron transferidos (91.1% de las aspiraciones). Número de embarazos clínicos: 78,957; partos: 51,128. La tasa de embarazo clínico por aspiración y transferencia fue del 27.3% y 30.0% respectivamente; y la tasa de parto por aspiración, del 17.7%.
- ♦ Cabe mencionar que en el reporte publicado por ESHRE se pueden observar estos mismos datos por países.

Los seis países de los 29 considerados con mayor número de aspiraciones de ICSI (Francia, Alemania, Italia, España, Inglaterra y Turquía) suponen el 73.0% del total de aspiraciones. La tasa de parto por aspiración es del 15.4%. Las tasas más bajas por país son las de Italia y Turquía: 9.0% y 8.9% respectivamente. Las más altas por país son las de Inglaterra y Francia: 25.3% y 18.9% respectivamente.

En el caso de la FIVET, el total de estos países supone el 59.4% del total de aspiraciones. La tasa de parto por aspiración es del 17.7%. Las de Italia, España y Turquía: 9.3%, 10.4% y 12.1% respectivamente. Las más altas por país son las de Inglaterra y Alemania: 24.3% y 18.2% respectivamente.

Se recomienda realizar la comparación de estos datos con los resultados obtenidos en el inciso 3.2.3 de este capítulo de Análisis de resultados (tabla 3.17):

TABLA 3.52. PORCENTAJES MÁS SIGNIFICATIVOS

	Número de casos y de embarazos	Número de casos y de hijos nacidos vivos (partos)	Número de intentos y de embarazos	Número de intentos y de hijos nacidos vivos (partos)
FIVET-ICSI-GIFT	55/134	27/134	55/251	27/251
	41.0%	20.1%	21.9%	10.8%

El porcentaje de número de intentos y de embarazos (21.9%) puede compararse con la tasa de embarazo clínico por aspiración que en el primer reporte (Red-Lara) es del 29.4% y en el segundo (ESHRE) del 27.3%. Y el porcentaje de número de intentos

y de hijos nacidos vivos, 10.8%, puede compararse con la tasa de parto por aspiración del primer reporte (Red-Lara) que es del 20.3% y en el segundo (ESHRE) del 17.7%.

Como se comentaba anteriormente, el estudio del Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida no reporta datos específicos de México que pudieran ser comparados de una manera más puntual con los de nuestra investigación.

La diferencia de porcentajes puede deberse a diversas razones:

- a) Los posibles porcentajes de México pudieran ser menores que la media de los porcentajes de los países que reportaron a la Red-Lara, como se observa en el reporte de ESHRE para los países de Turquía, Italia y España, cuyos porcentajes antes señalados, son semejantes a los reportados en esta investigación.
- b) No todas las clínicas donde se realiza la FIVET y/o ICSI en México reportan sus ciclos a la Red-Lara. Se puede suponer que los porcentajes de los centros o establecimientos que no están acreditados por la Red-Lara, poseen una tecnología y profesionalismo menor y, por tanto, sus porcentajes de éxito serían menores.
- c) Los porcentajes del número de casos y de embarazos (41.0%) y el número de casos y de hijos nacidos vivos (20.1%), equivalen a los porcentajes de éxito de embarazos clínicos y los que llegan a término (parto).

Hay que añadir que no existen datos en relación con la inseminación artificial en ninguno de los dos reportes y, por tanto, no se puede hacer ninguna comparación con los datos reportados en la presente investigación. Sólo podrían ser comparados con los datos extraídos de las páginas de internet de las clínicas de fertilidad; pero los porcentajes que reportan dichas clínicas son tan variados y son reportados principalmente teniendo en cuenta los casos y no el número de intentos, lo cual hace prácticamente imposible cualquier tipo de comparación o cotejo.

Por último, cabe señalar que ninguno de los dos reportes internacionales analizados informa sobre el número de óvulos extraídos, el número de óvulos que se fecundan y el número de embriones que se producen y que algunos de ellos son transferidos, otros congelados para futuras transferencias y otros desechados.

Las clínicas organizan sus datos, como se ha observado, en número de ciclos, de aspiraciones de óvulos (en relación con el ciclo), transferencias, embarazos clínicos y partos, pero no sobre el número de óvulos fecundados.

También existe este vacío de información por parte de las diversas clínicas o centros, en sus páginas de internet, cuando describen las diversas etapas de los procedimientos de la FIVET y el ICSI o reportan sus tasas de éxito.

No obstante, a este respecto se recogen tres fuentes que dan una idea de los óvulos que pueden ser fecundados en cada ciclo. El primero se recoge de la revista *online, Reproducción Asistida Org*,¹³ donde se hace referencia al número de óvulos que se obtienen después de estimular los ovarios. La publicación comenta lo siguiente:

La cantidad de óvulos obtenidos en tratamientos de reproducción asistida tras la punción ovárica depende de las características particulares de cada mujer y de cómo reacciona a la estimulación ovárica. Se pueden obtener desde un ovocito, en bajas respondedoras al tratamiento, hasta más de 20 en mujeres jóvenes y sin problemas de esterilidad. Aunque lo más habitual es obtener entre seis y nueve ovocitos por ciclo.

En segundo lugar, presentamos algunas narraciones de los encuestados. El testimonio de esta mujer, que narra su caminar por las TRA, permite observar esta cuestión de gran importancia:

En este tratamiento me sacaron 20 óvulos de muy buena calidad, los cuales fueron fecundados, pero al día de la implantación, de los 20 sólo habían sobrevivido cuatro que fueron los que me implantaron. En este tratamiento fue la única vez que obtuve un positivo en la prueba de embarazo, me sentía feliz de por fin haberlo logrado. Porque Dios así lo quiso, a los 15 días de enterarme perdí al bebé [...]

Estas dos narraciones se refieren, la primera, a una mujer que se sometió a un ICSI y habla de su experiencia, haciendo ver que no les explicaron claramente lo que sucedió y, la segunda, confirma que pueden llegar a extraer 20 óvulos en un solo ciclo:

La opción que nos dieron fue un ICSI [...]. Nos hablaron sobre el posible congelamiento de embriones [...]. Con la TRA se habían formado nueve embriones, de los cuales en el primer intento me pusieron tres y luego otros tres, porque al descongelarlos no eran de buena calidad, nos dijeron. Es decir, la segunda vez que fuimos, fue muy triste porque no quedaban más. iiiPero no sabemos qué ocurrió con los otros tres que no eran de calidad!!!

¹³ <http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/reproduccion-asistida/embarazada/numero-de-ovulos-obtenido/>, (consultado: 8-8- 2010).

Yo era muy buena en la estimulación ovárica, daba bastantes óvulos. La primera vez di 20 en un sólo mes, ¡claro!, pero mi problema era que mi endometrio no era buen receptáculo [...]. Yo paré al quinto tratamiento, pero por cada uno de estos tratamientos, eran de dos a tres intentos, es decir, dos o tres veces que me implantaban embriones. Así que todo eso fue muy dañino.

Finalmente, se recoge la información de un artículo que analiza *le Rapport du Collège des Médecins «médecine de reproduction»*, del 29-01-2010 (Belrap, 2007), sobre la reproducción asistida en Bélgica.¹⁴ Muestra la proporción de óvulos obtenidos en 2007 y su destino final: 158,051 óvulos obtenidos, 137,566 inseminados, 93,147 con presencia de dos pronúcleos y de los cuales 24,176 (26%) se transfirieron, 30,043 (32%) se congelaron, y 38,928 (42%) fueron destruidos. Teniendo en cuenta la tasa de éxito reportada en dicho artículo del 21% para mujeres menores de 36 años, nacerán 5,077 de los 24,176 que se transfirieron.

¿Cuántos de los congelados serán transferidos? El artículo no lo informa explícitamente, aunque supone que muchos serán destruidos o dedicados a la investigación.

Pueden ser ilustrativos los datos que recoge el reporte antes mencionado, para un ciclo tipo con estimulación hormonal, en el que se indican los siguientes datos: 8.8 óvulos son extraídos, 7.6 puestos en contacto con el esperma, 5.2 fecundados, 1.3 transferidos y 1.7 congelados.

3.4.2 Percepción del valor de algunos factores de información en la toma de decisión

Indica el influjo (peso, importancia) en la toma de decisiones del sujeto, que hubiera tenido al conocer los posibles riesgos para la madre y el embrión, los costos económicos, la pérdida y congelación de embriones.

3.4.2.1 A nivel general

Con la finalidad de analizar el influjo que tuvieron o hubieran tenido en los sujetos de la muestra algunos factores de información en la decisión de recurrir o no a las TRA, a continuación se muestra la tabla 3.53 que describe el influjo de dichos factores (se utilizó una escala Likert de 3 intensidades y los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

¹⁴ Cf. C. BROCHIER - DEBRY J.M., La procreation medicaleement assistee (PMA) en Belgique, en «Les Dossiers de l'Institut Européen de Bioéthique» (Sept. 2010), pp. 3-4 (traducción propia).

TABLA 3.53. ¿QUÉ TANTO HUBIERA AFECTADO, EN TU DECISIÓN, EL HABER TENIDO INFORMACIÓN SOBRE ALGUNO DE ESTOS ASPECTOS?

Reactivo	No me hubiera afectado	Lo hubiera dudado	Hubiera tomado otra decisión	Media
Riesgos de malformaciones para el embrión (n=447)	18.6%	38.0%	43.4%	2.25
Riesgos y efectos secundarios para la esposa (n=444)	21.4%	37.6%	41.0%	2.20
Costos elevados de las TRA (n=440)	40.0%	34.1%	25.9%	1.86
Pérdida o destrucción de embriones (n=439)	16.9%	31.4%	51.7%	2.35
Congelación de embriones (n=435)	28.7%	28.3%	43.0%	2.14

A nivel general, podemos ver que los factores que más hubieran influido, observando la media, hubieran sido “la pérdida o destrucción de embriones” (2.35) y los “riesgos y malformaciones para el embrión” (2.25). Casi con la misma media (2.20) están “los riesgos y efectos secundarios para la esposa” (2.20) y “la congelación de embriones” (2.14). La media menor corresponde a “los costos elevados” (1.86).

Podemos decir que todos los reactivos, a excepción de los costos elevados en las TRA, superan el 40% de los encuestados que hubieran tomado otra decisión. Y entre el 30% y 40% los que lo hubieran dudado.

Con el fin de precisar más la información que arrojan estos reactivos, se analizaron los cuatro grupos en los que se ha seccionado la muestra: se compara cada uno de los grupos en relación con los reactivos y sus respectivas medias, y se analiza en relación con cada uno de los reactivos en particular.

3.4.2.2 Por grupos

En cuanto al grupo de los que no se sometieron a las TRA (tabla 3.54), los porcentajes de los que “hubieran tomado otra decisión” (y muy posiblemente por eso no se

sometieron a las TRA) supera el 50% a excepción del reactivo “costos elevados de las TRA”. El porcentaje correspondiente a “lo hubiera dudado” está entre el 30% y el 37%, lo que supone que el porcentaje de “no me hubiera afectado”, a excepción de los costos elevados de las TRA, oscila entre el 10% y el 20%.

**TABLA 3.54. ¿QUÉ TANTO HUBIERA AFECTADO,
EN TU DECISIÓN, EL HABER TENIDO INFORMACIÓN
SOBRE ALGUNO DE ESTOS ASPECTOS?**

No se sometieron a las TRA	No me hubiera afectado	Lo hubiera dudado	Hubiera tomado otra decisión	Media
Riesgos de malformaciones para el embrión	13.6%	33.5%	52.9%	2.39
Riesgos y efectos secundarios para la esposa	16.5%	30.6%	52.9%	2.36
Costos elevados de la TRA	25.2%	36.9%	37.9%	2.13
Pérdida o destrucción de embriones	11.2%	31.6%	57.3%	2.46
Congelación de embriones	19.7%	30.5%	49.8%	2.3

En cuanto al grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial (tabla 3.55), se observan porcentajes altos en donde hubieran tomado otra decisión, en los reactivos “pérdida o destrucción de embriones” (61.9%) y “congelación de embriones” (55.8%). Las medias de estos dos reactivos superan incluso a las del grupo de los que no se sometieron a las TRA. Esto parece indicar que podría ser la razón principal por la que no se sometieron a otras técnicas como la FIVET-ICSI, ya que el factor económico no les hubiera afectado tanto: sólo hubieran tomado otra decisión, en cuanto a los costos, a un 20%, y a un 40% no le hubiera afectado.

TABLA 3.55. ¿QUÉ TANTO HUBIERA AFECTADO, EN TU DECISIÓN, EL HABER TENIDO INFORMACIÓN SOBRE ALGUNO DE ESTOS ASPECTOS?

Sólo inseminación artificial	No me hubiera afectado	Lo hubiera dudado	Hubiera tomado otra decisión	Media
Riesgos de malformaciones para el embrión	18.30%	38.50%	43.10%	2.24
Riesgos y efectos secundarios para la esposa	19.40%	47.20%	33.30%	2.14
Costos elevados de la TRA	40.00%	40.00%	20.00%	2.4
Pérdida o destrucción de embriones	13.30%	24.80%	61.90%	2.49
Congelación de embriones	20.20%	24.00%	55.80%	2.36

En relación con el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI (tabla 3.56), disminuyó considerablemente el porcentaje de algunos reactivos en cuanto a haber tomado otra decisión: el primero de ellos en relación con los costos elevados de las TRA (14.9%). Al 59.8% no le hubieran afectado los costos elevados de las TRA. También disminuye en relación con los dos grupos antes analizados, en relación con la pérdida o destrucción de embriones (37.5%) y el de la congelación de embriones (23.9%). Se puede deducir que para algunos de este grupo, fue una de las posibles razones por las que después de someterse a la inseminación artificial, decidieron intentar el procedimiento de la FIVET y/o ICSI.

TABLA 3.56. ¿QUÉ TANTO HUBIERA AFECTADO EN TU DECISIÓN, EL HABER TENIDO INFORMACIÓN SOBRE ALGUNO DE ESTOS ASPECTOS?

Inseminación artificial y FIVET-ICSI	No me hubiera afectado	Lo hubiera dudado	Hubiera tomado otra decisión	Media
Riesgos de malformaciones para el embrión	25.6%	42.2%	32.2%	2.07
Riesgos y efectos secundarios para la esposa	21.6%	44.3%	34.1%	2.12
Costos elevados de la TRA	59.8%	25.3%	14.9%	1.55
Pérdida o destrucción de embriones	27.3%	35.2%	37.5%	2.1
Congelación de embriones	46.6%	29.5%	23.9%	1.77

En el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI (tabla 3.57), disminuyen aún más los porcentajes del grupo anteriormente analizado: sólo un 4.8% de la muestra hubiera tomado otra decisión en cuanto a los costos elevados de las TRA y al 71.4% no le hubiera afectado. Disminuyen también los porcentajes de los que hubieran tomado otra decisión, en relación con la pérdida o destrucción de embriones (27.5%) y congelación de embriones (17.5%). Es significativo también que al 57.5% no le hubiera afectado la congelación de embriones. Por otro lado, los riesgos y efectos secundarios para la esposa, solamente a un 16.7% le hubiera afectado para tomar otra decisión. Esto podría indicar que la mayoría de los individuos de este grupo estaría dispuesta a cualquier tipo de sacrificio con tal de alcanzar el objetivo del embarazo y que, además, tiene los suficientes medios económicos para hacerlo.

TABLA 3.57. ¿QUÉ TANTO HUBIERA AFECTADO EN TU DECISIÓN, EL HABER TENIDO INFORMACIÓN SOBRE ALGUNO DE ESTOS ASPECTOS?

Sólo FIVET y/o ICSI	No me hubiera afectado	Lo hubiera dudado	Hubiera tomado otra decisión	Media
Riesgos de malformaciones para el embrión	28.60%	50.00%	21.40%	1.93
Riesgos y efectos secundarios para la esposa	50.00%	33.30%	16.70%	1.67
Costos elevados de la TRA	71.40%	23.80%	4.80%	1.33
Pérdida o destrucción de embriones	32.50%	40.00%	27.50%	1.95
Congelación de embriones	57.50%	25.00%	17.50%	1.6

3.4.2.3 Por reactivos

En las gráficas 3.18 y 3.19, la tabla 3.58 y las gráficas 3.21 y 3.22, podemos observar cómo se comportan los grupos en relación con cada uno de los reactivos en particular.

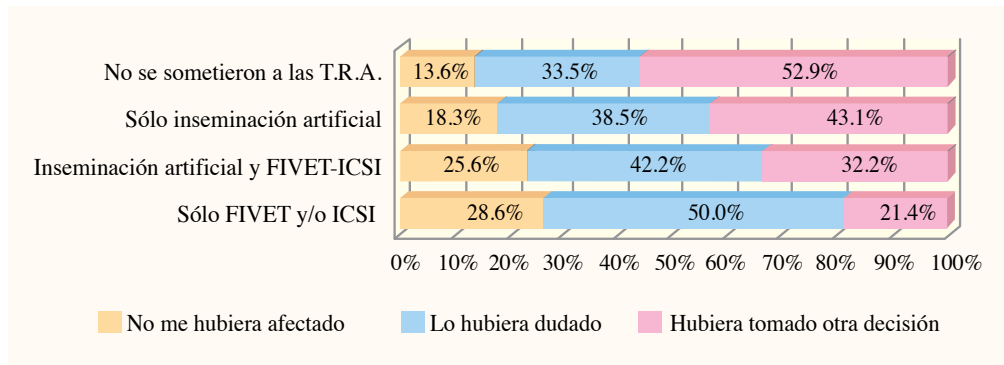
Se observa que los porcentajes de los que “no les hubiera afectado” van aumentando en relación con los cuatro grupos: primero, el grupo de los que no se sometieron a las TRA; segundo, el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial; tercero, el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI; y cuarto, el grupo de los que se sometieron sólo a FIVET-ICSI.

Por lógica, se observa cómo los porcentajes de los que “hubieran tomado otra decisión” van disminuyendo en relación con los grupos antes mencionados, teniendo en cuenta la misma orientación.

Marcamos en letra **negrita** algunos de los porcentajes ya comentados y que creemos importante que reciban una particular atención en relación con otros porcentajes de la tabla.

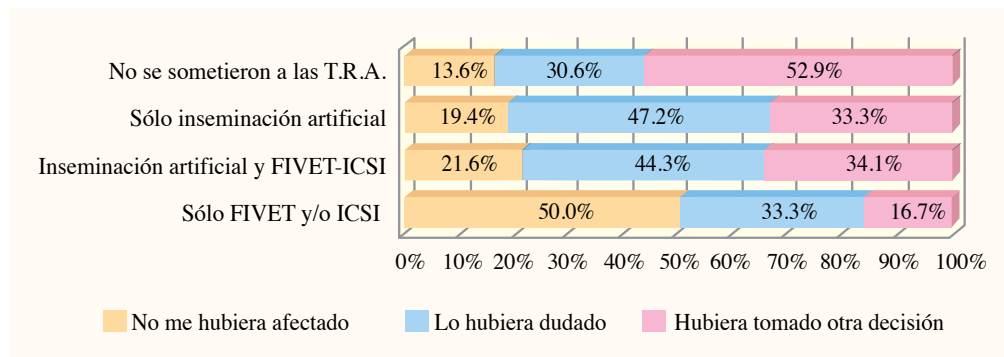
1. Riesgos de malformaciones para el embrión: influjo del conocimiento del peligro de posibles malformaciones para el embrión.

GRÁFICA 3.18. RIESGOS DE MALFORMACIONES PARA EL EMBRIÓN



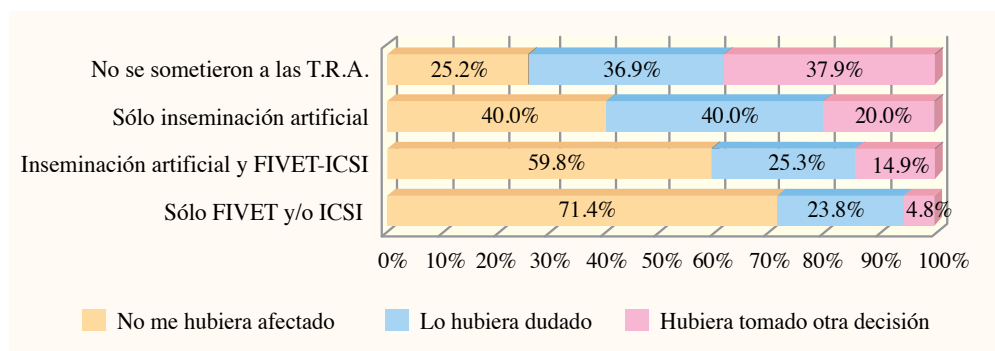
2. Riesgos y efectos secundarios para la esposa: influjo del conocimiento de los efectos secundarios para la esposa.

GRÁFICA 3.19. RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS PARA LA ESPOSA



3. Costos elevados de las TRA: influjo del conocimiento de costos elevados.

GRÁFICA 3.20. COSTOS ELEVADOS DE LAS TRA



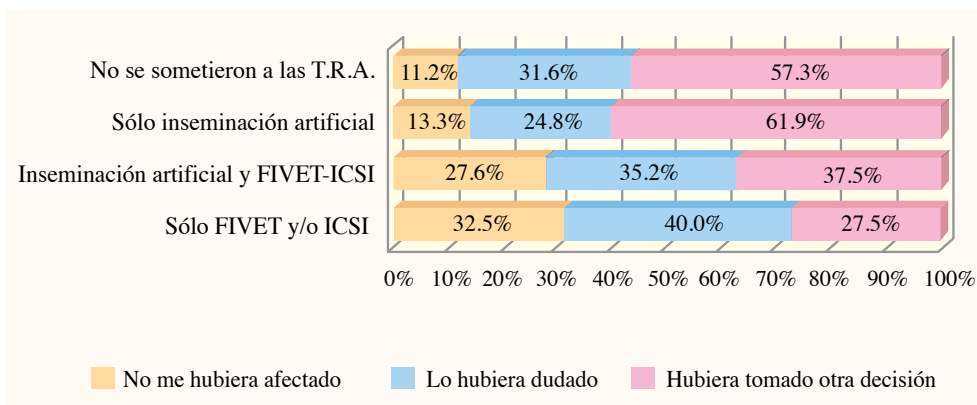
Como información adicional, se les preguntó a los encuestados cuánto estaban dispuestos a gastar para tener un hijo a través de las TRA. El resultado se muestra en la tabla 3.58 (18.9% no respondió al reactivo). Casi la mitad de los encuestados no lo pensó, un 15.5% estaba dispuesto a pagar lo que fuera; un 4.1%, más de 20,000 dólares; el 5.9%, entre 11,000 y 20,000 dólares; y el 16.1%, entre 6,000 y 10,000 dólares.

TABLA 3.58. DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO, ESTABA DISPUESTO A GASTAR PARA INTENTAR TENER UN HIJO A TRAVÉS DE LAS TRA

	Frecuencia	Porcentaje
No lo pensé	209	45.50%
5,000 dólares o menos	59	12.9%
6,000 a 10,000 dólares	74	16.1%
11,000 a 20,000 dólares	27	5.9%
Más de 20,000 dólares	19	4.1%
Lo que fuera necesario para obtener un hijo	71	15.5%
Total	459	100%

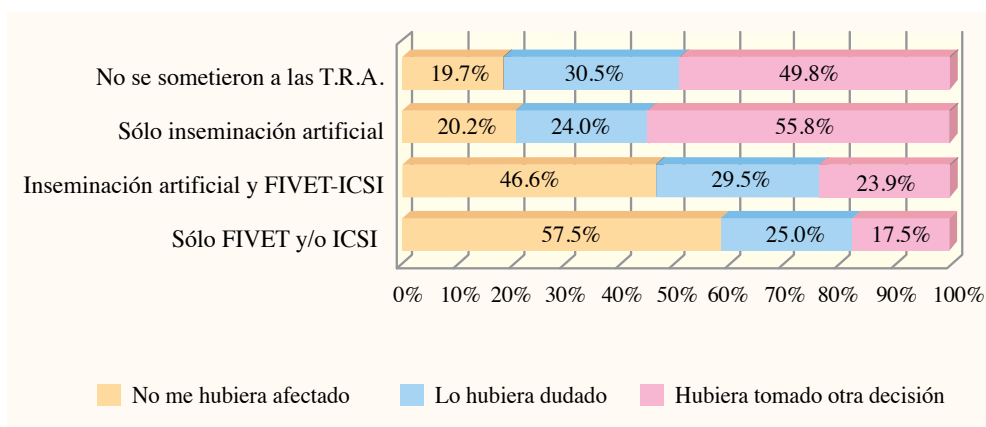
4. Pérdida o destrucción de embriones: influjo del conocimiento de la probabilidad de pérdida de embriones.

GRÁFICA 3.21. PÉRDIDA O DESTRUCCIÓN DE EMBRIONES



5. Congelación de embriones: influjo del conocimiento de la posibilidad de congelar embriones.

GRÁFICA 3.22. CONGELACIÓN DE EMBRIONES



Como explicitación y conclusión de este último inciso, y en parte de todo el apartado 3.4, se exponen diversas reflexiones contenidas en algunas narraciones de los encuestados que relataron su proceso de infertilidad.

Como comentario inicial, hay que tener en cuenta que los encuestados a los que no les hubiera afectado en su decisión o lo hubieran dudado, de los grupos de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, constituyen una parte significativa de los individuos de dichos grupos y, sobre todo, del último grupo.

Entre las razones que pudieran justificar este proceder, se podrían enumerar, por un lado, la falta de información, ponderación o reflexión de las consecuencias que pueden tener las TRA, especialmente la FIVET e ICSI; por otro lado, el deseo irrefragable de tener un hijo a pesar de cualquier riesgo. Lo dicho queda expresado en las siguientes narraciones.

En relación con los riesgos y efectos secundarios para las esposas, presentamos, en primer lugar, algunas narraciones en las que a los encuestados les hubiera gustado tener una mayor información antes de iniciar este largo proceso que recorrieron y la posibilidad de haber optado por la adopción como un primer camino, como lo muestra esta primera encuestada, que se realizó cuatro inseminaciones y dos FIVET:

Pasamos como pareja todo lo que mencionan en el cuestionario, queríamos ser papás, y la forma más fácil era TRA y lo hicimos, pero nos dimos cuenta que podíamos ser papás de otra manera [...]. Nos hubiera gustado tener más información para no haber tomado una decisión que si nos pesó. Ahora entiendo que tuvimos que pasar todo esto para llegar a la decisión final que fue la adopción [...]

También se puede ver esta segunda narración que habla por sí misma. Además de expresar las ideas de la narración anterior, también existe un deseo de auxiliar a otras parejas que están pasando o que pasarán por la misma situación que ellos. Este deseo de ayuda se encuentra también en otros encuestados de la muestra:

Después de hacer varios intentos como relaciones inducidas o planeadas, inseminación artificial e *in vitro* durante 10 años, nuestras edades 47 y 40, y por último los resultados de no poder embarazarnos llegamos a la decisión de adoptar, esperamos solo siete meses a diferencia de los 10 años de intentos fallidos y somos sumamente felices por haber sido padres por este medio [...]. Es muy difícil pasar todos estos procesos y al final decidirse por la adopción. Si hubiera más información sería más fácil para cualquier pareja, ya que desde el inicio de los tratamientos se tomaría en cuenta que de no tener éxito se tomaría sin dudar la decisión de adoptar. Cualquier duda estoy a sus órdenes para poder ayudar en algo a que parejas como nosotros no pasen este camino que es en la mayoría de los casos muy doloroso y costoso [...]

De acuerdo con esta tercera narración, no hay que descartar que algunas parejas comiencen a desesperarse antes de tiempo y que sin conocer los riesgos y otras implicaciones, inicien un proceso sin meditarlo suficientemente:

Cada día oigo más casos de barbaridades en mi ciudad, de tratamientos a gente que no lleva casi nada de tiempo, sin diagnóstico específico, y a gente que no conoce las implicaciones tanto físicas como éticas y psicológicas [...]

A continuación, ofrecemos algunas narraciones donde se presentan los efectos secundarios que produjo en la mujer este largo proceso, donde se advierte una gran intensidad y fuerza en los sentimientos. En el apartado anterior ya se analizaron algunos riesgos que pueden proceder de un embarazo múltiple o del síndrome de hiperestimulación ovárica.

En este apartado se observan otros tipos de riesgos, como los que muestra esta encuestada, que también pasó por un camino interminable antes de poner un límite. Se observa la gran capacidad de exponerse a dichos riesgos:

Y lo más importante, saber cuándo parar, tener la valentía de decir “hasta aquí”, porque va de por medio nuestra salud física y mental. Hablando en lo personal, yo fui sometida a cinco fertilizaciones *in vitro*, las suficientes para perjudicarme la salud de mis riñones, de mi colon, de mi vejiga, de mi vista, de mi metabolismo, de la circulación de la sangre y de mi presión arterial (muy aparte de los daños causados por la endometriosis).

También los cambios hormonales son muy grandes como vemos en la siguiente narración:

Los cambios hormonales son terribles: insomnio, calores, mareos, mal humor, depresión, sequedad vaginal y muchos más. Por lo menos esos son los más frecuentes en mi organismo. ¡Ah! y engordar, hinchazón.

Algunos otros comentarios dejan entrever que, además de los riesgos físicos, existen otros de tipo psíquico, al constatar que no se pueden embarazar. La primera encuestada deja entrever una deshumanización en el proceso que vivió; la segunda, la decepción. Habrá oportunidad de ampliar y explicitar este punto más adelante.

El tiempo que duramos en busca de un hijo biológico, fue muy difícil, porque lo buscas y deseas con todo el corazón y haces lo que sea porque suceda, hasta po-

ner en riesgo la salud. Llegas a tener relaciones por obligación (en este día y en este momento porque dice el doctor que es el momento preciso) y no pasa y te deprimes enormemente.

[...] es duro el estar inyectándose a diario altas dosis de hormonas, estar con la barriga inflamada por eso, que te duerman para sacarte los óvulos y quedas inflamada con molestias para caminar [...]. Lo más doloroso es la decepción de no embarazarte, ya lo de las inyecciones y el estar con incomodidad por las hormonas pasa a segundo plano [...]

La siguiente narración puede sonar un tanto espontánea y abierta, pero no deja de ser sumamente conmovedora y dramática. Se percibe la duda de la mujer de si hubo o no embriones y, además, el proceso de deshumanización por el que pasó.

Yo no sé si hubo una descoordinación, yo no sé si hubo embriones alguna vez dentro de mí. Pero lo que sí recuerdo fue que el doctor, al irse del quirófano, me dijo: quédese echada por seis horas y luego puede irse a su casa. Una enfermera me llevó a la habitación, pero luego de treinta minutos de permanecer en la camilla, yo me moría de frío. Al llegar a la habitación, no podía orinar en la chata que a uno le ponen en la cama que es de acero inoxidable y es helada y uno así cómo va a orinar. Yo le pedí a la enfermera pañales desechables, pero me dijo que no tenían. Tuve que aguantar dos horas queriendo orinar y no pudiendo hacerlo, pues estaba prohibido pararse: si lo haces se baja el embrión y lo pierdes.

Y no sólo los riesgos para la salud física y mental, sino también del espíritu, como lo muestra el comentario de esta mujer:

Hubo procedimientos dolorosos, lloraba porque me dolía físicamente, pero me dolía más el alma, sentía que merecía sufrir todo eso por mi ineptitud para ser madre.

La siguiente narración hace referencia al grupo de parejas que no optaron por las TRA al haber tenido en cuenta los riesgos que existían para la madre y para el embrión y por los costos tan elevados:

Por las TRA entiendo que son tratamientos complicados, de alto riesgo tanto para el bebé como para la madre. No he tomado en consideración eso, ya que pienso que

el cuerpo se puede ver afectado seriamente por las mismas. Además de que lo que he escuchado es que se gasta demasiado dinero para esto y luego no resultan.

Las siguientes narraciones están relacionadas con los riesgos a los que están expuestos los embriones, su pérdida y congelación en los diversos tratamientos.

Ya fueron presentados algunos casos en el inciso 3.3.2.2. El riesgo más considerable corresponde a la congelación y pérdida de embriones que va anexo al mismo proceso de la FIVET/ICSI, como se observa en las siguientes dos narraciones.

La primera de ellas es el caso de una mujer que no llegó al parto y nunca supo a ciencia cierta si había quedado embarazada. Para ella, esos intentos fallidos son como si hubiera perdido a un hijo:

Y al final, bueno, pues nunca se pudo lograr un buen embarazo. Esas pérdidas son realmente como si hubieras perdido un hijo. Es un duelo terrible en el que se necesita mucha fuerza para poder enfrentarlo.

La segunda narración es de una mujer que se sometió a un tratamiento de FIVET y, a pesar de estar feliz por el hijo nacido, éste le recuerda a todos los que se perdieron, lo cual le produce una tristeza y un vacío muy grandes. Tanto así, que el único camino que tiene para afrontar esta situación es llorar; pero también ha aprendido a no pensar en ello:

En mi caso particular, pasé por una depresión fortísima después del tratamiento, que aún me cuesta superarla. Es algo que divide tu vida en dos, estás feliz con tu hijo, pero tienes una tristeza y un vacío espantoso por los embriones que se perdieron. Mi esposo todavía no entiende por qué a mí no me gusta hablar del tema ni por qué lloro cuando me lo recuerdan. En mi caso, mis planes de decirle al doctor que sólo fertilizara los óvulos que me pudiera introducir, no funcionó, pues estaba anestesiada mientras lo hicieron con mi consentimiento por escrito. Nunca pensé que fueran tantos [...] todavía lloro, pero he aprendido a no pensar [...]

En la anterior narración, la encuestada se refiere a un tema de vital importancia: el destino que pueden tener los embriones que hayan sido congelados. Comentaba “[...] decirle al doctor que sólo fertilizara los óvulos que me pudiera introducir, no funcionó [...]”. No se puede deducir qué es lo que pasó exactamente, pero la realidad del destino incierto para los embriones queda latente.

Una tercera narración permite observar un caso diferente de un encuestado, cuya pareja se sometió a cuatro inseminaciones artificiales y cuatro tratamientos de FIVET y finalmente obtuvieron de un embarazo, dos hijos nacidos:

Es muy difícil la determinación, pero creo, estoy seguro de que es la mejor. No me arrepiento “de nada”. Si la ciencia se aplica para otras cosas, ¿por qué no para dar vida? Estoy feliz con mi familia.

La siguiente narración nos deja ver parte del dilema y de las diversas posibilidades que hay en cuanto al destino que pueden tener los embriones que se congelan:

Considero importante que toda pareja con dudas morales al respecto se documente respecto a lo siguiente: los médicos, antes de provocar la fecundación (entre espermias y óvulos), te preguntan si vas a querer fecundar todos. Es una pregunta muy difícil porque si dices que sí, pueden generarse muchos embriones (teniendo que enfrentarte luego a la decisión de destrucción); si dices que no, puedes estar disminuyendo en forma importante tus posibilidades de embarazo.

Lo más normal es que la pareja se preocupara por implantarse los embriones que tuviera congelados, bien sea porque en tratamientos anteriores no obtuvieron un resultado positivo y tienen la posibilidad de hacerlo sin tener que comenzar un tratamiento desde el principio, o bien porque la pareja hizo el compromiso de no dejar ningún embrión congelado. Ése es el caso de las siguientes narraciones:

Me sentí muy liberada de cargo de conciencia cuando supe que los embriones que quedaron no sobrevivieron, pues eso quería decir que no quedaría ninguno congelado. Eso sí me perturbaba.

Cuando me realicé las tres ICSI, estaba consciente de que si quedaban embriones congelados, aunque quedara embarazada, pediría que me los transfirieran posteriormente para darles una oportunidad.

Estas dos narraciones no dejan de tener matices que apuntan a reflexiones más profundas. En la primera narración existe una preocupación por los embriones que pudieran quedar congelados, pero existe una liberación del cargo de conciencia al enterarse de que los embriones no sobrevivieron. En la segunda, parece que la intención de darles una oportunidad no se ajusta exactamente a la finalidad de ser padres ante todo. Son realidades con matices delicados, que no es el propósito profundizar en esta investigación.

Existen otros escenarios que de una manera no prevista pudieran presentarse, tales como la separación, el fallecimiento del cónyuge, la carga de los costos de mantenerlos congelados o el que los tratamientos resultaran positivos y ya no se deseara la implantación de los que están congelados.

Estas situaciones pueden presentar diversos matices, que aportan una carga de sensibilidad, ternura y dramatismo considerable. Tal es el caso de estas dos narraciones que se presentan a continuación y que, podemos suponer, las parejas nunca hubieran pensado vivir.

Quisiera expresar que espero que este cuestionario ayude a todos sobre la información completa que se debe tener antes de realizarse una TRA, ya que yo no la tuve. Mientras, mi bebita nació con malformaciones y después de cuatro meses de mucho dolor regresó al cielo, hace seis meses. Yo me siento muy mal, pero a la vez tranquila porque ella estaba sufriendo mucho, pero ahora tengo otra confusión, no sé qué hacer con los otros siete embriones congelados, pues no quiero donarlos, ni que los destruyan, pero también me da miedo que estén mal genéticamente y que venga otro bebé malito, además que no sé cómo asegurarme de que son míos pues nunca firmé nada ni tengo ningún papel [...]

La segunda narración la hemos tomado de un artículo del periódico *El Clarín*:

Silvina y Matías [...] lograron, mediante una FIV, producir siete embriones. Cuatro se transfirieron en dos intentos. El último fue exitoso. Resultó una nena que hoy está en primer grado. El resto de los embriones quedó en criopreservación. Luego Silvina quedó embarazada otra vez [...]. Quería retirar sus embriones: no podía seguir pagando la cuota y ya no los necesitaba. Sus médicos la invitaron a cambiar de idea. Admite que sintió miedo; pensó que uno nunca tiene el futuro asegurado. Y no lo hizo. Pero dejó de abonar la cuota. Acumuló una deuda que hoy le es imposible afrontar. “Si dono mis embriones me la condonan, porque los que los reciban la asumen como gastos —explica Silvina—. Y si quiero retirarlos para decidir yo el destino que les doy, tengo que pagar lo que debo. Pero no tengo con qué, ya son más de dos mil pesos.” No tenían ningún plan B. “Llegamos ahí con tantas ganas de tener hijos [...] y sin poder. Congelamos embriones sin pensar en cómo sería, si llegaba, el día en que ya no los precisáramos yo ni lo pregunté; no es fácil expresar que uno podría querer deshacerse de ellos. Silvina y Matías (estos nombres no son reales) cedieron sus embriones por problemas económicos.

Otros posibles destinos para los embriones congelados son la donación a una pareja infértil, el entregarlos para la investigación o su destrucción.

En relación con los costos de las TRA y como información adicional a lo ya expuesto en este apartado, se añaden dos reflexiones finales.

La primera reflexión está en relación con los costos de las TRA en México. Los costos de la FIVET y/o ICSI, según datos de los encuestados o de aquellos que na-

rraron sus experiencias, dependiendo de las clínicas y de los medicamentos que tengan que aplicar, fluctúan entre 50,000 y 90,000 pesos. Transferencia de embriones entre los 12,000 y 15,000 pesos y la selección de sexo 40,000 pesos más. La FIVET con donación de óvulos está sobre los 100,000 pesos.

Los costos de la inseminación artificial, dependiendo de los medicamentos, de la ciudad y de la oferta y demanda que haya, pueden estar en el rango de los 7,000 y 12,000 pesos.

Es interesante mostrar parte de la conversación, otra vez coloquial, de un foro de discusión en el que una mujer pregunta sobre el costo de la inseminación artificial. También se habla del número de intentos que le recomiendan, así como otros detalles interesantes (los nombres, ciudades y clínicas han sido omitidos):

Me hizo mi gine una IA y me costó \$9,000 más mi medicamento (Omifin y Choragon), mis dudas son, ¿está el costo en promedio?

Me reinseminó al día siguiente y me cobró la mitad, ¿esto es normal?

La última y más importante: ¿a los cuántos intentos de inseminación les dio positivo?

A mí una IA me salía carísima, aproximadamente \$20,000, pues usaban medicamento muy caro, pues era baja respondedora [para ovular] [...]. A mí también me hacían dos inseminaciones en cada ciclo, pero ahí iba incluido todo [...]

Me acabas de dejar sorprendida con el precio, a mí me cobraron \$19,000, incluyendo los medicamentos y los ultrasonidos, aparte los análisis de laboratorio. Acabo de pasar por mi segundo intento y el médico que me atiende dice que máximo son cinco IA.

¡Es caríiiiiimo! lo que te están cobrando, a mí me cobraron el año pasado \$1,000 la pura inseminación, aparte de lo que gasté de medicamento, ultrasonidos, análisis etc., que fueron aproximadamente como unos \$12,000.

[...] en este año, \$1,500 aproximadamente la pura inseminación [...] ya aplicándome un 20% de descuento con una membresía que adquirí en ese hospital, y aparte los ultrasonidos, análisis, medicamentos, etc.

[...] y pues sólo hay dos especialistas en toda la región, así que cobra \$10,000. Pero sé que en lugares donde hay más doctores, cobran menos e igual si es un especialista pero que no tiene su propia clínica, también te cobra menos [...]. No sé si me expliqué.

El máximo de IA son cinco, después pasas a alta complejidad (FIV o ICSI).

[...] me salió como en \$9,000 aproximadamente, con todo y medicamento y capacitación espermática (muestra de laboratorio).

[...] sólo llevo una inseminación y me salió sólo el procedimiento en \$5,000 (esto incluye la capacitación), aparte el medicamento [...], los ultrasonidos. En total gasté como \$10,000 y, hasta donde recuerdo, no me hicieron otra al día siguiente, únicamente nos recomendó el doctor que, si se podía, tuviéramos relación, pero nada más. No te preocupes de cuantas IA son necesarias [...]. Mejor relájate.

[...] mi última IA me salió como en \$7,000, ya con el medicamento y fueron dos inseminaciones.

A mí me salió entre \$8,000 y \$9,000 ya con medicamentos [...] Pues nosotros en esta IA nos gastamos cerca de los \$15,000, pero ya viene incluido medicamento, monitoreo de ovulación, consultas, capacitación espermática y procedimiento.

(.) acabo de tener mi inseminación (.) el costo fue de \$1,600, incluyendo la capacitación espermática, una primera consulta que me costó \$500, y dos monitoreos de \$300, a parte, claro, la medicina, que fueron más o menos \$5,000 pesos [...]

Mira, me acabo de inseminar [...] por cierto estoy muy triste, porque empecé a manchar el 23 y hoy 26 es abundante y gasté aproximadamente \$8,000.

También se observan algunas narraciones en las que se externalizan algunas impresiones negativas sobre el personal de la clínica o médicos especialistas, por su excesivo interés económico y, por el contrario, un mínimo interés por otros factores que van más en relación con el bien de la persona.

Un gran negocio y muchos médicos no tienen interés en conocer los problemas reales de la pareja, sino hacer *in vitro* a toda costa [...]

[...] también considero que los tratamientos son muy caros, estresantes y que es un negocio muy grande, lamentablemente pienso que algunas de las inyecciones deberían ser más accesibles ya que no todos pueden acceder [...]

Lamentablemente la infertilidad se presta para que muchos doctores se aprovechen de las parejas y de su deseo de ser padres, para abusar de ellas económicamente.

Definitivamente, esta clínica sabe cuál es su negocio y lo hacen muy bien, ya que saben qué fibras tocar.

Hay clínicas de fertilidad como “X” donde la atención es profesional y ética, y otras como “XX” que sólo buscan el lado económico.

En mi experiencia hay falta de ética en los médicos, sólo buscan su bienestar económico y no el de los pacientes [...]

En las consultas médicas les comentaba que prefería tratamientos que no implicaran inseminación o *in vitro*, pero eso les hacía perder interés [...]

Entonces, el siguiente paso era la implantación de un óvulo fecundado por mi esposo de una donante anónima [...]. Dicho tratamiento era muy caro para nosotros, cerca de \$100,000, por lo que pedimos un crédito y sólo se nos facilitó el 50%. Se lo mencioné al doctor y él nos pedía que tratáramos de conseguir por otro lado, pero nosotros no queríamos comprometernos económicamente. Reflexionamos y nos dimos cuenta de que estaban lucrando con nuestra situación, ya que el médico perdió interés en nuestro caso y ya no nos buscó más [...]

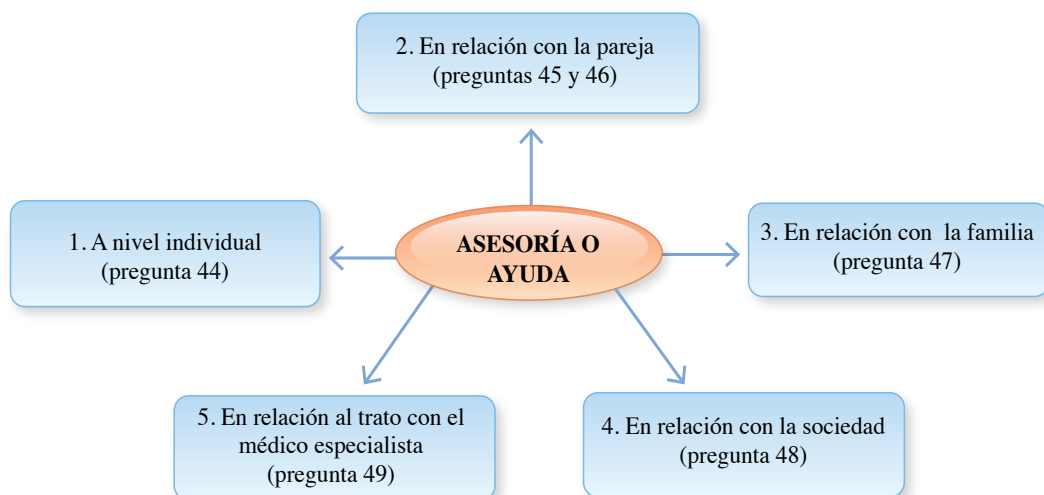
Para abaratar los costos de la ovodonación, te dicen que hay un programa para pagar entre dos la ovodonación [...] lo cual acepté; sin embargo, aunque suene cruel, me dieron sólo tres óvulos, debieron darme cinco o seis mínimo, ya que cuando a una donante la hiperestimulan da como resultado mínimo 11 a 12 óvulos. Esto lo sé porque yo leí mucho en internet. Entonces, el resultado es que los 2,000 dólares se convirtieron en 4,000 para el doctor que repartió los óvulos a cuatro pacientes, pero le cobra a una como si sólo fuese entre dos el pago de la ovodonación [...]

[...] lo más seguro es que jamás haya estado embarazada y que ese “aborto” haya sido en realidad mi menstruación y que el médico [...] me cobró lo que quiso [...]. Y pensar que su consultorio está repleto, qué pena.

Este tema se ha expuesto en anteriores partes de este estudio y se retomará como una de las líneas centrales de esta investigación.

3.5 GRADO O ÍNDICE DE ASESORÍA (APOYO RECIBIDO) (SECCIÓN 5)

ESQUEMA 3.3. MAPA CONCEPTUAL DEL CUESTIONARIO



Especifica el apoyo y ayuda que los individuos de la muestra recibieron a nivel personal, en relación con la pareja, con la familia, con la sociedad y con el médico especialista, en la toma de decisiones.

3.5.1 A nivel individual

Apoyo y ayuda psicológica que el sujeto recibe para afrontar los aspectos personales como autoestima, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión, etc., sobre los aspectos técnicos de las TRA, sobre las implicaciones psicológicas de un fracaso en las TRA, sobre la posibilidad de la adopción y sobre los aspectos morales-éticos.

En primer lugar, se preguntó acerca de la ayuda psicológica que recibió el encuestado a nivel personal en los aspectos antes mencionados. La distribución de los resultados se presenta en la tabla 3.59 (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

TABLA 3.59. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN, RESIGNACIÓN [...], QUÉ TANTA AYUDA PSICOLÓGICA RECIBISTE A NIVEL INDIVIDUAL

Reactivo	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Media
Sobre los aspectos personales: autoestima, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión [...] (n=461)	64.2%	20.0%	12.4%	3.5%	1.55
Sobre los aspectos técnicos de las TRA (n=455)	60.4%	22.9%	13.2%	3.5%	1.6
Sobre las implicaciones psicológicas que podría tener un fracaso en las TRA (n=452)	67.7%	21.2%	7.5%	3.5%	1.47
Sobre la posibilidad de adopción (n=459)	54.0%	22.7%	13.7%	9.6%	1.79
Sobre los aspectos morales-éticos (n=448)	59.8%	16.5%	15.0%	8.7%	1.73
Otra	El 11.3% de la muestra total (n=566) mencionó algún otro aspecto				

Si analizamos los datos de esta tabla, se desprende inmediatamente que la ayuda que recibieron los encuestados fue muy baja: los porcentajes de quien no recibió ningún tipo de ayuda van del 54.0% “sobre la posibilidad de la adopción” al 67.7% “sobre las implicaciones psicológicas que podría tener un fracaso en las TRA”.

Si a estos porcentajes le añadimos los porcentajes de los que recibieron poca ayuda, éstos oscilan entre el 76.3% “sobre los aspectos morales-éticos” al 88.9% “sobre las implicaciones psicológicas que podría tener un fracaso en las TRA”.

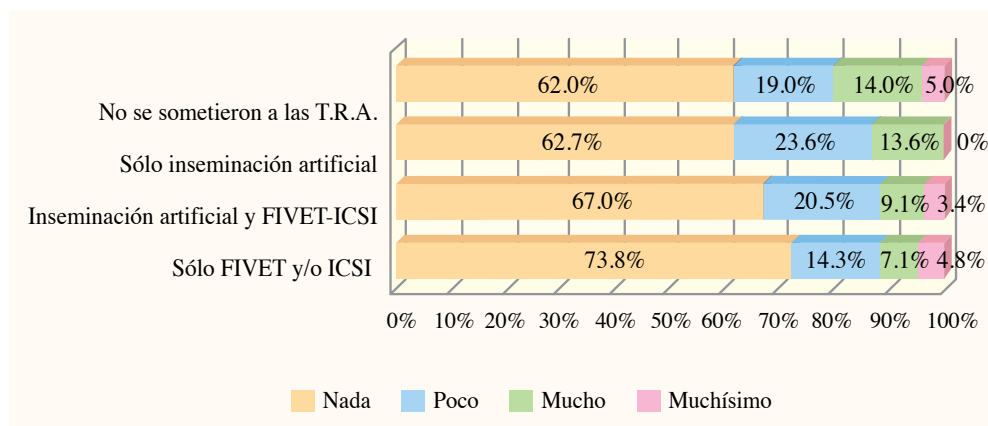
Con el fin de conocer las posibles diferencias entre los diversos grupos de análisis, en las tablas 3.60-3.62 y en las gráficas 3.23 y 3.24 se presentan los resultados en relación con cada uno de los reactivos:

1. “Sobre los aspectos personales: autoestima, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión [...]” (gráfica 3.23), no existen diferencias significativas.

Lo más resaltable es el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, donde el 73.8% no recibió ningún tipo de ayuda a nivel individual sobre un 64.2% de la me-

dia. Y el grupo de los que no se sometieron a las TRA recibió una asesoría mayor en relación con los demás grupos: si sumamos los porcentajes de “mucho” y “muchísimo”, obtenemos un 19.0% contra un 13.6%, 12.5% y 11.9% de los demás grupos.

GRÁFICA 3.23. SOBRE LOS ASPECTOS PERSONALES: AUTOESTIMA, SENTIMIENTOS DE CULPA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN [...]



2. “Sobre los aspectos técnicos de las TRA” (tabla 3.60), los que no recibieron “nada” o “poca” ayuda (83.3%), este porcentaje disminuye en los grupos de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI (70.5%) y de los que se sometieron sólo a FIVET-ICSI (72.1%) y aumentan en los grupos de los que no se sometieron a las TRA (88.8%) y de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial (87.3%).

De nuevo el aspecto que más resalta son los altos porcentajes de los que no recibieron o recibieron poca ayuda.

TABLA 3.60. SOBRE LOS ASPECTOS TÉCNICOS DE LAS TRA

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	68.2%	20.6%	8.9%	2.3%	214
Sólo inseminación artificial	56.4%	30.9%	11.8%	0.9%	110

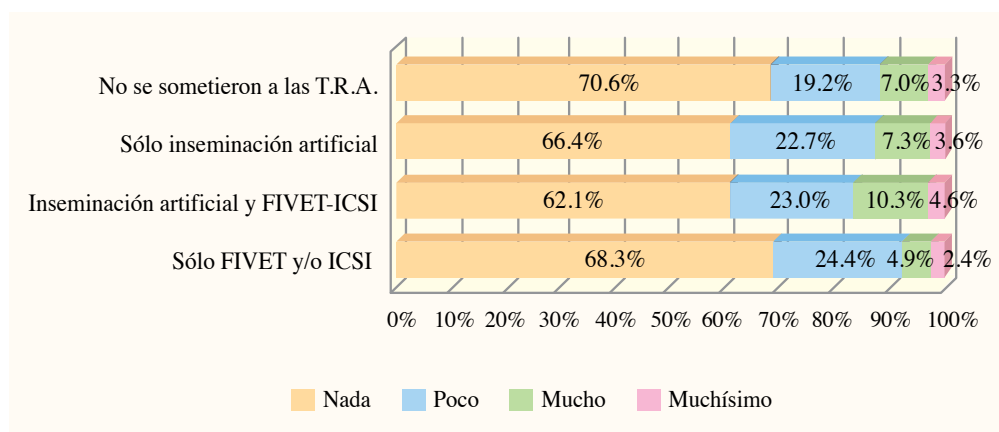
Tabla 3.60 (continuación)

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	48.9%	21.6%	20.5%	9.1%	88
Sólo FIVET y/o ICSI	55.8%	16.3%	23.3%	4.7%	43
Total	275 60.4%	104 22.9%	60 13.2%	16 3.5%	455 100%

3. “Sobre las implicaciones psicológicas que podría tener un fracaso en las TRA” (gráfica 3.24). No existen diferencias significativas entre los grupos. Los porcentajes de no haber recibido o haber recibido poca información oscilan entre el 85% y 92%.

A este respecto, dichos porcentajes corroboran las narraciones de los encuestados, que expresan su desequilibrio emocional al haberse sometido a alguno de los tratamientos cuyo resultado fue negativo en la mayoría de los casos.

GRÁFICA 3.24. SOBRE LAS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS QUE PODRÍA TENER UN FRACASO EN LAS TRA



4. “Sobre la posibilidad de la adopción”, los porcentajes son parecidos a los de los reactivos anteriores (tabla 3.61).

TABLA 3.61. SOBRE LA POSIBILIDAD DE LA ADOPCIÓN

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	50.7%	22.4%	15.5%	11.4%	219
Sólo inseminación artificial	50.5%	28.8%	14.4%	6.3%	111
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	60.9%	18.4%	10.3%	10.3%	87
Sólo FIVET y/o ICSI	66.7%	16.7%	9.5%	7.1%	42
Total	248 54.0%	104 22.7%	63 13.7%	44 9.6%	459 100%

5. “Sobre los aspectos morales-éticos” existen diferencias entre los grupos (tabla 3.62), siendo los porcentajes de los que no recibieron nada de ayuda el 56.5% y 58.3%, para los dos primeros grupos respectivamente, y el 65.5% y 69.0% para los dos segundos, respectivamente. Por lo que ve a los que recibieron mucha o muchísima ayuda, se observan algunas diferencias significativas entre los grupos: 29.9% y 22.2% para los dos primeros grupos, y 14.3% y 14.3% para los dos segundos.

TABLA 3.62. SOBRE LOS ASPECTOS MORALES-ÉTICOS

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	56.5%	13.6%	18.7%	11.2%	214
Sólo inseminación artificial	58.3%	19.4%	13.9%	8.3%	108
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	65.5%	20.2%	8.3%	6.0%	84
Sólo FIVET y/o ICSI	69.0%	16.7%	11.9%	2.4%	42
	268	74	67	39	448
Total	59.8%	16.5%	15.0%	8.7%	100%

Como reflexión de este primer apartado, se pueden señalar los siguientes aspectos:

1. Los grupos de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, tuvieron solamente un mayor porcentaje de asesoría “sobre los aspectos técnicos de las TRA”.
2. Sobre los aspectos morales-éticos, los grupos tercero y cuarto tuvieron una asesoría menor.
3. Lo que más resalta, no son las diferencias que existen entre grupos, sino la escasa ayuda que a nivel individual recibieron los encuestados. Esta observación está en consonancia con las narraciones de las secciones anteriores.
4. Existen algunas narraciones de los encuestados que viven el proceso de modo individual, pero la mayoría, como veremos en la siguiente sección (3.5.2), es un acontecimiento que fundamentalmente lo vive la pareja, ya sea para afrontar los problemas entre ellos, ya sea para afrontar las situaciones que viven con la familia y la sociedad.
5. Se presentan algunas narraciones que se refieren a un hecho que afecta más a la mujer que al hombre y que está relacionado con los aspectos hormonales y tratamientos de la FIVET-ICSI. Dichas situaciones les hacen vivir sentimientos de presión muy fuertes que reciben por parte de la familia o de la sociedad en general, como viene expresado en la segunda y tercera narración:

[...] lo que yo como mujer más necesitaba era la atención psicológica para saber manejar, además del cocotal de hormonas de mi cuerpo, los sentimientos del momento en que llegaba la menstruación. También necesité más argumentos para defenderme ante la sociedad del porqué no quisimos utilizar métodos más avanzados como el GIFT y IVF [...]

Desde mi experiencia, hace mucha falta ayuda psicológica desde el momento que eres consciente del problema de fertilidad y, sobre todo, cuando te sometes [a] algún TRA: yo dejé mi empleo y me distancié de mis amistades y de la sociedad. Hoy afortunadamente está superado, con algunos altibajos.

Hace seis meses comencé con ayuda psicológica, lo cual me ha ayudado mucho, pero sigo en proceso de entender y asimilar lo que me pasa.

3.5.2 En relación con la pareja

Modo de afrontar el problema de infertilidad como pareja y ayuda psicológica que recibieron como pareja en cuanto a los procedimientos de las TRA, el trato con la pareja, familia, sociedad y la posibilidad de considerar la adopción o acudir a una clínica de fertilidad.

3.5.2.1 Reacción como pareja ante su situación concreta de infertilidad

Modo de afrontar el problema de infertilidad como pareja.

A nivel de pareja, se les pidió a las personas encuestadas que contestaran “sí” o “no” a diversas situaciones que les pudieron ocurrir, cuando se enteraron de su problema de infertilidad. Los resultados fueron los siguientes:

- ◆ El 44.4% afirmó en un principio no saber cómo afrontar la situación (21.6% no respondió al reactivo).
- ◆ El 42.0% no supo a quién acudir (21.4% no respondió al reactivo).
- ◆ El 23.9% afirmó que, en un principio, surgieron problemas en la relación (21.7% no respondió al reactivo).
- ◆ El 90.7% afirmó haber dialogado francamente como pareja y haber llegado a un acuerdo (16.3% no respondió al reactivo).

Dividiendo la muestra en los grupos de análisis, no existen diferencias significativas. Lo más destacado de estos datos es que el 90.7% de los encuestados lo dialogó con su pareja y llegó a un acuerdo, aunque en un primer momento les pudo crear un problema (23.9%) o no supo cómo afrontar su situación (44.4%).

El 39.6% (224) de la muestra total (566) indicó que había recibido alguna ayuda de otra persona y fue mencionada en el cuestionario. Se realizó un recuento de las personas, grupos o instituciones que les ayudaron y las catalogamos en la tabla 3.63. No se muestran diferencias significativas entre los grupos, a excepción de las que se marcan en negritas:

TABLA 3.63

	No TRA	IA	IA+FIVET	FIVET	TOTAL
Amigos	16.3%	14.9%	17.1%	21.0%	
Sacerdote-Asesores espirituales	29.3%	12.8%	25.8%	21.0%	
Psicólogo	10.4%	21.3%	11.4%	0.0%	
Dios	6.5%	14.9%	5.7%	5.4%	
Doctores-Ginecólogos	15.5%	17.5%	20.0%	15.8%	
Familia	15.5%	17.5%	17.1%	15.8%	
Asociaciones o grupos de ayuda	6.5%	2.0%	2.9%	21.0%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	224 100%

3.5.2.2 Ayuda recibida como pareja

Ayuda psicológica que recibieron los sujetos como pareja en cuanto a los procedimientos de las TRA, el trato con la pareja, familia, sociedad y la posibilidad de considerar la adopción o acudir a una clínica de fertilidad.

Se preguntó acerca de la ayuda psicológica que recibieron como pareja en diversos aspectos. La distribución de los resultados se presenta en la tabla 3.64 (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

TABLA 3.64. QUÉ TANTA AYUDA PSICOLÓGICA RECIBIERON COMO PAREJA

Reactivo	Nada	Poca	Mucha	Muchísima	Media
En los procedimientos de las TRA (n=454)	77.8%	15.2%	5.5%	1.5%	1.31
En relación con la pareja (n=462)	71.0%	15.4%	9.5%	4.1%	1.47
En el trato con la familia (n=462)	70.1%	17.1%	9.3%	3.5%	1.46
En la relación con la sociedad (n=461)	73.5%	15.8%	8.5%	2.2%	1.39
Sobre la posibilidad de considerar la adopción (n=464)	57.5%	21.8%	12.3%	8.4%	1.72
Sobre la posibilidad de acudir a una clínica de fertilidad (n=460)	62.0%	19.8%	13.5%	4.8%	1.61

De nuevo, lo que sobresale son los elevados porcentajes de la escasa ayuda, muy similares a los porcentajes de la ayuda que recibieron a nivel individual.

Al dividir la muestra por grupos, no se encontraron diferencias significativas en los cuatro primeros y el sexto reactivo.

Sólo en el reactivo quinto sobre la “posibilidad de considerar la adopción” (tabla 3.65), encontramos diferencias significativas entre los grupos. El 28.6% del grupo de los que no se sometieron recibió mucha o muchísima ayuda. Mientras que para los restantes grupos el porcentaje fue del 15.3% para el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial; y para los grupos de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, un 13.4% y 7.5% respectivamente.

Estas diferencias son lógicas, ya que los que no se sometieron a las TRA se entiende que buscarán más una asesoría o ayuda para la adopción.

TABLA 3.65. SOBRE LA POSIBILIDAD DE CONSIDERAR LA ADOPCIÓN

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	49.6%	21.9%	18.3%	10.3%	224
Sólo inseminación artificial	61.3%	23.4%	7.2%	8.1%	111
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	65.2%	21.3%	6.7%	6.7%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	75.0%	17.5%	5.0%	2.5%	40
Total	267 57.5%	101 21.8%	57 12.3%	39 8.4%	464 100%

Como resultado de lo observado en esta sección, se puede concluir que la asesoría se busca principalmente en pareja, aunque en un principio pudieran no saber cómo afrontar alguna cuestión o incluso les hubiera creado algún problema, como es el caso de la siguiente narración:

Creo que debería profundizarse más la relación de la pareja antes, durante y después de los tratamientos para la infertilidad [...] ya que creo que, dependiendo de los tratamientos y la duración de los mismos, la pareja queda gravemente afectada, tanto que hasta puede ya no haberla. El sentirse utilizado como objeto para alcanzar un fin, el que uno de los dos quiera proseguir y el otro no, los tratamientos hormonales que afectan el carácter, etc.

A los involucrados en la siguiente narración, por el contrario, la experiencia les consolidó como pareja y les ayudó para dirigirse al camino de la adopción:

Hoy estamos plenamente convencidos de que el camino de la infertilidad fue difícil, hubo incompreensión, falta de solidaridad de nuestras familias, de la sociedad. Pero afianzó nuestra relación de pareja y nos preparó para enfrentar el reto de la adopción.

Cuatro de cada diez encuestados (39.6%) buscaron algún tipo de ayuda y ello está reflejado en la tabla 3.63. Esto no implica necesariamente que hayan recibido la asesoría adecuada por parte de las personas o instituciones a las que acudieron.

Respecto al porcentaje de los que recibieron poca o ninguna ayuda, oscila entre el 79.3% para el reactivo 5 y el 93.0% para el reactivo 1 (tabla 3.64).

En la siguiente narración se observa que la ayuda psicológica es una necesidad, sobre todo en la parte emocional para no poner en riesgo la estabilidad del matrimonio:

Creo que las parejas que pasamos por esta difícil situación, en la mayoría de las casos nos encontramos completamente solas [...] y considero que es mucho más importante recibir ayuda en lo emocional que en lo físico, pues el estrés y todo el conjunto de emociones que la infertilidad desata son tan fuertes que pueden terminar en divorcios o el deseo de perder la vida.

Otras narraciones muestran la necesidad de la asesoría en general, la dificultad en encontrarla y en ocasiones cuando se tuvo, la poca efectividad de dicha asesoría para responder a los cuestionamientos y dudas de la pareja, y así asimilar la etapa que estaban viviendo:

Nunca consideramos la necesidad de una ayuda psicológica después de los fracasos en los diferentes tratamientos y, con el paso del tiempo, sé que hubiera sido de mucha utilidad.

Creo que de haber tenido oportunamente información sobre las implicaciones médicas, sociales, morales nos hubiéramos ahorrado muchos caminos y momentos [...]

No quisiera dejar de decirle que, en nuestro caso, la prueba más dura de todas ha sido la parte psicológica y ésta es en la que siempre nos costó más trabajo encontrar ayuda.

[Nos hubiera ayudado que], al momento de acudir al doctor y descubrir que había un impedimento parcial o total, nos orientaran con un profesional para asimilar

esta etapa y superarla sin que nos presionen comentarios de otros, es decir, que nos apoyaran psicológicamente, porque en ocasiones se nos juzga por el hecho de no poder tener hijos, en una forma equívoca y esto nos lastima, y con ayuda profesional estaríamos aptos para responder preguntas o comentarios o sobre todo aceptar o asimilar la etapa que vivimos.

[...] nos recomendaron una psicóloga para que nos ayudara con el proceso de no poder concebir, pero en realidad a mí no me fue de mucha ayuda.

3.5.3 En relación con la familia y la sociedad

Ayuda que el sujeto recibe por parte de la familia para afrontar diversos eventos familiares o de la sociedad.

3.5.3.1 Percepción del apoyo familiar

Ayuda que el sujeto percibe de parte de la familia.

Con el fin de conocer qué tan apoyados se sintieron los encuestados por parte de su familia, la tabla 3.66 recoge los resultados obtenidos al responder a esta pregunta.

Un 57.6% afirma haberse sentido apoyado totalmente por su familia y un 22.6% no involucraron a la familia. Este último porcentaje indica que casi uno de cuatro encuestados mantiene su problemática de infertilidad como algo propio, al margen de los familiares.

TABLA 3.66. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN, RESIGNACIÓN [...], ¿TE SENTISTE APOYADO POR TU FAMILIA?

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	14	3.0%
Muy poco	22	4.6%
No tanto como hubiera querido	58	12.2%
No los involucré	107	22.6%
Totalmente	273	57.6%
Total	474	100%

Dividiendo los grupos, nos encontramos algunas variaciones en cuanto a los grupos de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, en donde aumenta el porcentaje de haberse sentido totalmente apoyados por la familia a un 65.9% y 64.3% respectivamente. En los otros dos grupos no se observan diferencias significativas.

No se debe equiparar el apoyo que sientan de la familia con la eficacia de dicha ayuda. Esto se tratará en el siguiente apartado.

A continuación se presenta una carta extraída de un libro de experiencias, que también presenta diversas alternativas, dentro del proceso, para poder ser padres.

En este caso se trata de una carta escrita por una pareja que tiene problemas de fertilidad con la finalidad de decir a sus familiares y amigos la forma como quisieran ser tratados. Como indica la autora, esta carta es parte de la inspiración de la pareja, parte copiadas de otros documentos, pero lo importante es la finalidad con la que fue creada. Para nuestra investigación, se sigue profundizando lo expuesto en el apartado 3.3.6, en cuanto a las sensaciones que le produce a una pareja su problema de infertilidad. Se ofrecen varios fragmentos de la carta:

A nuestra familia:

Nosotros queremos pedirte que ores por nosotros, ya que vamos a intentar una vez más con métodos asistidos tener un bebé, los métodos asistidos son en los que intervienen las manos de médicos. Ya nos hemos sometido a cuatro inseminaciones intrauterinas, las cuales, por desgracia, no dieron el resultado positivo que nosotros queríamos.

Esta vez intentaremos la ICSI, que en términos demasiado sencillos se trata de que a Martha la estimulen médicamente para que pueda producir muchos óvulos. Normalmente puede haber uno, dos o tres óvulos, pero en esta ocasión la harán que produzca muchos. ¿Cuántos? Pueden ser desde nueve hasta 24 óvulos de un tamaño mayor de 20 mm, los cuales los sacarán por medio de micro pinzas (previa anestesia).

A estos óvulos les implantarán los espermias de Héctor (que habrá extraído previamente) y habrá que esperar 24 horas para saber cuántos se fertilizaron. Aquí es donde todo está en manos de Dios (bueno, en realidad, todo el proceso, aunque en otras partes está en manos de los médicos). De esos nueve o 24 puede que se fertilicen muchos óvulos, pero habrá que ver que sean de buena calidad, ya que los dejarán madurando de 2 a 7 días, en los cuales pueden morir algunos, muchos o todos.

En caso de que sean 1, 2 o 3 embriones los que hayan sobrevivido a esta etapa, se procederá a la implantación o transferencia [...] se parece a la inseminación

intrauterina, pero un poco más “a fondo”, aunque en la inseminación intrauterina todo es “en vivo”.

En caso de que sobrevivan más de tres embriones (se llaman así porque ya están unidos óvulos con espermias), no van a implantar más de tres, sino que Martha y Héctor han decidido que se van a congelar, para que si en esta ocasión falla la ICSI, puedan volver a realizar el procedimiento sin estimular el organismo de Martha otra vez. En caso de no sobrevivir ningún embrión, todo habrá sido en vano.

Y después de 15 días de haber transferido los embriones, se hará una prueba en la que se verá si funcionó o no funcionó la ICSI [...]. La probabilidad de que esta ICSI funcione es de 61% [...]

Ahora entiendes por qué estamos tan “apurados”. Bueno, aunque en realidad, por si no lo sabías, ya llevamos cuatro años en la búsqueda de nuestro bebé. Son muchos los motivos para estar intentando método tras método. No podemos sentarnos a esperar un milagro que no sabemos si sucederá, tenemos que ayudar a Dios [...]

Queremos que entiendas que el proceso es muy doloroso, hay muchas inyecciones de por medio, muchos métodos en los cuales sientes la humillación a flor de piel (aunque para todos los médicos es de lo más normal). Hay mucha tensión, porque a cada momento pueden ocurrir cosas que hagan que se cancele la transferencia y todo el esfuerzo y el dinero haya sido en vano.

Pero vamos a luchar, no nos vamos a quedar con las manos cruzadas. No sabemos si va a ocurrir o no, si Dios nos va a mandar un(os) bebé(s) o no, pero al menos lo estamos intentando [...]

Por todo este mar de confusiones, esperas, dolores físicos, esfuerzos titánicos, viajes continuos o estancias lejanas, queremos que entiendas que no sabemos cómo vamos a reaccionar a un resultado negativo [...]. Si te contáramos paso a paso todo lo que ya hemos hecho para poder tener un bebé, realmente te sorprenderías de que tuviéramos fuerzas para intentar esta prueba máxima, aunque si es positivo, ya sabrás, todo será felicidad, por fin habremos tenido el fruto de nuestro gran trabajo, estaremos realmente vueltos locos de alegría.

Pero si no, si resulta negativo, no podemos imaginar cómo vamos a reaccionar. Posiblemente haremos todo nuestro esfuerzo por tratar de aparentar que las cosas están bien [...]. Pero tampoco queremos pensar en eso ahora porque aunque las probabilidades indiquen que también podemos fallar, queremos poner toda la fe en Dios y orar para que nos ayude a que por fin llegue un bebé a nuestro hogar [...]. Con cariño.

MARTHA Y HÉCTOR

3.5.3.2 En relación con la familia y la sociedad

Ayuda que los sujetos recibieron para afrontar diversos eventos familiares o comentarios de la sociedad.

Con el fin de determinar la ayuda que los encuestados recibieron por parte de su familia y de la sociedad, se crearon tres reactivos que describen tres situaciones específicas a las que, frecuentemente, se enfrentan las parejas en su vida cotidiana y la asistencia que recibieron para poderlas afrontar. Se empleó una escala Likert de 4 intensidades. Los resultados se muestran en la tabla 3.67 (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

TABLA 3.67. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿RECIBISTE AYUDA PARA ENFRENTAR ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES O COMENTARIOS?

Reactivo	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Media
Eventos en que estaban presentes los hijos de tus hermanos u otros familiares y amigos (n=465)	61.9%	15.3%	15.7%	7.1%	1.68
Comentarios asegurando que “en otras partes ya se consigue embarazar a cualquier mujer por medio de diferentes tratamientos” (n=469)	46.3%	24.1%	22.0%	7.7%	1.91
O que “conocemos a parejas que lograron tener un hijo por estos tratamientos” (n=466)	39.7%	22.1%	26.6%	11.6%	2.1

Existe una diferencia en cuanto al primer reactivo, en el que se describe una situación muy frecuente, como son los eventos en los que están presentes los hijos de los hermanos (los sobrinos), familiares y amigos: un 61.9% no recibieron ningún tipo de asesoría para poderlos enfrentar y un 15.3% recibieron poca ayuda.

En el caso de los otros dos reactivos, los porcentajes de los que no recibieron ningún tipo de ayuda, disminuyen al 46.3% y 39.7% y los porcentajes de las que recibieron poca ayuda son del 24.1% y 22.1%.

Si se divide por los grupos de análisis, existen algunas diferencias significativas y se presentan los resultados en las tablas 3.68-3.70.

**TABLA 3.68. EVENTOS EN LOS QUE ESTABAN PRESENTES
LOS HIJOS DE TUS HERMANOS U OTROS FAMILIARES O AMIGOS**

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	60.1%	18.0%	14.0%	7.9%	228
Sólo inseminación artificial	57.8%	16.5%	20.2%	5.5%	109
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	65.2%	11.2%	16.9%	6.7%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	76.9%	5.1%	10.3%	7.7%	39
Total	288 61.9%	71 15.3%	73 15.7%	33 7.1%	465 100%

**TABLA 3.69. COMENTARIOS ASEGURANDO QUE “EN OTRAS PARTES YA SE CONSIGUE EM-
BARAZAR A CUALQUIER MUJER POR MEDIO DE DIFERENTES TRATAMIENTOS”**

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	46.7%	26.2%	21.0%	6.1%	229
Sólo inseminación artificial	38.2%	20.9%	28.2%	12.7%	110
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	51.7%	21.3%	18.0%	9.0%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	53.7%	26.8%	19.5%	0.0%	41
Total	217 46.3%	113 24.1%	103 22.0%	36 7.7%	469 100%

**TABLA 3.70. O QUE “CONOCEMOS A PAREJAS QUE LOGRARON
TENER UN HIJO POR ESTOS TRATAMIENTOS”**

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	39.9%	21.9%	29.4%	8.8%	228
Sólo inseminación artificial	33.3%	21.3%	27.8%	17.6%	108
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	43.8%	22.5%	18.0%	15.7%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	46.3%	24.4%	26.8%	2.4%	41
Total	185 39.7%	103 22.1%	124 26.6%	54 11.6%	466 100%

El grupo que recibió más asesoría es el de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, principalmente en los dos últimos reactivos.

Algunas narraciones de los encuestados ayudan a visualizar con mayor claridad los datos obtenidos.

En cuanto a las dos narraciones que se presentan a continuación, la primera menciona que no comparten su situación con las amistades por el miedo a sentirse señalados, cosa que les produce un gran dolor. Y en la segunda se aprecia el peso que puede tener la indiferencia o la ignorancia de los que están alrededor:

De hecho no lo hemos platicado con amistades, pues es algo que a mí me duele mucho y que los demás toman a burla, pues somos los únicos que no tenemos hijos. Esto yo no sé cómo manejarlo y creo que la sociedad en general debería de tener una mejor aceptación de las diferentes formas de vida en pareja en vez de presionar, pues no saben el daño que hacen.

Lo más difícil de enfrentar en el camino de la infertilidad, no es luchar contra mi propio cuerpo, los tratamientos, contra la montaña rusa de sentimientos [...]. Lo más difícil es luchar contra la indiferencia y la ignorancia de los que nos rodean.

Es interesante resaltar el grado de presión que los encuestados sienten por parte de los familiares y que puede ser más o menos objetivo. Por un lado, la necesidad de apoyo, cariño y comprensión y, por otro, los consejos desatinados y absurdos que en ocasiones reciben, como es el caso de las siguientes narraciones, la última sacada de un foro de infertilidad en internet:

Fue difícil los primeros años asimilar que somos una pareja especial, diferente, sobre todo porque nuestros familiares y amigos, y hasta cierto punto también nosotros, nos presionamos con la idea de tener un hijo como si esto nos hiciera mejores personas.

La sociedad es la que más te presiona a que como pareja tengas un hijo [...]. Todos quieren darte recetas, recomendarte doctores que en realidad no son adecuados, cuando ya vives un caso extremo de infertilidad [...]

Es un gran dolor que necesitas compartir con personas queridas, pero al mismo tiempo no sabes con quién desahogarte. Puede ser que tengas miedo hasta de tus propios papás y hermanos. Recuerdo cuando un familiar, muy cercano, acudió a nosotros para preguntar si íbamos a separarnos [...] ¡Como si nos hubiésemos casado pensando en el otro como si fuese una vaca o un semental! Son momentos en los que precisas apoyo, cariño, comprensión y ternura [...], y muchas veces sólo encuentras curiosidad y consejos estúpidos alrededor tuyo.

La vida es muy misteriosa, fíjense ahora que me siento así, viene mi vecina y me dice que quiere que sea madrina de bautizo de su bebé y llama mi cuñado a mi esposo y le dice también que quiere que seamos los padrinos de su bebé y yo con este dolor que no soporto. Mi alma me duele, no sé qué hacer más que pedirle a Dios que tenga piedad de mí y me dé fuerzas [...]

Es posible que la pareja no comente su problema con familiares y amigos, por no causarles una pena originada por la situación que están pasando:

La parte psicológica de todo el proceso es lo más difícil. Nosotros la vivimos solos. Nunca involucramos a nuestra familia cercana con el fin de evitarles compartir nuestro sufrimiento. Tampoco lo compartimos con nuestros amigos [...]

Por el contrario, algunos sintieron consuelo y comprensión, como se expresa en los siguientes comentarios, el segundo sacado de un foro en internet:

Recuerdo con agrado a ese buen amigo que el Día de la Madre se me acercó y me dijo: «¡Felicidades, mamá!, yo sé que llevas muchos hijos en tu corazón».

Yo conozco una señora preciosa que tiene varios hijos y se pudo embarazar fácilmente, esa señora me ha dicho “no pierdas jamás las esperanzas, dile a nuestro Señor: Señor tú sabes cuál es mi sueño, el deseo de mi corazón, si es para tu mayor gloria, concédemelo en el momento en que TÚ creas que es el mejor, lo pongo en tus manos”. La verdad muy pocas han sido las personas (a mi alrededor) como esta señora que ha sabido comprenderme [...] y me encantó que me dijo al final que siempre en sus oraciones y en sus rosarios ella pide mucho por las mujeres que no pueden embarazarse, para que Dios les conceda el deseo de ser mamás.

3.5.4 En relación con el trato del médico especialista

Ayuda y apoyo que los sujetos recibieron con el fin de poder solicitar un diagnóstico específico, las posibles terapias médico-quirúrgicas o asesoría para poder manifestar al especialista sus opiniones y recibir alternativas de solución afines a sus creencias y valores.

Con el fin de conocer si los individuos de la muestra recibieron la ayuda anteriormente expresada, se les preguntó sobre tres aspectos concretos:

- ♦ “Solicitar un diagnóstico específico”: 48.3% fue asesorada sobre este tema, (18.0% no respondió al reactivo).

- ♦ “Conocer las posibles terapias médico-quirúrgicas de acuerdo con el diagnóstico”: 48.0% se asesoraron sobre las posibles terapias a las que podían recurrir (18.7% no respondió al reactivo).
- ♦ “Manifestar al especialista tus convicciones para que pudiera ofrecerte alternativas afines a tus creencias”: el 42.5% tuvo la oportunidad de asesorarse y manifestar al médico sus opiniones (19.4% no respondió al reactivo).

Dividiendo la muestra por grupos, no se encontraron diferencias significativas como para ser mencionadas.

Ya se ha referido precedentemente el papel tan importante que el médico especialista puede tener para la pareja. Por ello es importante asesorarse antes de visitar a un médico, como se aprecia en la narración de la siguiente encuestada, que se sometió a cuatro inseminaciones artificiales y que al final ya no recurrió al intento de FIVET que el médico le proponía. Se observa la propuesta del médico y la inseguridad o titubeo de la encuestada ante sus propias convicciones:

Soy una persona muy católica que ha investigado todo en cuanto al *in vitro*, que es lo que ahorita me ofrece el doctor. El doctor sabe mis creencias y me dice que puedo decidir cuántos embriones fecundar y si alguno no está bien de igual forma me lo puede poner para darle la oportunidad y los embriones que queden congelados, puede ponérmelos lo más pronto posible sin hacer ningún mal uso de ellos. Creo que no es lo ideal, pero buscando la mejor forma de hacer esto, realmente no creo estar mal ya que es algo que los dos deseamos mucho. De posibilidades de quedar embarazada con este tratamiento, me dice que tengo las mismas que una mujer normal. Me dijo que, si quiero, puedo estar presente cuando hagan todo el proceso biológico en el laboratorio. Que por lo que ve a las malformaciones en el bebé, tengo las mismas posibilidades que cualquier mujer normal. No he encontrado alguna razón por la cual decidir no hacer este tratamiento.

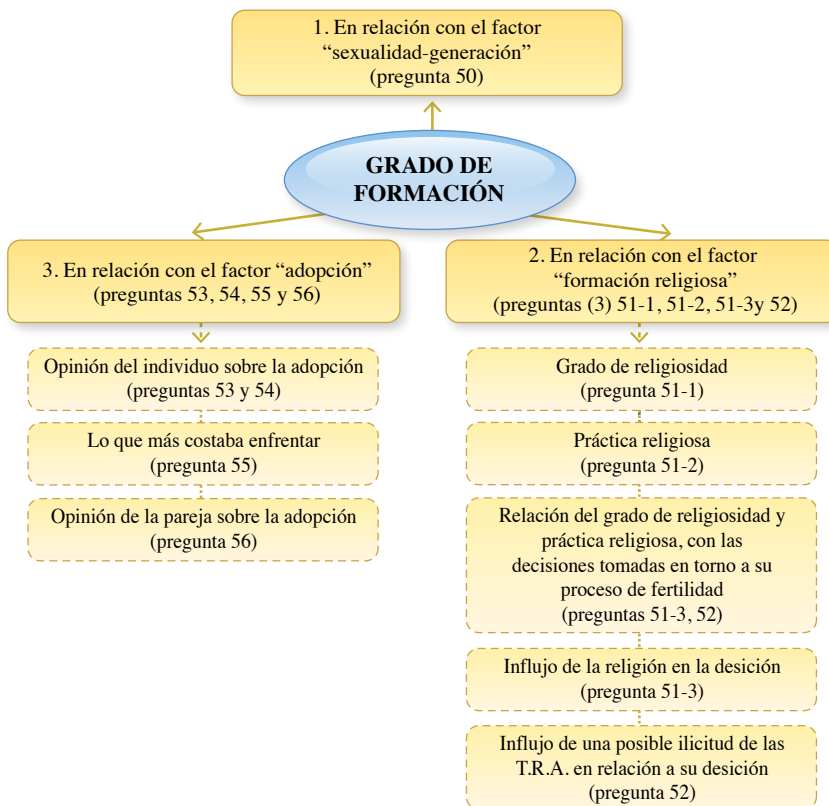
La segunda narración tiene que ver con el segundo reactivo. Se trata de una pareja, de la que ya hablamos en la sección 3.3.4.2, a la que le proponían una ovodonación, con un costo de 100,000 pesos y, por no tener el recurso económico, no la hicieron. La pareja recurrió después a otros médicos, quienes le ofrecieron otro diagnóstico y tratamiento. Al final, la mujer quedó embarazada de forma natural:

[...] finalmente pedimos asesoría a otros médicos y mencionaron que dejara que mi cuerpo se desintoxicara y que intentáramos de manera natural, gracias a Dios, estamos en espera de nuestro bebé y en algunos días, 20 de junio, con la voluntad de Dios nuestro Señor, conoceremos a nuestra pequeña.

En el siguiente apartado se amplía y profundiza el análisis de los resultados obtenidos hasta el momento, al examinar el nivel de formación de los encuestados, evaluado a través de tres factores y lo que decidieron ante las opciones que se les presentaban.

3.6 GRADO O ÍNDICE DE FORMACIÓN (FORMACIÓN PREVIA) (SECCIÓN 6)

ESQUEMA 3.4 MAPA CONCEPTUAL DEL CUESTIONARIO



Percepción del influjo que tuvo la formación previa en la toma de decisiones de los sujetos.

Los tres factores para medir el grado de formación de los encuestados fueron los siguientes: el primero, sobre su formación en cuanto a la sexualidad-generación; el segundo, sobre su formación religiosa; y finalmente, un tercer factor que

valoraba el aprecio por la adopción. A continuación se analizan cada uno de estos factores.

3.6.1 Formación en relación con el factor “sexualidad-generación”

Diversas afirmaciones, verdadero-falso, sobre el derecho a tener hijos, ser padres, la esencia de la sexualidad, el acto conyugal y la plenitud del matrimonio.

Con el fin de medir el grado de formación de cada pareja en relación con este factor, se establecieron siete enunciados donde los encuestados contestaron verdadero o falso (tabla 3.71).

**TABLA 3.71. EN LA ETAPA O MOMENTO DE TOMAR UNA DECISIÓN,
¿CÓMO HUBIERAS CONTESTADO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS?**

	Falso	Verdadero	Respuesta correcta
“El amor-donación entre los esposos les da derecho a tener hijos por el medio que sea” (n=420)	71.0%	29.0%	Falso
“El hijo debe ser, siempre, fruto directo del acto conyugal específico de los esposos” (n=480)	69.8%	30.2%	Verdadero
“La sexualidad es una característica importante pero no esencial o constitutiva de la persona” (n=479)	31.5%	68.5%	Falso
“El matrimonio alcanza su plenitud como familia cuando se dan los hijos” (n=481)	58.6%	41.4%	Falso
“La unión íntima entre esposos es expresión del amor conyugal y debe quedar siempre abierto a la vida” (n=476)	18.5%	81.5%	Verdadero
“Las TRA, sólo cuando hay verdadero amor entre los esposos, pueden sustituir el acto conyugal” (n=475)	66.3%	33.7%	Falso
“Los embriones humanos pueden ser producidos, aunque esto suponga la posibilidad de que algunos se destruyan” (n=458)	71.2%	28.8%	Falso

Si tomamos la media de las respuestas correctas, esto es, si sumamos los porcentajes de las respuestas correctas y los dividimos entre los siete reactivos tenemos que un 58.6% respondió correctamente y un 41.4% erróneamente.

Al dividir la muestra en los diversos grupos de análisis, se observan los resultados de dos formas diferentes:

1. Comparando la media general de los siete reactivos y la media de cada uno de los grupos (tabla 3.72):

TABLA 3.72. MEDIA GENERAL Y MEDIA DE CADA UNO DE LOS GRUPOS

	Porcentajes de los que respondieron correctamente	Porcentajes de los que respondieron erróneamente
Todos los grupos juntos (muestra total)	58.6%	41.4%
No se sometieron a las TRA	61.7%	38.3%
Sólo inseminación artificial	58.3%	41.7%
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	54.6%	45.4%
Sólo FIVET y/o ICSI	50.2%	49.8%

Existen las siguientes diferencias entre los diversos grupos: el grupo de los que no se sometieron a las TRA, arroja un porcentaje del 61.7% de individuos que respondieron correctamente; el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, un 58.3%; el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, un 54.6%; y el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, un 50.2%. El mayor porcentaje de respuestas correctas corresponde al grupo de los que no se sometieron a las TRA y el porcentaje menor al grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET/ICSI.

2. Analizando cada uno de los reactivos y observar las diferencias más significativas entre los grupos:
 - a) Primer reactivo: “el amor-donación entre los esposos les da derecho a tener hijos por el medio que sea”. El porcentaje de la respuesta correcta (falso), está

notablemente por encima (71.0%) de la media total de respuestas correctas (58.6%). Las únicas diferencias significativas se presentan en el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET/ICSI con una diferencia de 7.0% con respecto a la media de este reactivo (64.0% contra 71.0%) y el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI con una diferencia de 3.4% con respecto a la media de este reactivo (67.6% contra 71.0%; tabla 3.73).

De estas diferencias se deduce que los individuos que pertenecen a estos grupos, piensan en un mayor porcentaje que, si hay donación y amor entre los esposos, cualquier medio es válido para poder alcanzar la finalidad de tener un hijo.

TABLA 3.73. EL AMOR-DONACIÓN ENTRE LOS ESPOSOS LES DA DERECHO A TENER HIJOS POR EL MEDIO QUE SEA

Cuatro grupos de análisis	Falso	Verdadero	Total
No se sometieron a las TRA	73.0%	27.0%	211
Sólo inseminación artificial	73.2%	26.8%	97
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	64.0%	36.0%	75
Sólo FIVET y/o ICSI	67.6%	32.4%	37
Total	298 71.0%	122 29.0%	420 100%

- b) Segundo reactivo: “el hijo debe ser siempre fruto directo del acto conyugal específico de los esposos”. Llama la atención el porcentaje elevado de respuestas incorrectas (69.8%).

Las mayores diferencias son para el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, 80.0% contra 69.8% (11.2%) y para el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, 75.6% contra 69.8% (5.8%), (tabla 3.74). Estas diferencias son comprensibles ya que los individuos de estos grupos recurrieron a la FIVET-ICSI, donde el hijo no es fruto específico del acto conyugal.

TABLA 3.74. EL HIJO DEBE SER SIEMPRE FRUTO DIRECTO DEL ACTO CONYUGAL ESPECÍFICO DE LOS ESPOSOS

Cuatro grupos de análisis	Falso	Verdadero	Total
No se sometieron a las TRA	64.6%	35.4%	240
Sólo inseminación artificial	70.6%	29.4%	109
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	80.0%	20.0%	90
Sólo FIVET y/o ICSI	75.6%	24.4%	41
Total	335 69.8%	145 30.2%	480 100%

- c) Tercer reactivo: “La sexualidad es una característica importante, pero no esencial o constitutiva de la persona”. El porcentaje de respuestas incorrectas (68.5%) es alto.

Las diferencias más significativas las presenta el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, en donde el porcentaje de respuestas incorrectas aumenta al 73.2% (4.7%) y el grupo que se sometió a la inseminación artificial y FIVET-ICSI disminuye al 64.4% (4.1%; tabla 3.75).

TABLA 3.75. LA SEXUALIDAD ES UNA CARACTERÍSTICA IMPORTANTE, PERO NO ESENCIAL O CONSTITUTIVA DE LA PERSONA

Cuatro grupos de análisis	Falso	Verdadero	Total
No se sometieron a las TRA	31.5%	68.5%	238
Sólo inseminación artificial	30.0%	70.0%	110
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	35.6%	64.4%	90
Sólo FIVET y/o ICSI	26.8%	73.2%	41
Total	151 31.5%	328 68.5%	479 100%

- d) Cuarto reactivo: “El matrimonio alcanza su plenitud como familia cuando se dan los hijos”. El porcentaje de respuestas incorrectas disminuye al 41.4%. No obstante, esto significa que dos de cada cinco encuestados piensan que sólo cuando se dan los hijos el matrimonio alcanza su plenitud y este pensamiento influyó en su decisión, aumentó el grado de ansiedad y la preocupación por tener un hijo por el medio que fuera.

Se encuentra una diferencia significativa en el porcentaje del grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI (9.8% en relación con la media; tabla 3.76).

**TABLA 3.76. EL MATRIMONIO ALCANZA SU PLENITUD
COMO FAMILIA CUANDO SE DAN LOS HIJOS**

Cuatro grupos de análisis	Falso	Verdadero	Total
No se sometieron a las TRA	60.3%	39.7%	242
Sólo inseminación artificial	60.0%	40.0%	110
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	56.8%	43.2%	88
Sólo FIVET y/o ICSI	48.8%	51.2%	41
Total	282 58.6%	199 41.4%	481 100%

- e) Quinto reactivo: “La unión íntima entre los esposos es expresión del amor conyugal y debe quedar siempre abierto a la vida”. Es el reactivo con mayor número de respuestas correctas (81.5%).

El grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI presentan un aumento de respuestas incorrectas, con respecto a la media, del 6.2% y 5.9% respectivamente (tabla 3.77).

Este reactivo señala una parte esencial y básica de la naturaleza del acto conyugal que debe expresar el amor y la unión entre los esposos y la apertura a la vida.

TABLA 3.77. LA UNIÓN ÍNTIMA ENTRE LOS ESPOSOS ES EXPRESIÓN DEL AMOR CONYUGAL Y DEBE QUEDAR SIEMPRE ABIERTO A LA VIDA

Cuatro grupos de análisis	Falso	Verdadero	Total
No se sometieron a las TRA	16.0%	84.0%	237
Sólo inseminación artificial	16.5%	83.5%	109
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	24.7%	75.3%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	24.4%	75.6%	41
Total	88 18.5%	388 81.0%	476 100%

- f) Sexto reactivo: “las TRA, sólo cuando hay verdadero amor entre los esposos, pueden sustituir al acto conyugal”. La media de la respuesta correcta es del 66.3%.

El porcentaje de respuestas correctas del grupo de los que no se sometieron a las TRA, aumenta al 75.4% (9.1%) y el porcentaje de los grupos que sólo se sometieron a la inseminación artificial, de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI y de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, disminuye a un 57.8% (8.5%), 57.3% (9.0%) y 56.1% (10.2%) respectivamente.

Estas variaciones son evidentes, dado que a los que se han sometido a alguna de las TRA, les es más difícil considerar esta afirmación como verdadera, que a los del grupo que no se sometieron a las TRA (tabla 3.78).

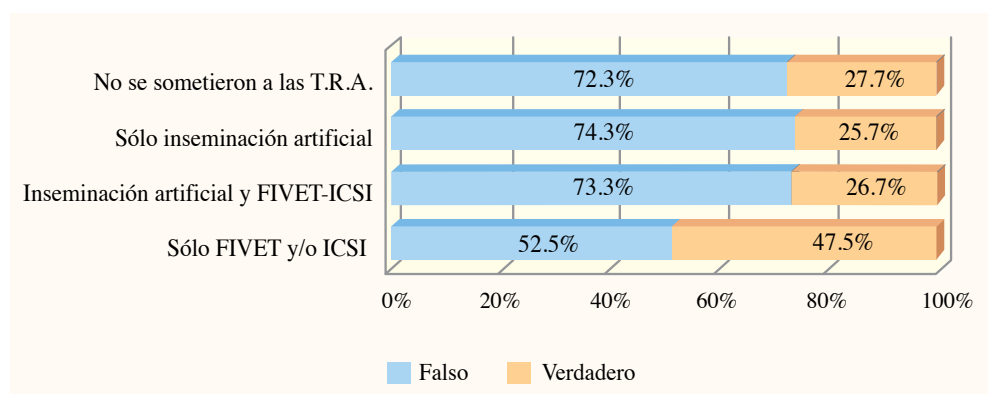
TABLA 3.78. LAS TRA, SÓLO CUANDO HAY VERDADERO AMOR ENTRE LOS ESPOSOS, PUEDEN SUSTITUIR EL ACTO CONYUGAL

Cuatro grupos de análisis	Falso	Verdadero	Total
No se sometieron a las TRA	75.4%	24.6%	236
Sólo inseminación artificial	57.8%	42.2%	109
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	57.3%	42.7%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	56.1%	43.9%	41
Total	315 66.3%	160 33.7%	475 100%

- g) Séptimo reactivo: “Los embriones humanos podrían ser producidos aunque esto suponga la posibilidad de que algunos se destruyan”. El número de respuestas correctas de este reactivo es del 71.2%.

En el análisis por grupos, la diferencia más significativa se encuentra en el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI en el que sólo el 52.5% considera esta afirmación como falsa, un 18.7% menor que la media de la respuesta correcta (gráfica 3.25).

GRÁFICA 3.25. LOS EMBRIONES HUMANOS PUEDEN SER PRODUCIDOS, AUNQUE ESTO SUPONGA LA POSIBILIDAD DE QUE ALGUNOS SE DESTRUYAN



3.6.2 Formación en relación con el factor “formación religiosa”

Indica el grado de religiosidad, práctica religiosa y la relación entre el grado de religiosidad y las acciones efectuadas por los sujetos en torno a su proceso de infertilidad, así como el influjo que pudo tener en su decisión una posible ilicitud de las TRA por parte de su religión.

3.6.2.1 Grado de religiosidad

El primer componente del segundo factor es el grado de religiosidad de las personas encuestadas. Con este fin se preguntó a los encuestados si se consideraban formados religiosamente (14.0% no respondió al reactivo): el 1.6% afirmó considerarse nada religioso, el 20.5% poco religioso, el 57.3% muy religioso y el 20.5% muchísimo muy religioso.

Por tanto, el 77.8% de los encuestados se considera muy o muchísimo muy religioso.

En el análisis por grupos no existen diferencias significativas.

3.6.2.2 Práctica religiosa

Se preguntó a las parejas si se consideraban practicantes de su religión (14.3% no respondieron al reactivo): el 3.1% afirmó ser nada practicante, el 27.4% poco practicante, el 52.2% muy practicante y el 17.3% muchísimo muy practicante.

El 69.5% de los encuestados se consideraba muy o muchísimo muy practicante de su religión.

En cuanto al análisis por grupos, las diferencias más significativas las encontramos en el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, donde los que se consideraban muy o muchísimo muy practicantes de su religión, disminuyen del 69.5% al 56.1% (13.4%). Éstas y otras diferencias menos significativas se muestran en la tabla 3.79.

TABLA 3.79. ¿TE CONSIDERABAS PRACTICANTE DE TU RELIGIÓN?

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	4.1%	22.9%	55.9%	17.1%	245
Sólo inseminación artificial	0.9%	32.7%	47.3%	19.1%	110
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	2.2%	28.1%	53.9%	15.7%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	4.9%	39.0%	39.0%	17.1%	41
Total	15 3.1%	133 27.4%	253 52.2%	84 17.3%	485 100%

3.6.2.3 Relación entre el grado de religiosidad, práctica religiosa y las decisiones tomadas en torno a su proceso de infertilidad

3.6.2.3.1 Influjo de la religión en la decisión

Con el fin de conocer si la formación religiosa del encuestado tuvo algún influjo en su decisión, se hizo concretamente esta pregunta: “¿Qué tanto podrías afirmar que tu formación religiosa influyó en tu decisión?” (14.8% no respondió al reactivo): el

14.5% indicó que nada, el 17.0% poco, el 40.7% mucho y el 27.8% muchísimo, lo que quiere decir que su formación religiosa influyó en un 68.5% (dos de tres encuestados) mucho o muchísimo.

Con el fin de observar algunas diferencias significativas por grupos (tabla 3.80), se dividió la muestra en los cuatro grupos de análisis:

El grupo de los que no se sometieron a las TRA y que dicen que su religión influyó mucho o muchísimo en su decisión, aumenta del 68.5% al 74.9%. Por el contrario, en los grupos de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial y de los que se sometieron a la inseminación artificial y a la FIVET-ICSI, disminuyen ligeramente los porcentajes al 65.5% y 62.9% respectivamente. La diferencia más significativa corresponde al grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, donde el porcentaje disminuye al 50.0%.

Se observa que el influjo de la religión es notablemente significativo y que existen diferencias entre los grupos que oscilan entre el 50.0% y el 74.9%.

**TABLA 3.80. ¿QUÉ TANTO PODRÍAS AFIRMAR QUE
TU FORMACIÓN RELIGIOSA INFLUYÓ EN TU DECISIÓN?**

Cuatro grupos de análisis	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo	Total
No se sometieron a las TRA	12.8%	12.3%	41.6%	33.3%	243
Sólo inseminación artificial	10.9%	23.6%	35.5%	30.0%	110
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	16.9%	20.2%	44.9%	18.0%	89
Sólo FIVET y/o ICSI	30.0%	20.0%	40.0%	10.0%	40
Total	70 14.5%	82 17.0%	196 40.7%	134 27.8%	482 100%

Se observa que los encuestados no tienen grandes diferencias en los porcentajes correspondientes al grado de religiosidad y a la práctica de su religión. Y estos porcentajes, comparados con los del influjo de la religión en su decisión, tampoco son significativos. En lo que corresponde a los ítems de mucho y muchísimo, tenemos el 77.8% para el grado de religiosidad, 69.5% en cuanto a la práctica religiosa y el 68.5% en cuanto al influjo de la religión en su decisión.

También podemos advertir que el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, es el que muestra los porcentajes más bajos en relación con la práctica religiosa (56.1%) y el influjo de la religión en su decisión (50.0%).

3.6.2.3.2 Influjo de una posible ilicitud de las Técnicas de Reproducción Asistida en relación con su decisión

Para complementar la información anterior, se les preguntó a los encuestados que, si la religión le hubiera hecho ver la ilicitud de las TRA, qué tan de acuerdo estarían con una lista de actitudes. Con este fin se emplearon reactivos tipo Likert (nada de acuerdo-completamente de acuerdo, 5 intensidades). La tabla 3.81 muestra los resultados obtenidos (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

Los dos primeros reactivos son contrarios, ya que si afirman “que sería una razón suficiente para no recurrir a las TRA”, sería raro que afirmaran a la vez que “las TRA no son parte del campo de la religión” (y lo más lógico, por tanto, es que los porcentajes presentados pertenezcan a diferentes individuos de la muestra): el 43.6% está bastante de acuerdo o completamente de acuerdo con la primera afirmación y el 35.4% con la segunda afirmación.

Los porcentajes en los que están bastante de acuerdo o completamente de acuerdo, en cuanto a que “lo importante sería, en este caso, mi conciencia” y que “trataría de investigar las razones de dicha ilicitud” aumentan al 67.9% para el primero y 73.5% para el segundo.

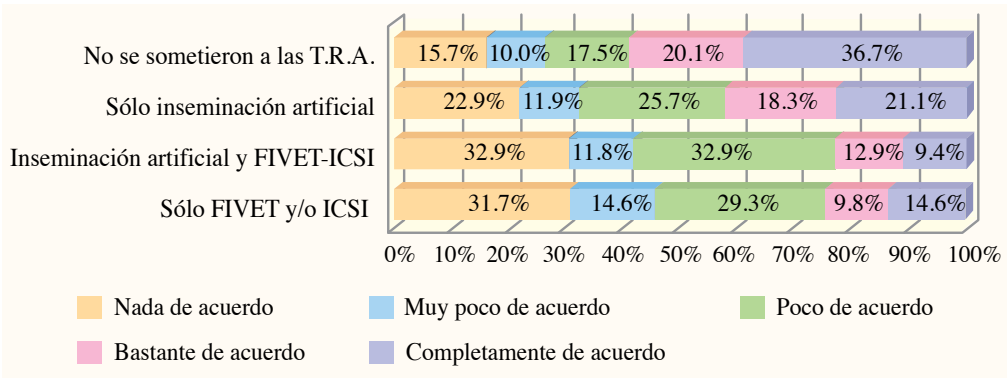
TABLA 3.81. SI TU RELIGIÓN TE HUBIERA HECHO VER LA ILICITUD DE LAS TRA, ¿QUÉ TAN DE ACUERDO HUBIERAS ESTADO CON LAS SIGUIENTES ACTITUDES?

Reactivo	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Media
Sería razón suficiente para no recurrir a las TRA (n=464)	22.0%	11.2%	23.3%	17.5%	26.1%	3.14
Las TRA no son parte del campo de la religión (n=463)	29.8%	11.9%	22.9%	18.8%	16.6%	2.81
Lo importante sería, en ese caso, mi conciencia (n=462)	13.4%	6.3%	12.3%	31.8%	36.1%	3.71
Trataría de investigar las razones de dicha ilicitud (n=460)	9.3%	5.0%	12.2%	33.9%	39.6%	3.89

Con la intención de buscar algunas diferencias significativas en los grupos en los que dividimos la muestra, se analiza cada uno de los reactivos:

- ♦ En relación con el reactivo: “sería razón suficiente para no recurrir a las TRA” (gráfica 3.26), el grupo de los que no se sometieron a las TRA, muestra un porcentaje del 56.8% de los encuestados que están bastante o completamente de acuerdo con esta afirmación. Para los otros grupos disminuye notablemente este porcentaje: para los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, al 39.4%; para los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, al 32.3%; y para los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, al 24.4%. La disminución de estos porcentajes es comprensible en los grupos que se sometieron a alguna de las TRA.

GRÁFICA 3.26. SERÍA RAZÓN SUFICIENTE PARA NO RECURRIR A LAS TRA



- ♦ En cuanto al reactivo: “las TRA no son parte del campo de la religión” (tabla 3.82), los porcentajes de los encuestados que están bastante o completamente de acuerdo con esta afirmación no presentan diferencias tan significativas como en el reactivo anterior; para el grupo de los que no se sometieron a las TRA, es del 37.1%; para el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial es del 35.1%; en el de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI es del 28.3% y en los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI es del 41.5%.

TABLA 3.82. LAS TRA NO SON PARTE DEL CAMPO DE LA RELIGIÓN

Cuatro grupos de análisis	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Total
No se sometieron a las TRA	34.5%	13.5%	14.8%	16.6%	20.5%	229
Sólo inseminación artificial	26.9%	11.1%	26.9%	23.1%	12.0%	108
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	23.5%	12.9%	35.3%	16.5%	11.8%	85
Sólo FIVET y/o ICSI	24.4%	2.4%	31.7%	24.4%	17.1%	41
Total	138 29.8%	55 11.9%	106 22.9%	87 18.8%	77 16.6%	463 100%

- ♦ Los reactivos: “lo importante sería, en este caso, mi conciencia” y “trataría de investigar las razones de dicha ilicitud”, muestran porcentajes que oscilan entre el 60.9% y el 77.8%, en relación con los que están bastante o completamente de acuerdo con estas afirmaciones (tablas 3.83 y 3.84).

Se puede concluir que dos de cada tres o tres de cada cuatro individuos de la muestra piensan que la conciencia juega un papel importante en su decisión. Y al tratar de investigar las razones de dicha ilicitud, hace suponer que, al menos en teoría, tratarían de adecuar su conciencia a las normas de su religión que rigen la licitud o ilicitud de las TRA.

TABLA 3.83. LO IMPORTANTE SERÍA, EN ESTE CASO, MI CONCIENCIA

Cuatro grupos de análisis	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Total
No se sometieron a las TRA	15.9%	6.2%	11.5%	30.8%	35.7%	227
Sólo inseminación artificial	12.8%	8.3%	11.9%	31.2%	35.8%	109
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	9.4%	2.4%	12.9%	37.6%	37.6%	85
Sólo FIVET y/o ICSI	9.8%	9.8%	17.1%	26.8%	36.6%	41
Total	62 13.4%	29 6.3%	57 12.3%	147 31.8%	167 36.1%	462 100%

TABLA 3.84. TRATARÍA DE INVESTIGAR LAS RAZONES DE DICHA ILICITUD

Cuatro grupos de análisis	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Total
No se sometieron a las TRA	7.9%	5.3%	9.2%	31.6%	46.1%	228
Sólo inseminación artificial	10.3%	3.7%	12.1%	40.2%	33.6%	107
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	11.9%	3.6%	16.7%	35.7%	32.1%	84
Sólo FIVET y/o ICSI	9.8%	9.8%	19.5%	26.8%	34.1%	41
Total	43 9.3%	23 5.0%	56 12.2%	156 33.9%	182 39.6%	460 100%

Es importante matizar y profundizar el significado del “factor de formación” anteriormente analizado, a través de la exposición y comentario de algunas narraciones que permiten comprender mejor la relación que, en algunos de los encuestados, existe entre el grado de religiosidad, la práctica religiosa, su conciencia y la licitud o ilicitud de las TRA.

El propósito de la presente investigación no es presentar las razones de dicha licitud o ilicitud. Por ello, no se harán consideraciones al respecto. Se tratará más bien de explicitar, a través de algunos comentarios, las decisiones de algunos integrantes de la muestra al optar o no por las TRA, teniendo en cuenta los reactivos antes mencionados de este factor religioso.

En los párrafos siguientes se presentan algunas narraciones en las que los tratamientos han tenido como resultado un embarazo llevado a término (parto).

En una primera narración, tenemos el caso de una encuestada que se sometió a una inseminación artificial y a dos intentos de FIVET. Se percibe, ante todo, un sentimiento de felicidad al haber conseguido dos embarazos y dos hijos que nacieron vivos. Por otro lado, se observa un sentimiento de agradecimiento a Dios y el comentario de que, si Dios quiso dárselos, no importa el método por el que haya sido:

Sufrí cuatro años la espera de poder embarazarme y que se lograra mi hijo y luego el segundo. Soy inmensamente feliz y todos los días le doy gracias a Dios por habérmelos dado. Siempre pensé que si Dios quería darme un hijo, me lo daría no importando el método.

La siguiente narración corresponde a una mujer que se sometió a cuatro inseminaciones artificiales y dos ICSI, y terminó en un embarazo y parto gemelar. En este caso la preocupación se centraba en los embriones que habían dejado congelados. Regresaron y se supone que se los implantaron, pero no hubo embarazo. Nótese el término “no dejamos nada congelado”, en contraposición a lo que hubiera sido más exacto, “no dejamos a nadie o a embriones congelados”:

Me fue muy bien en el centro X y muy mal en el Y. Al primer intento de ICSI en el centro X, tuvimos a nuestros gemelos (dos varones, ahora ya de dos años). Son nuestros milagritos y después regresamos juntos, por los embriones congelados, pero no hubo embarazo. Ya no dejamos nada congelado.

La tercera narración, al igual que la anterior, se trata de una encuestada que fue sometida a cuatro inseminaciones artificiales y tres ICSI con dos embarazos y dos partos o un parto gemelar. Subraya que no hay embriones congelados, ni donados, ni destruidos. En ninguna de las dos narraciones se comenta cuántos fueron los embriones que no sobrevivieron. Aún más, se observa que en este caso, dicen ser católicos y que aunque la Iglesia lo prohíbe, la pareja no ha encontrado algún argumento convincente para dicha prohibición, ya que el procedimiento fue llevado profesionalmente y con una actitud favorable a la vida:

Decidir recurrir a la fertilización *in vitro* no fue nada fácil, sobre todo porque leímos y nos documentamos bien antes de tomar la decisión. Somos católicos y la Iglesia lo prohíbe, aunque no hemos escuchado un argumento que nos convenza respecto a los motivos para no recurrir a un procedimiento llevado profesionalmente y con una actitud favorable a la vida. Tomamos la decisión con la promesa de regresar por todos los embriones que se hubieran producido. Así fue y al día de hoy tenemos dos pequeños que adoramos y ningún embrión ni congelado, ni donado, ni destruido porque hemos regresado por ellos.

Muy parecidas son las dos siguientes narraciones. La primera encuestada, que con anterioridad ya tuvo un embarazo y un parto, agradece a Dios su nuevo embarazo de tres meses y expresa la misma preocupación de las anteriores narraciones, de no haber dejado embriones congelados. La segunda encuestada, que se sometió a tres intentos de FIVET y tuvo dos embarazos y dos partos o un parto gemelar, agradece a Dios la existencia de estos métodos que les permitieron a ella y a su esposo llegar a ser padres:

Gracias a Dios, por medio de un tratamiento *in vitro* tenemos tres meses de embarazo y estamos esperando cuates. Me implantaron los dos óvulos que se fecundaron, no quedó ningún embrión que congelar.

Damos gracias a Dios por que existen estos métodos modernos que nos brindan la oportunidad de realizar nuestro sueño de ser padres.

Ahora presentamos la narración de una encuestada que se sometió a cuatro FIVET y dos GIFT con donación de óvulos en dos ocasiones. Tuvo tres embarazos y tres hijos. Comenta que sus creencias religiosas no le ayudaron en nada, pero tampoco la detuvieron, a pesar de la culpa que sentía:

Creo que mis creencias religiosas no me ayudaron nada. iiiPorque deseaba tanto formar una familia!!! Y lo único que sentía era CULPA y frustración. Pero eso no nos impidió tomar las decisiones que tomamos [...]

Esta encuestada, que realizó dos FIVET y que como resultado tuvo un embarazo y un parto, equipara estos métodos a lo contrario del aborto y que si hubiera habido un resultado positivo, es porque así Dios lo quería:

Yo de algún modo sabía que la Iglesia no estaba muy de acuerdo, pero pensaba también que es todo lo contrario al aborto, que aquí yo quería tener hijos y que, si se daban, era porque Dios así lo había querido.

Como se ha repetido en varias ocasiones, hay encuestados que se encuentran en otras etapas de su proceso. Presentamos dos casos. El primero de ellos es el de una mujer que ya se sometió a cuatro inseminaciones artificiales, una FIVET y logró un parto. Comenta que cree en el derecho a ser madre biológica y comenta, de manera generalizada, el apoyo que debería haber recibido de la Iglesia:

[...] creo en la adopción [...] pero también creo en el derecho a poder ser madre biológica, si ése es el deseo de uno [...]. La Iglesia también debería pensar en cómo nos sentimos y no satanizarnos, sino apoyarnos [...]. ¿Es pecado buscar ayuda y pasar por una IA para poder ser madre?

El segundo caso es el de una pareja que después de una FIVET sin resultado, está dispuesta a seguir intentándolo. Comenta que Dios tiene un camino para cada pareja y, si Dios le dio este problema, también le da excelentes doctores para ayudarla, sin quizás medir todas las posibles consecuencias que esta decisión le podría acarrear:

En nuestro caso lo vamos a seguir intentando. También creemos en los milagros y si Dios quiere, lo hace. Él siempre tiene un camino para cada pareja, para cada persona. Yo no decidí tener este problema o enfermedad. Él me la dio y también nos dio a excelentes doctores para que puedan ayudarnos en esto; pero, repito, la decisión final es de Dios. Yo confío en que pronto llegará un angelito a compartir con nosotros la vida.

A continuación se presentan algunas narraciones que se distinguen de las anteriores por el resultado negativo y muestran diversas actitudes y sentimientos hacia Dios y la religión. En las primeras narraciones se advierte la aceptación de lo que Dios dispone, como es el caso de ésta, en que primero se sometieron a cuatro inseminaciones artificiales y después a una FIVET:

Mi esposo y yo decidimos realizar una FIVET ya que era el único medio posible para intentar tener un bebé [...]. Y sin tener resultados tranquilamente decidimos abandonar los tratamientos, ya que siempre nos pusimos en manos de Dios y pedimos que se hiciera su voluntad.

O de esta otra narración después de dos inseminaciones, una FIVET y un ICSI sin resultado positivo:

Entiendo que no se puede manipular la vida y no se puede desechar lo que aparentemente “no sirve”; pero tomé una decisión, porque consideré que había dudas con las que no quería vivir, y finalmente creí que, de cualquier forma, la vida sólo puede ser regalada por Dios y a Él me encomendé.

Lo mismo sucede en el caso de esta encuestada que, después de cuatro inseminaciones y cuatro FIVET sin resultado, optó con su pareja por tres hijos adoptados:

Dios es amor, no juzga y Él nos va enseñando el camino que debemos seguir. Yo le agradezco al Padre X y a la comunidad [...] todas sus oraciones por tener éxito en mi camino de las TRA: me llenaban de luz, paz y tranquilidad y Dios mismo, que hace milagros todos los días, posteriormente, me mandó a mis tres milagritos.

En esta narración, la entrevistada expresa su dolor, sus oraciones, su agradecimiento a Dios, el apoyo de su esposo, después de varias inseminaciones artificiales y FIVET heterólogos:

Yo estuve con psiquiatra debido a una depresión muy fuerte, ya que se combina el efecto de las hormonas con la frustración de no poder embarazarte [...], también estuve rezando mucho y pidiéndole a la Virgen muchísima fortaleza para aceptar esto que Dios nos manda [...]. Me siento agradecida con Dios por haberme mandado un hombre así, que me quiere tanto y, como dicen, Dios no manda cargas que no puedas resistir [...]

Otras narraciones están marcadas por la opinión de que la religión no debe imponer, pues es muy perjudicial. Todo es cuestión de ética personal. Es el caso de esta mujer, la cual se sometió a cuatro inseminaciones artificiales, cuatro GIFT y no obtuvo ningún embarazo:

Las decisiones no se deben tomar con base en lo que una religión permita o prohíba. Es cuestión de ética personal y nadie debería meterse en esas decisiones. Me parece muy dañino que la religión imponga comportamientos que causan una presión adicional a la presión de la esterilidad.

En otros casos hay parejas que, al dejar las TRA, quedaron embarazadas de modo natural. Es el caso de las dos siguientes narraciones. En la segunda, se hace alusión al posible efecto negativo que puede tener la presión y obsesión por querer quedar embarazada:

Nos unió mucho esta etapa [...]. Siempre me he sentido protegida por Dios hasta en la etapa que hicimos la inseminación artificial. Según nosotros estábamos ayudándonos a través de la ciencia [...]. Después de platicar mucho con sacerdotes [...] dejamos los tratamientos [...] y a los pocos meses ¡me embaracé! Tuvimos tres hijos [...]

Yo fui formada católicamente y mi conciencia siempre me dictó que estaba mal al hacer la fecundación *in vitro*; sin embargo, el sentimiento de culpabilidad y el querer complacer a mi esposo me llevó a tomar esa decisión. Cuando finalmente iniciamos trámites de adopción, quedé embarazada de forma natural y hoy en día tengo a mi hija biológica de 10 meses, a mi bebé adoptado de tres meses y estoy embarazada nuevamente de forma natural. Nunca me pudieron dar un diagnóstico de por qué no me embaracé los primeros cinco años de casada; sin embargo pienso que la presión que se siente al no lograr quedar embarazada afecta mucho, aunque no te des cuenta.

Ahora se muestran otras narraciones de encuestados que no optaron por las TRA, por razones éticas, de tipo religioso o por la formación que habían recibido. Estos encuestados optaron directamente por la adopción:

Después de ocho años de casados y seis de buscar un hijo biológico [...], me sentí enojada con Dios, porque no escuchaba mis súplicas. Me sentía mala por anhelar un hijo y poder tenerlo, me llené de desesperanza [...], ha sido un camino muy difícil, pero sólo por amor hemos superado cualquier obstáculo [...]. Cuando como pareja llegamos a tocar fondo, entendimos que esto no era un castigo divino [...]. Buscamos los puntos positivos de todo esto y nos encontramos más unidos a Dios, porque supimos que siempre estuvo con nosotros [...]. Lo único que sé es que Dios ha regido nuestras vidas y tenemos que comprenderlo. El porqué Dios no nos haya bendecido con un hijo, sólo Él lo sabe.

Mi manera de pensar y mi religión no me permiten tomar estos tratamientos. Yo ya no llegué a ningún tratamiento de reproducción asistida que sí tuviera como resultado un embarazo. Nosotros tomamos la decisión de la adopción, que es otra manera de hacer familia. Y lo único que les puedo decir es que es una de las cosas que mejor he hecho en mi vida. Soy la mamá más feliz del mundo y no me arrepiento de haber adoptado. Tengo unos hijos que valen oro y un esposo que vale más.

Por mi formación religiosa tomé cursos en [...] de biorreproducción y conocí lo que eran las TRA y en ese momento tomé la decisión de no hacerlo. Por lo tanto, la única opción válida para mí como esposa, era tener un hijo por medio de la adopción.

Nunca fuimos a clínicas de fertilidad, en primer lugar, porque la mayoría de los tratamientos van en contra de nuestras creencias y, en segundo, porque no se aplicaba a nuestro caso. El único tratamiento “posible” era usar una “madre sustituta” que por supuesto no lo íbamos a considerar [...]. Ahora tenemos dos hijos maravillosos [...]

Para concluir la reflexión de este apartado, se puede confirmar que para muchos de los encuestados existe una posible falta de conocimiento, de formación, de asesoría en el manejo de los sentimientos y argumentos, donde la religión y Dios llegan a ser un apoyo para realizar sus planes personales.

Las tres siguientes narraciones sirven para cerrar este apartado e introducir el siguiente. Las primeras dos son de parejas que están esperando que una institución de adopción les conceda un hijo. En ellas se condensa la idea central de lo que hemos querido decir en este apartado, esto es, que la adopción es una de las mejores vías para hacer frente al problema de la esterilidad.

La mayoría de la gente que conozco y que está o estuvo en situación de dificultad para tener un embarazo, [...] no está bien informada por el lado ético-moral. Se aco-

modan fácilmente de manera que encuentran al Dios bondadoso que todo perdona, y eso más el anhelo de tener un hijo biológico los lleva a hacer cosas como las TRA.

Y, hablando de religión, una situación como la mía puede desembocar en una relación compleja con Dios. Al principio pides con mucha fe, pero fe en que Dios te tiene que arreglar la situación tal como tú has decidido. Acudes a Él como si fuese un médico del que esperas que aplique sus milagros a cambio de unos honorarios. Le haces promesas, votos, novenas; empiezas a recorrer toda la galería de santos, buscando al que antes te pueda otorgar tu favor. Al pasar los meses, de la petición sueles pasar al cuestionamiento: "¿por qué a mí?, ¿por qué yo?" Algunas incluso repasan su vida anterior —y la de sus antepasados— para encontrar alguna horrible razón que haya merecido ese terrible castigo divino. Dios ya no se presenta como un Dios paternal, amoroso, sino más parecido a un juez sin escrúpulos que te hace pagar las culpas personales y de otros miembros de la familia. Y más que confiar en Dios, en ocasiones surge rencor contra Él, que no quiere concederte un pequeño milagro: ¡total sí para Dios no supone ningún esfuerzo [...], y para mí significa tanto! Éste es el aspecto más peligroso del proceso, pues corres el peligro de apartarte de la fe o de sustituir al verdadero Dios por cualquier creencia que prometa satisfacer tus ilusiones.

La tercera narración es el testimonio de una encuestada que, en contacto con una institución de adopción, descubre la adopción como un camino que también está en los planes de Dios y que es el rumbo por el que Dios quiere que vaya; lo descubre con admiración y sorpresa y le llena de esperanza. Con ella podemos abrir el último apartado de esta sección 3.6.3 de resultados ("el factor adopción"):

Aquellas palabras iniciaron un cambio en mí, no sólo en cuanto a mi visión de la maternidad, sino también en mi relación con Dios. ¿Sería posible que Dios quisiese que yo ejerciese mi maternidad por un camino diferente al que yo pensaba? ¿Podría ser que los planes divinos fuesen más amplios que los del hombre? ¿Está la adopción también en los planes de Dios y no es ésta una ficción como inicialmente yo me imaginaba? Pensar que en los planes divinos ya existía un hijo para nuestra familia me llenaba de esperanza y consuelo.

3.6.3 Formación en relación con el factor "adopción"

Lo que el encuestado piensa sobre la adopción, reflejado en diversas afirmaciones y actitudes, además de lo que más le costaba asimilar o enfrentar y qué tan de acuerdo estaban como pareja en este punto.

3.6.3.1 Diversas afirmaciones en torno a la adopción

Lo que el encuestado piensa sobre la adopción, reflejado en diversas afirmaciones.

Para determinar las opiniones que tenían los encuestados con respecto a la adopción, se les pidió que expresaran su opinión basándose en una serie de reactivos a favor o en contra del concepto de adopción. Con este fin se emplearon reactivos tipo Likert (nada de acuerdo-completamente de acuerdo, 5 intensidades). La tabla 3.85 muestra los resultados obtenidos (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

En las respuestas obtenidas se puede observar que hay un gran aprecio y estima por la adopción en la mayoría de los encuestados y que se expresa principalmente en los tres primeros reactivos: en el primer reactivo, el 97.8% está nada, muy poco o poco de acuerdo (respuesta correcta); en el segundo reactivo, el 86.0% está bastante o muy de acuerdo (respuesta correcta); y en el tercer reactivo, el 91.8% está bastante o muy de acuerdo (respuesta correcta).

En el cuarto reactivo, la adopción es “una forma para suavizar la presión que sufre la pareja por parte de amigos, familia y/o sociedad”. El 91.4% estaba nada, muy poco o poco de acuerdo con esta afirmación.

El quinto reactivo, la adopción es “una forma de tener un hijo si no funcionan las TRA”, es el que posee porcentajes menores de respuestas correctas de los cinco reactivos, en donde el 45.3% está bastante o completamente de acuerdo con esta afirmación.

**TABLA 3.85. ¿QUÉ TAN DE ACUERDO ESTABAS
CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES
EN RELACIÓN CON LA ADOPCIÓN?**

	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Media
Es una paternidad artificial y de segunda categoría (n=493)	87.0%	4.9%	5.9%	1.4%	0.8%	1.24
Es una paternidad comparable a la paternidad biológica (n=492)	5.3%	2.8%	5.9%	22.6%	63.4%	4.36
Es un camino para formar una familia (n=494)	0.8%	1.8%	4.7%	21.5%	71.3%	4.61

Tabla 3.85 (continuación)

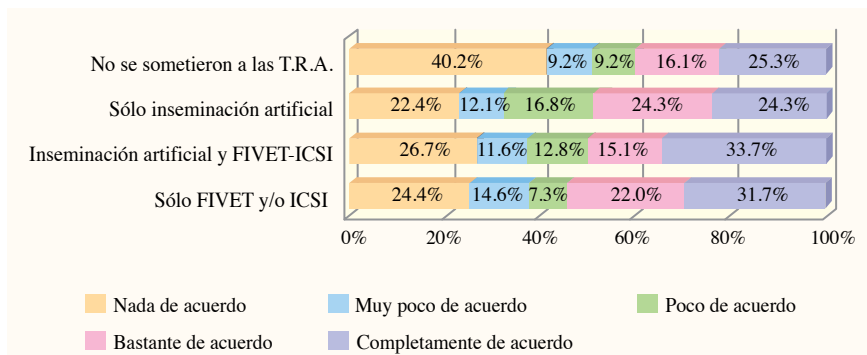
	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Media
Es una forma de suavizar la presión que sufre la pareja por parte de los amigos, familia y/o sociedad (n=489)	68.9%	10.4%	12.1%	4.9%	3.7%	1.64
Es una forma de tener un hijo si no funcionan las TRA (n=483)	32.5%	10.8%	11.4%	18.2%	27.1%	2.97

En el análisis del quinto reactivo por grupos, se pueden observar las siguientes diferencias más significativas (gráfica 3.27). En el grupo de los que no se sometieron a las TRA, el 40.2% no está nada de acuerdo con esta afirmación y contrasta con los porcentajes de los tres grupos restantes: 22.4%, 26.7% y 24.4%, respectivamente.

Los porcentajes de los que están “bastante o completamente de acuerdo con esta afirmación”, en el grupo de los que no se sometieron a las TRA, tenemos un porcentaje del 41.4%; en el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, tenemos un 48.6%; en el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI encontramos un 48.8% y en el grupo de los que se sometieron sólo a FIVET-ICSI, un 53.7%.

Estas diferencias de porcentajes dejan ver que los grupos que se inclinaron a alguna de las TRA consideran, en un mayor porcentaje, la adopción como una segunda opción.

GRÁFICA 3.27. ES UNA FORMA DE TENER UN HIJO SI NO FUNCIONAN LAS TRA



3.6.3.2 La adopción como alternativa

Lo que el encuestado piensa sobre la adopción, reflejada en diversas actitudes.

Con el fin de ampliar y explicitar la información anterior, se presentó a las parejas una pregunta sobre qué tan de acuerdo estaban con algunas actitudes en torno a la adopción. Las respuestas fueron medidas por una serie de reactivos tipo Likert (5 intensidades). En la tabla 3.86 se muestra un resumen de dichos resultados (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

En cuanto a los tres primeros reactivos, se observa que el 71.7% estaba nada, muy poco o poco de acuerdo en cuanto a no haber considerado la adopción como una posibilidad (reactivo 1); el 72.4% estaba bastante o completamente de acuerdo en que lo estuvo pensando y lo consideraba como una posibilidad (reactivo 3) y el 58.5% estuvo bastante o completamente de acuerdo en que le interesaba y que estuvo en contacto con alguna institución (reactivo 2).

A través del reactivo cuatro podemos deducir que al 16.3% no le interesaba la adopción, al menos como primera opción, porque querían tener un hijo propio.

En cuanto al quinto reactivo, al 91.1% no le afectaba nada, muy poco o poco lo que pensara la sociedad. Esto coincide con el reactivo cuatro de la tabla 3.85, donde el 91.4% estaba nada, muy poco o poco de acuerdo en que la adopción “es una forma de suavizar la presión de la pareja, amigos, familiares, sociedad”.

TABLA 3.86. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿QUÉ TAN DE ACUERDO ESTABAS CON LAS SIGUIENTES ACTITUDES, EN RELACIÓN CON LA ADOPCIÓN?

	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Media
Nunca lo consideré como una posibilidad (n=477)	49.5%	9.6%	12.6%	13.2%	15.1%	2.35
Me interesaba y estuve en contacto con alguna institución (n=475)	21.9%	7.2%	12.4%	22.5%	36.0%	3.44
Lo estuve pensando y lo consideré como una posibilidad (n=477)	10.9%	6.3%	10.5%	27.3%	45.1%	3.89
No me interesaba porque quería tener “un hijo propio” (n=470)	58.5%	11.3%	13.8%	5.7%	10.6%	1.99

Tabla 3.86 (continuación)

	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Media
Me interesaba, pero me afectaba lo que pensara la sociedad (n=473)	72.9%	9.7%	8.5%	6.1%	2.7%	1.56

Se analizaron los reactivos por grupos y se encontraron las diferencias más significativas en los reactivos dos y tres.

Reactivo tres: “lo estuve pensando y lo consideré como una posibilidad” (tabla 3.87), en el que la media era 72.4%; el grupo de los que no se sometieron a las TRA, alcanza un porcentaje del 76.0%; el grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, un 74.7%; el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, un 68.7%; y el grupo de los que se sometieron sólo a FIVET-ICSI, un 58.9%. Las diferencias son lógicas si se tiene en cuenta el camino que siguió cada grupo.

TABLA 3.87. LO ESTUVE PENSANDO Y LO CONSIDERÉ COMO UNA POSIBILIDAD

Cuatro grupos de análisis	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Total
No se sometieron a las TRA	10.6%	4.5%	8.9%	27.6%	48.4%	246
Sólo inseminación artificial	13.1%	4.7%	7.5%	33.6%	41.1%	107
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	8.4%	9.6%	13.3%	21.7%	47.0%	83
Sólo FIVET y/o ICSI	12.2%	14.6%	22.0%	19.5%	31.7%	41
Total	52 10.9%	30 6.3%	50 10.5%	130 27.3%	215 45.1%	477 100%

Reactivo dos: “me interesaba y estuve en contacto con alguna institución” (tabla 3.88), en el que la media era 58.5%. El grupo de los que no se sometieron a las TRA, alcanza un porcentaje del 62.3%; el grupo de los que sólo se sometieron a la inse-

minación artificial, un 57.0%; el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, un 59.7%; y el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, un 36.6%, cuya diferencia es la más significativa de los cuatro grupos en relación con la media.

Estos resultados están en concordancia con los obtenidos en la sección 3.2.4, cuando a los sujetos encuestados se les preguntó si optarían por la adopción en caso de que los tratamientos hubieran tenido un resultado negativo.

**TABLA 3.88. ME INTERESABA Y ESTUVE
EN CONTACTO CON ALGUNA INSTITUCIÓN**

Cuatro grupos de análisis	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Total
No se sometieron a las TRA	17.5%	8.7%	11.5%	21.8%	40.5%	252
Sólo inseminación artificial	26.0%	4.0%	13.0%	29.0%	28.0%	100
Inseminación artificial y FIVET-ICSI	22.0%	6.1%	12.2%	20.7%	39.0%	82
Sólo FIVET y/o ICSI	39.0%	7.3%	17.1%	14.6%	22.0%	41
Total	104 21.9%	34 7.2%	59 12.4%	107 22.5%	171 36.0%	475 100%

3.6.3.3 Lo que más le costaba enfrentar

Lo que al encuestado más le costaba asimilar o enfrentar.

Con el fin de seguir profundizando en este factor, se les preguntó a los encuestados qué era lo que más le constaba afrontar de la adopción. Se elaboraron una serie de reactivos tipo Likert (5 intensidades) sobre unas situaciones concretas en las que debía de expresar qué tan de acuerdo estaban con ellas. En la tabla 3.89 se muestra un resumen de dichos resultados (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo):

TABLA 3.89. DE LA ADOPCIÓN LO QUE MÁS ME COSTABA ASIMILAR O ENFRENTAR

	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo	Media
El tiempo de espera: no saber cuándo va a llegar (n=478)	15.7%	8.6%	14.9%	29.5%	31.4%	3.52
Manejar las relaciones con familiares y amigos (n=474)	49.6%	15.0%	16.9%	13.7%	4.9%	2.09
El que el hijo, no se pareciera físicamente a nosotros (n=478)	49.2%	13.0%	17.2%	11.7%	9.0%	2.18
Cuando se entere de que no somos sus padres biológicos (n=472)	36.2%	15.0%	20.8%	18.9%	9.1%	2.5
Que llegaran a discriminarlos por alguna razón (n=474)	34.4%	15.4%	17.1%	18.8%	14.3%	2.63
Otra: El 11.1% (63) de la muestra total (n=566) mencionó alguna otra razón de lo que más le costaba asimilar						

Lo más significativo fue el tiempo de espera. Un 60.9% estaba bastante o completamente de acuerdo con esta afirmación.

Existe una relativa preocupación sobre lo que sucederá cuando el hijo se entere de que la pareja no son sus padres biológicos (28.0% están bastante o completamente de acuerdo con esta afirmación) y la preocupación de que en un momento los hijos puedan ser discriminados (33.1% está bastante o completamente de acuerdo con esta afirmación).

En el análisis por grupos no se encontraron diferencias significativas.

3.6.3.4 Opinión de la pareja sobre la adopción

Qué tan de acuerdo estaban, como pareja, en la adopción.

Por último se les pidió, de forma general, que expresaran qué tan de acuerdo estaban como pareja sobre la adopción (tabla 3.90). Se observa que más de la mitad estaban de acuerdo y casi cuatro de 10 encuestados pasaron por varias etapas antes de alcanzar dicho acuerdo.

TABLA 3.90. LA OPINIÓN COMO PAREJA SOBRE LA ADOPCIÓN ERA

	Frecuencia	Porcentaje
No estábamos de acuerdo	48	9.9%
Sí estábamos de acuerdo	256	52.9%
Pasamos por varias etapas antes de llegar a algún acuerdo	180	37.2%
Total	484	100%

Como parte de la investigación cualitativa, se recogen algunas narraciones o comentarios, que explicitan los datos cuantitativos.

Lo primero que sobresale es la preocupación de las parejas por el tiempo que lleva el proceso de adopción. Este dato está avalado por la información que se puede encontrar en internet y por los mismos porcentajes ya vistos en los encuestados (tabla 3.89).

Este proceso, en México, implica en primer lugar acudir a la entrevista en el área de Trabajo Social de cualquiera de los Centros Nacionales para iniciar los trámites. A continuación, la pareja debe ir a la Subdirección de Asistencia Jurídica para integrar el expediente durante un lapso no mayor a dos meses. Una vez integrado el expediente, deben presentarse al Centro Nacional asignado para iniciar los estudios socioeconómicos y psicológicos correspondientes. Los resultados de dichos estudios estarán listos en un lapso no menor de tres meses.

En caso de ser aprobados, la pareja ingresa a la lista de espera donde permanecerá hasta la asignación de la niña o niño. En este punto se presenta el mayor obstáculo, dado que es muy probable que no haya los suficientes niños para la adopción y la espera puede durar dos o tres años. Durante esta etapa deben asistir a un curso en la Escuela de Padres Adoptivos, con una duración de seis a ocho meses, de acuerdo con los requerimientos del grupo.

Una vez asignada la niña o el niño, convivirán tres meses hasta que se concluya el proceso legal de adopción.

Esto es en la teoría, ya que después existen, por lo general, trabas legales y procesos burocráticos que hacen el proceso todavía más difícil.

A continuación se presentan algunas narraciones en las que se confirma lo anteriormente dicho:

En diversas pláticas y situaciones observo que mucha gente está a favor de la adopción, en lo personal pienso que es un acto sublime de amor y de crecimiento como persona, pero en nuestro país es realmente complicado, burocrático y difícil lograrlo [...]

[...] en las instituciones de adopción [...] el tiempo para la entrega de un bebé es muy largo. Alrededor de dos años aproximadamente y uno se puede desesperar [...]

[...] las instituciones que dan niños en adopción son muy burocráticas y ponen muchos obstáculos para que uno pueda tener un hijo adoptado. Tenemos todo para que el niño sea feliz, pero exigen más y más [...]

Escucho que todos los trámites de adopción son muy largos y difíciles, ya de por sí es difícil asimilar la situación, tomar la decisión y encontrar tantos bloqueos en el camino hace las cosas más difíciles [...]

Uno de los dolores más grandes durante el trámite de adopción fue la espera y los eternos papeleos para llegar a ella, pues nos parecía que teníamos que ser padres perfectos para poder llevar a cabo la adopción [...]

Este proceso resulta más difícil para los que han vivido largos y duros tratamientos y, además, los resultados fueron negativos:

En México la adopción está demasiado regulada como para que las parejas puedan vivir un proceso de adopción profundo pero rápido y ágil. Venimos de procesos médicos muy desgastantes. Dejé de vivir y disfrutar muchos momentos con mi esposo por pensar en los tratamientos y en la idea de ser madre al precio que fuera [...]. Todo lo vivido me ayudó a fortalecer la relación con mi pareja y pienso que vivimos más felices ahora que ya vivimos de todo para tener un hijo que durante los primeros años de matrimonio y el proceso de los tratamientos de infertilidad. ¿Qué hice ahora? Pues les va a parecer muy cómico [...] pero nos compramos un perrito chihuahua y ese es prácticamente quien nos ha quitado muchísimas tensiones para esperar un bebé que llegue por adopción [...]

Para algunos finalmente supone un descanso y una nueva oportunidad, distinta de la que ya vivieron en los tratamientos y con la esperanza de poder un día tener un hijo, como lo muestra la siguiente narración sacada de un foro de adopción de internet:

Sé que esto es tardado, que voy a tener un embarazo de jirafa (15 meses) o de elefante (22 meses); pero es algo más seguro, con mis tratamientos no podía ni ilusionarme mucho, porque tenía miedo del resultado y ahora sí me emociono todo lo que yo quiera y platico de él como si ya lo tuviera, porque DIOS me guió por este camino y DIOS me va a conceder tener a mi peque conmigo.

O el siguiente caso, sacado también de un foro de internet donde, la felicidad de ser padres, opaca cualquier sufrimiento vivido:

[...] nos habían hecho una propuesta que habíamos aceptado, pero que aún estaban por confirmarnos y por fin la semana pasada nos llamaron para darnos la buena noticia de que era un hecho [...], por fin llegó el momento de conocerlos [...]. Decidimos convertirnos en papás de itres hermanitos! Se trata de una niña de cuatro años, un niño de cinco y una niña de siete; los tres son encantadores, hermosos [...]. Los llevamos al zoológico [...]. Estaban felices viendo a los animales, almorzamos juntos y nuestra hija mayor le dijo a la psicóloga que le gustamos como familia y por primera vez me dijo “mamá”. Estoy que no me la creo, el tiempo se nos pasó volando, afortunadamente, la próxima semana vamos al CURSO DE PADRES y nos dejarán convivir con ellos [...] y es posible que en mes y medio ya nos den su custodia [...]. Un breve seguimiento y, finalmente, el juicio de adopción [...]. Creemos que el destino nos unió y después de que nos hablaron de ellos ya no pudimos decir que no. Es maravilloso cómo se ha acomodado todo [...]. En fin, todos nuestros sufrimientos quedan opacados por la felicidad de ser padres.

Algunos encuestados hacen referencia a los elevados costos del proceso de adopción en relación con sus ingresos.

En el Desarrollo Integral de la Familia, DIF (órgano del gobierno federal mexicano), los costos, por lo regular, no sobrepasan los 15,000 pesos. En las instituciones privadas de adopción pueden llegar hasta los 30,000 pesos. Los costos son mayores, ya que deben pagar más de 12,000 pesos por la estancia de la madre biológica, el costo del servicio médico, los trámites, el abogado para el trámite de pérdida de patria potestad, etc. Y no incluye el juicio de adopción que es a través del DIF.

Para las parejas de clase media supone un obstáculo como puede verse en las siguientes narraciones:

La adopción legal está sumamente burocratizada y sólo funciona si tienes mucho dinero para pagar o si tienes contactos [...]

El problema de la adopción es mayor para los matrimonios de pocos o medianos ingresos, porque los costos son altos, y no se mira tanto el amor que puedes dar a un bebé adoptado, sino los medios económicos con que cuentas para hacerle la vida fácil! y garantizar así su bienestar [...]

En nuestro caso no pensamos en tratamientos de reproducción asistida en virtud de que no tenemos los medios económicos suficientes para solventarlo y, de hecho, en la adopción, pasa lo mismo, ya que he estado investigando en las instituciones y tal parece que de igual manera únicamente las personas con solvencia moral y sobre todo económica son las candidatas idóneas para que les sea entregado un hijo en adopción, sin tomar en cuenta a las personas que somos de clase media [...]

Algunas parejas expresan miedos o tabúes, que se suman al tiempo de espera y a las dificultades vividas entre ellos. Las siguientes narraciones están relacionadas con este punto:

A todo ello se sumaban los temores que frecuentemente rodean a la adopción: un niño del que desconoces su herencia biológica, un adolescente que rechaza a sus papás y llora de rabia al no poder conocer a sus papás biológicos, más todos los traumas intrafamiliares que se puedan imaginar [...]. Sin que yo lo advirtiese, la idea de adoptar un bebé iba alojándose en mi corazón, pero mi razón todavía la rechazaba.

Creo que hace mucha falta romper con los tabúes y mala información que se tiene sobre la adopción, agilizar los trámites que son cuesta arriba y crean mucho estrés [...]

[...] mi esposo no está de acuerdo con la adopción y yo tengo miedo de la adopción por temor a que la familia de él llegue a discriminarlo [...]

[...] mi esposo no estaba preparado para la adopción. Para él era un tabú muy grande el pensar que “no llevaría su sangre”.

La adopción ha sido para nosotros una bendición y siempre hemos pensado que nos tardamos demasiado para dar el paso, aunque creemos que se tiene que pasar por un periodo de capacitación y aceptación en pareja de la propia realidad antes de dar este paso.

Esta última narración hecha por una mujer y tomada de un foro de internet, resume el esfuerzo que muchas parejas realizan para comprender y asimilar la adopción y así estar preparadas para el momento en que lleguen a ser padres:

[...] leí y leí, y pensé y platiqué con mi marido. Volvimos a hablar y pensamos y le dimos una y mil vueltas al asunto. Al principio nos asustamos con toooooo-das las posibilidades de la vida que pudo haber tenido nuestra nena antes de llegar a nuestros brazos. Nos aterramos, nos paralizábamos, lo volvíamos a pensar y así nos dimos cuenta de que estábamos seguros de que era el camino por el que queríamos andar. Por fin tocamos más puertas y muy rápido recibimos la tan deseada llamada. Nuestra nena no era bebé, tenía casi cinco años y medio, pero todo el tiempo de espera nos ayudó para darnos cuenta de que, sin importar la edad, nuestra nena sería eso, NUESTRA HIJA. Y la amaríamos con toda su historia. Y entonces entendimos y aceptamos que toooooooooooooo ese tiempo de espera nos había servido y ayudado para reconocer a nuestra nena cuando llegara el momento.

Por último se podría afirmar que hay un largo camino por recorrer en México para llegar a una correcta visión de la adopción. Algunos de los encuestados que se expresan en relación con este tema, comentan que es necesario construir o profundizar en una verdadera noción de lo que podría llamarse “cultura de la adopción”:

[...] desgraciadamente, la cultura de adopción en nuestro país es nula y sumando a esto la problemática y burocracia que hay para adoptar, hay muchos factores en contra para que las parejas que no pueden tener hijos biológicos tomen la decisión de adoptar [...]

La palabra “adopción” pesa, pero esa palabra es sólo un proceso legal. Una vez registrado el niño, es tu hijo y fue adoptado. Nos falta más cultura sobre la adopción y simplemente es otra manera de hacer una familia [...]

La adopción, que tampoco es tan fácil como uno cree, es igualmente maravillosa que un embarazo biológico, sólo que hay la misma desinformación, incompreensión y falta de solidaridad, que con la infertilidad; pero ahí vamos sorteando las dificultades y esperando que llegue nuestro hijo o hija.

Existe poca información y cultura de la adopción en todos los niveles socioeconómicos.

En México no existe una cultura de la adopción y debería de haberla, ya que es una expresión más de amor, dicha y felicidad. También debería de haber grupos de padres que hemos tomado tan hermosa opción.

La adopción es algo más profundo, nace del alma, del corazón. Es el espíritu maternal de toda mujer quien exige al matrimonio la necesidad de tener un bebé en brazos al que amar, cuidar, educar y servir. No se trata de prolongar los apellidos, de sentirte acompañada, de autorrealizarte, de garantizar el cuidado propio en la vejez [...]. Todas esas razones descansan en el egoísmo, en mirarte a ti misma. Un hijo no es una prolongación de tu persona, sino un ser nuevo, diferente, autónomo, al que deseas amar plenamente, y quieres educar y guiar para que sea libre y haga su propia vida.

Es que la verdadera maternidad siempre es adoptiva. Toda mujer debe decidir consciente o inconscientemente si quiere ser mamá de una criatura o no. Incluso ante un hijo biológico, hay un momento en el interior de toda mujer en que se decide aceptarlo como hijo [...] o rechazarlo. Por eso hay tantos abortos y abandonos de bebés recién nacidos [...]. Esas mujeres han rechazado su maternidad.

Las asociaciones de adopción deben contribuir a la construcción de dicha “cultura de la adopción”, como menciona esta narración:

En esas sesiones nos enseñaron a superar los posibles complejos y traumas que pueden presentarse en toda pareja al descubrir que no puede embarazarse y los que pueden surgir al tener al futuro hijo en casa. Nos enseñaron las ventajas de explicar desde el inicio a nuestros hijos que son adoptivos, nos derribaron mitos y falsedades que normalmente se tejen alrededor de este tema.

También las parejas que ya han vivido este proceso deberían ayudar a otras que todavía tienen varias opciones o caminos a seguir. Es el caso de esta encuestada que se sometió a cuatro inseminaciones artificiales y un ICSI, y comenta la iniciativa en la que está trabajando con su pareja:

La adopción es maravillosa, hubiese sufrido mucho menos si alguien me lo hubiese hecho saber, por eso fundamos una asociación de padres adoptivos y estamos trabajando duro en eso, en informar y en lograr un cambio social.

Estas reflexiones se concretarán y puntualizarán en el capítulo 4 de la presente investigación.

6.4 Apéndice: diferencias más significativas encontradas entre el hombre y la mujer

Como anexo al capítulo de Análisis de resultados, se presentan algunas de las diferencias más significativas que se observaron entre el hombre y la mujer al afrontar este proceso.

Se corrieron y analizaron las pruebas estadísticas teniendo en cuenta el grupo de los varones y el grupo de las mujeres. A continuación se presentan los contrastes más significativos.

En cuanto al conocimiento que creen tener de las TRA, los porcentajes son mayores en la mujer que en el varón (tabla 3.91):

TABLA 3.91. ¿CONSIDERAS QUE CONOCÍAS SUFICIENTEMENTE LAS DIVERSAS TRA, AL MENOS LÍNEAS GENERALES, PARA TOMAR UNA DECISIÓN BIEN INFORMADA?

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (19.2% no respondió al reactivo)	No	51.5%	51.5%
	Sí	48.5%	111%
	Total	100.0%	
Mujer (19.4% no respondió al reactivo)	No	40.0%	40%
	Sí	60.0%	100%
	Total	100.0%	

Por algunos reactivos se observa que, en general, el conocimiento real es también mayor en la mujer que en el hombre (tablas 3.92-3.94 y gráfica 3.28):

TABLA 3.92. ¿CONOCÍAS LA DIFERENCIA ENTRE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL Y FECUNDACIÓN ARTIFICIAL?

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (16.8% no respondió al reactivo)	Nada	17.3%	17.3%
	Poco	41.3%	58.7%
	Mucho	30.8%	89.4%
	Muchísimo	10.6%	100%
	Total	100%	

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mujer (17.3% no respondió al reactivo)	Nada	14.2%	14.2%
	Poco	34.3%	48.5%
	Mucho	34.3%	82.7%
	Muchísimo	17.3%	100%
	Total	100.0%	

TABLA 3.93. ¿CONOCÍAS LO QUE SE LLAMA ESTIMULACIÓN OVÁRICA?

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (17.6% no respondió al reactivo)	Nada	16.5%	16.5%
	Poco	43.7%	1.0%
	Mucho	31.1%	91.3%
	Muchísimo	8.7%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (18.2% no respondió al reactivo)	Nada	13.5%	13.5%
	Poco	29.0%	42.5%
	Mucho	43.1%	85.6%
	Muchísimo	14.4%	100%
	Total	100.0%	

TABLA 3.94. ¿CONOCÍAS LO QUE SE DENOMINA COMO SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA Y QUE, EN ALGUNOS CASOS, ES PELIGROSO Y EN OCASIONES MORTAL?

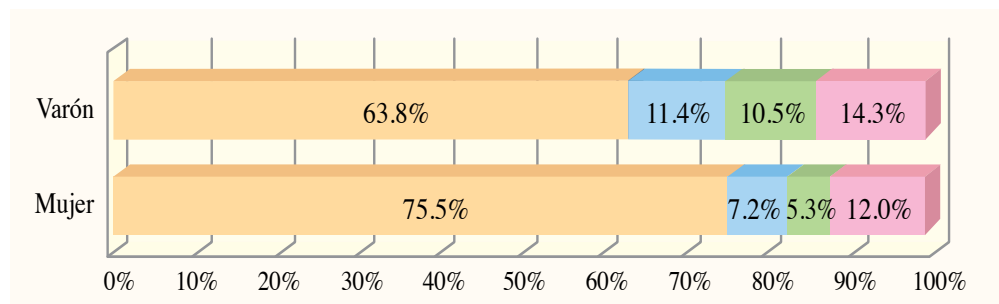
Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (18.4% no respondió al reactivo)	Nada	59.8%	59.8%
	Poco	23.5%	83.3%
	Mucho	11.8%	95.1%
	Muchísimo	4.9%	100%
	Total	100.0%	

Tabla 3.94 (continuación)

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mujer (17.5% no respondió al reactivo)	Nada	50.6%	50.6%
	Poco	24.3%	74.9%
	Mucho	19.0%	93.9%
	Muchísimo	6.1%	100%
	Total	100.0%	

De manera especial, son relevantes las diferencias sobre el conocimiento del inicio de la vida humana (gráfica 3.28). Esto se refleja también en las respuestas que se dieron a la pregunta de si después de la unión del espermatozoide con el óvulo sólo se tenía como resultado un puñado de células o algo más (tabla 3.93):

GRÁFICA 3.28. SEGÚN LOS CONOCIMIENTOS QUE POSEÍAS EN RELACIÓN CON LAS TRA, EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿CUÁNDO CREÍAS QUE COMENZABA LA VIDA HUMANA?



- En la fecundación: cuando se une el óvulo con el espermatozoide
- Cuando el embrión se implanta en el útero (en la implantación)
- Cuando el embrión alcanza alguna etapa del desarrollo o no hay un momento exacto
- No tenía una opinión al respecto, no me lo pregunté o no estaba seguro/a

(16.0% de los varones no respondieron al reactivo)

(17.3% de las mujeres no respondieron al reactivo)

TABLA 3.93. QUE EL RESULTADO DE UNIR ÓVULOS Y ESPERMATOZOIDES, EN EL LABORATORIO, ES SÓLO UN PUÑADO DE CÉLULAS

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (54.4% no respondió al reactivo)	No	47.4%	47.4%
	Sí	31.6%	78.9%
	No sé	21.1%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (44.5% no respondió al reactivo)	No	67.6%	67.6%
	Sí	23.7%	91.3%
	No sé	8.7%	100%
	Total	100.0%	

El reactivo en que se preguntó a las parejas si, al momento de presentarles las TRA, les advirtieron que iban a producir embriones, muestra más respuestas afirmativas en el hombre que en la mujer (tabla 3.94). El dato es significativo, pues como hemos visto anteriormente, la mujer conoce mejor que el hombre el momento en que inicia la vida humana. Al parecer esto se debe a un cierto bloqueo que en ese momento se presenta en la mujer.

TABLA 3.94. QUE SE IBAN A PRODUCIR EMBRIONES EN EL LABORATORIO

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (53.6% no respondió al reactivo)	No	25.9%	25.9%
	Sí	63.8%	89.7%
	No sé	10.3%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (41.9% no respondió al reactivo)	No	39.7%	39.7%
	Sí	53.2%	92.9%
	No sé	7.1%	100%
	Total	100.0%	

También la mujer piensa, en un porcentaje mayor, que la información recibida en las clínicas en cuanto a los posibles efectos secundarios de las TRA no fue la adecuada (tabla 3.95):

TABLA 3.95. ¿LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE PODRÍA HABER EN EL EMPLEO DE LAS TRA?

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (48.8% no respondió al reactivo)	Nunca recibí esta información	25.0%	25.0%
	Me informaron muy poco	10.9%	35.9%
	Había poca información en la carta de consentimiento	1.6%	37.5%
	El médico me informó en persona	43.8%	81.2%
	Recibí información completa por escrito y por el médico	18.8%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (39.6% no respondió al reactivo)	Nunca recibí esta información	29.4%	29.4%
	Me informaron muy poco	14.1%	43.5%
	Había poca información en la carta de consentimiento	4.6%	48.1%
	El médico me informó en persona	37.4%	85.5%
	Recibí información completa por escrito y por el médico	14.5%	100%
	Total	100.0%	

En cuanto a si los costos fueron superiores a lo esperado, la mujer opina en un mayor porcentaje que efectivamente así sucedió:

TABLA 3.96. ¿LOS COSTOS FINALES DE LOS TRATAMIENTOS FUERON SUPERIORES A LOS QUE TE DIJERON AL PRINCIPIO?

	Sexo	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (47.2% no respondió al reactivo)	No	36.4%	36.4%
	Sí	50.0%	86.4%
	No sé	13.6%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (37.6% no respondió al reactivo)	No	15.5%	15.5%
	Sí	64.6%	80.1%
	No sé	19.9%	100%
	Total	100.0%	

Particularmente significativas son las diferencias que se observan entre la mujer y el varón en la ayuda que recibieron en las clínicas para encauzar las propias emociones y sentimientos (tabla 3.97), un posible estado de angustia o depresión (tabla 3.98) y las sensaciones y sentimientos que el problema de infertilidad produce (gráficas 3.29 y 3.30, tablas 3.99 y 3.100). Estos datos coinciden con los reportados en otros estudios mencionados en el capítulo 1, en la revisión de la bibliografía.

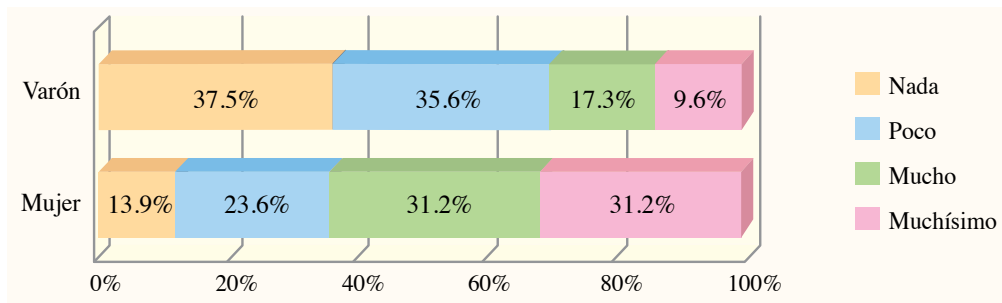
TABLA 3.97. EL MANEJO DE LAS PROPIAS EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

	Sexo	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (41.6% no respondió al reactivo)	Incompleta e inadecuada	39.7%	39.7%
	Medianamente completa y adecuada	45.2%	84.9%
	Muy completa y adecuada	15.1%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (35.9% no respondió al reactivo)	Incompleta e inadecuada	51.8%	51.8%
	Medianamente completa y adecuada	29.9%	81.7%
	Muy completa y adecuada	18.3%	100%
	Total	100.0%	

TABLA 3.98. EL POSIBLE ESTADO DE ANGUSTIA O DEPRESIÓN EN QUE ME PODRÍA ENCONTRAR

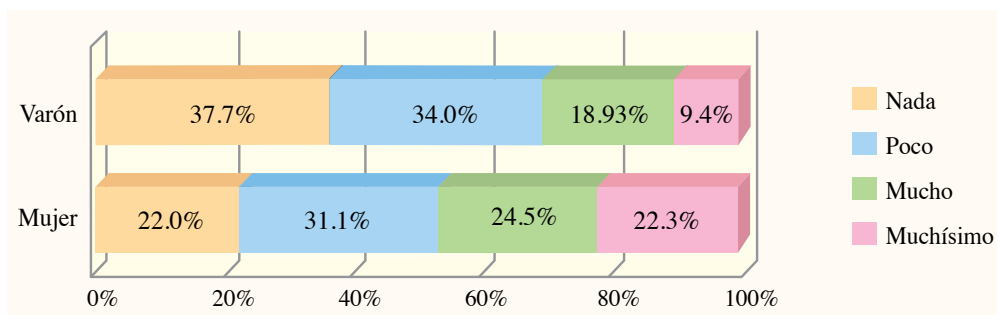
Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (41.6% no respondió al reactivo)	Incompleta e inadecuada	46.6%	46.6%
	Medianamente completa y adecuada	32.9%	79.5%
	Muy completa y adecuada	20.5%	100%
	Total	100.0%	57.6%
Mujer (35.9% no respondió al reactivo)	Incompleta e inadecuada	57.6%	82.4%
	Medianamente completa y adecuada	24.8%	100%
	Muy completa y adecuada	17.6%	100%
	Total	100.0%	

En los estados de depresión, angustia y ansiedad, los porcentajes son notablemente más elevados en la mujer (gráfica 3.29), al igual que los porcentajes de una disminución de su autoestima (gráfica 3.30). También son notables, aunque menos, los porcentajes de tener un sentimiento de culpa (tabla 3.99).

GRÁFICA 3.29. UN ESTADO DE DEPRESIÓN, ANGUSTIA O ANSIEDAD

(16.8% de los varones no respondieron al reactivo)
(15.2% de las mujeres no respondieron al reactivo)

GRÁFICA 3.30. UNA DISMINUCIÓN DE MI AUTOESTIMA



(15.2% de los varones no respondieron al reactivo)

(16.4% de las mujeres no respondieron al reactivo)

**TABLA 3.99. UN SENTIMIENTO DE CULPA:
“¿QUÉ HICE PARA QUE ME SUCEDA ESTO?”**

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (16.8% no respondió al reactivo)	Nada	44.2%	44.2%
	Poco	25.0%	69.2%
	Mucho	20.2%	89.4%
	Muchísimo	10.6%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (16.1% no respondió al reactivo)	Nada	28.3%	28.3%
	Poco	20.3%	48.6%
	Mucho	21.2%	69.8%
	Muchísimo	30.2%	100%
	Total	100.0%	

Por lo que ve a la necesidad de compartir y comunicar la propia situación, el hombre la vive de una manera más reservada que la mujer (tabla 3.100). También, aunque con diferencias menores, lo evidencian las tablas 3.101 y 3.102:

TABLA 3.100. UNA FUERTE PENA QUE TENÍA QUE COMPARTIR

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (14.4% no respondió al reactivo)	Nada	24.3%	24.3%
	Poco	33.6%	57.9%
	Mucho	25.2%	83.2%
	Muchísimo	16.8%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (15.4% no respondió al reactivo)	Nada	14.7%	14.7%
	Poco	19.3%	34.1%
	Mucho	36.2%	70.3%
	Muchísimo	29.7%	100%
	Total	100.0%	

TABLA 3.101. NO SUPIMOS A QUIÉN ACUDIR

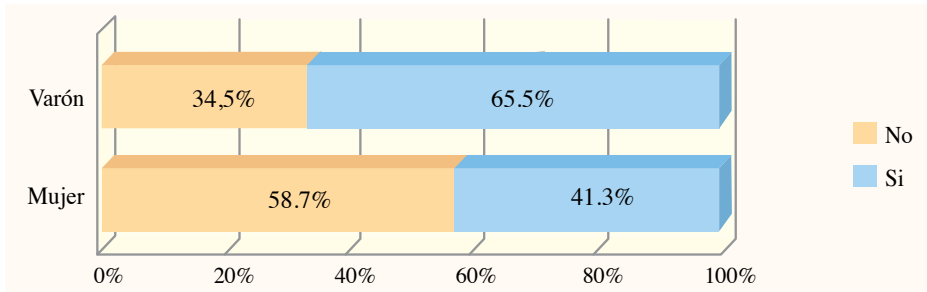
Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (20.8% no respondió al reactivo)	No	61.6%	61.6%
	Sí	38.4%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (21.0% no respondió al reactivo)	No	56.9%	56.9%
	Sí	43.1%	100%
	Total	100.0%	

TABLA 3.102. NOS AYUDAMOS DE UNA TERCERA PERSONA

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (20.8% no respondió al reactivo)	No	67.4%	67.4%
	Sí	32.6%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (34.6% no respondió al reactivo)	No	62.0%	62.0%
	Sí	38.0%	100%
	Total	100%	

Lo anterior concuerda con la sensación de la pareja al dejar la clínica de fertilidad: la mujer tiene una mayor esperanza y fe en que pueda darse un resultado positivo (gráfica 3.31).

**GRÁFICA 3.31. UNA CITA MÁS QUE NO DARÍA SOLUCIÓN
AL PROBLEMA DE INFERTILIDAD**

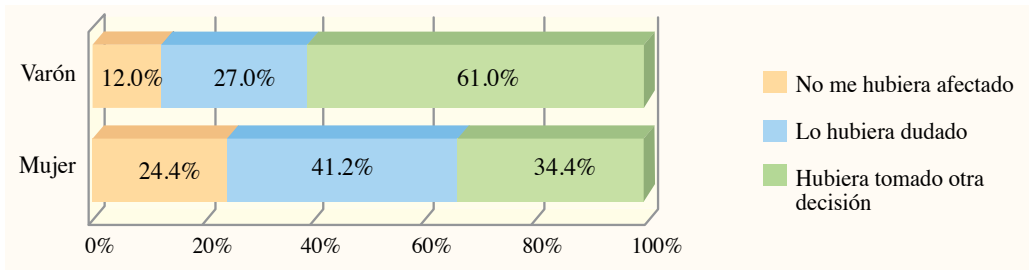


(76.8% de los varones no respondieron al reactivo)

(89.4% de las mujeres no respondieron al reactivo)

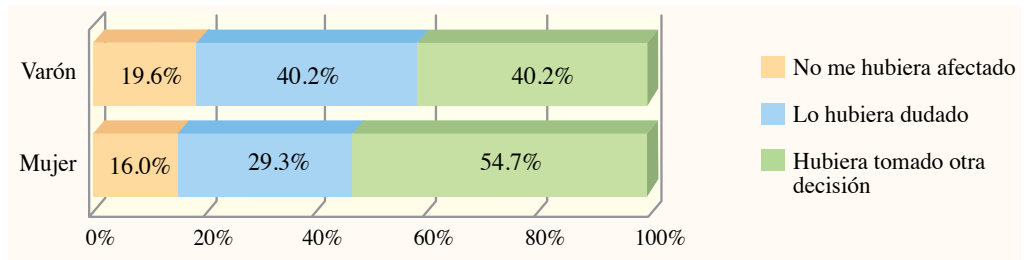
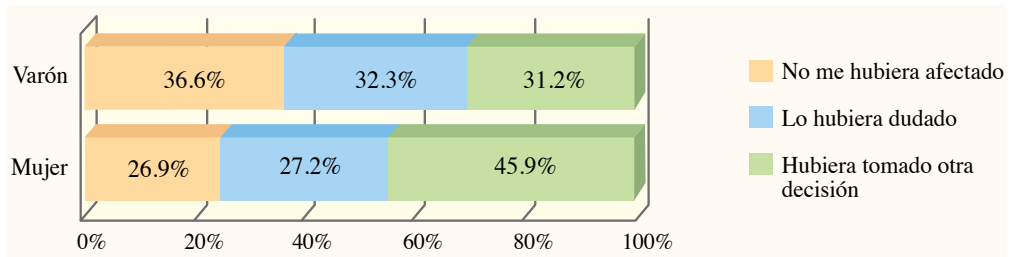
En cuanto a la influencia que hubiera tenido en su decisión el conocimiento de algunos riesgos, se observa que si hubieran sido riesgos para la mujer, el varón hubiera tomado otra decisión en un porcentaje mucho mayor (gráfica 3.32), situación que no se observa en el caso de la pérdida, destrucción o congelación de embriones, donde le hubiera afectado más a la mujer (gráficas 3.33 y 3.34).

**GRÁFICA 3.32. RIESGOS Y EFECTOS
SECUNDARIOS PARA LA ESPOSA**



(20.0% de los varones no respondieron al reactivo)

(21.7% de las mujeres no respondieron al reactivo)

GRÁFICA 3.33. PÉRDIDA O DESTRUCCIÓN DE EMBRIONES

GRÁFICA 3.34. CONGELACIÓN DE EMBRIONES


La ayuda que recibió la pareja para afrontar su situación entre sí o con la sociedad fue notablemente escasa, pero menor en el caso de la mujer (tablas 3.103 y 3.104).

TABLA 3.103. EN LA RELACIÓN COMO PAREJA

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (23.2% no respondió al reactivo)	Nada	64.6%	64.6%
	Poco	14.6%	79.2%
	Mucho	14.6%	93.8%
	Muchísimo	6.2%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (16.4% no respondió al reactivo)	Nada	72.7%	72.7%
	Poco	15.4%	88.2%
	Mucho	8.3%	96.4%
	Muchísimo	3.6%	100%
	Total	100.0%	

TABLA 3.104. EN LA RELACIÓN CON LA SOCIEDAD

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (22.4% no respondió al reactivo)	Nada	67.0%	67.0%
	Poco	21.6%	88.7%
	Mucho	9.3%	97.9%
	Muchísimo	2.1%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (16.8% no respondió al reactivo)	Nada	75.1%	75.1%
	Poco	14.4%	89.5%
	Mucho	8.3%	97.8%
	Muchísimo	2.2%	100%
	Total	100.0%	

La disposición que existe para considerar la adopción como una opción es mayor en la mujer que en el varón (tabla 3.105):

TABLA 3.105. NUNCA LO CONSIDERÉ COMO UNA POSIBILIDAD

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (16.0% no respondió al reactivo)	Nada de acuerdo	42.9%	42.9%
	Muy poco de acuerdo	10.5%	53.3%
	Poco de acuerdo	10.5%	63.8%
	Bastante de acuerdo	11.4%	75.2%
	Completamente de acuerdo	24.8%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (15.2% no respondió al reactivo)	Nada de acuerdo	51.6%	51.6%
	Muy poco de acuerdo	9.5%	61.1%
	Poco de acuerdo	13.0%	74.2%
	Bastante de acuerdo	13.6%	87.8%
	Completamente de acuerdo	12.2%	100%
	Total	100.0%	

Sin embargo, a la mujer le cuesta más que al varón enfrentar algunos acontecimientos o situaciones de la vida real (tablas 3.106-3.109).

TABLA 3.106. EL TIEMPO DE ESPERA: NO SABER CUÁNDO VA A LLEGAR

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (17.6% no respondió al reactivo)	Nada	15.5%	15.5%
	Muy poco	9.7%	25.2%
	Poco	20.4%	45.6%
	Bastante	27.2%	72.8%
	Mucho	27.2%	100%
	Total	100.0%	

Tabla 3.106 (continuación)

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mujer (14.7% no respondió al reactivo)	Nada	15.9%	15.9%
	Muy poco	8.1%	24.1%
	Poco	13.5%	37.6%
	Bastante	30.3%	67.8%
	Mucho	32.2%	100%
	Total	100.0%	

TABLA 3.107. MANEJAR LAS RELACIONES CON FAMILIARES Y AMIGOS

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (19.2% no respondió al reactivo)	Nada	53.5%	53.5%
	Muy poco	17.8%	71.3%
	Poco	16.8%	88.1%
	Bastante	10.9%	99.0%
	Mucho	1.0%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (15.0% no respondió al reactivo)	Nada	48.8%	48.8%
	Muy poco	14.1%	62.9%
	Poco	17.1%	79.9%
	Bastante	14.1%	94.0%
	Mucho	6.0%	100%
	Total	100.0%	

**TABLA 3.108. CUANDO SE ENTERE DE QUE
NO SOMOS SUS PADRES BIOLÓGICOS**

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (18.4% no respondió al reactivo)	Nada	43.1%	43.1%
	Muy poco	11.8%	54.9%
	Poco	22.5%	77.5%
	Bastante	19.6%	97.1%
	Mucho	2.9%	100%
	Total	100.0%	
Mujer (15.7% no respondió al reactivo)	Nada	34.7%	34.7%
	Muy poco	15.3%	50.0%
	Poco	20.2%	70.2%
	Bastante	18.9%	89.1%
	Mucho	10.9%	100%
	Total	100.0%	

**TABLA 3.109. QUE LLEGAN A DISCRIMINARLOS
POR ALGUNA RAZÓN**

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón (18.4% no respondió al reactivo)	Nada	40.2%	40.2%
	Muy poco	17.6%	57.8%
	Poco	22.5%	80.4%
	Bastante	16.7%	97.1%
	Mucho	2.9%	100%
	Total	100.0%	

Tabla 3.109 (continuación)

Sexo		Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mujer (15.2% no respondió al reactivo)	Nada	33.2%	33.2%
	Muy poco	14.1%	47.3%
	Poco	15.5%	62.8%
	Bastante	19.6%	82.3%
	Mucho	17.7%	100%
	Total	100.0%	

Algunos estudios, ya citados en el capítulo 1, realizaron los análisis basados en las diferencias de sexo. Por ello se hicieron las pruebas anteriores, que complementan el análisis de la presente investigación. Se recuerda que se consideró más enriquecedor e innovador realizar las pruebas con los cuatro grupos en los que se segmentó la muestra y, en algunos casos, en los dos grupos que recurrieron o no a las TRA.

Discusión y conclusiones

4.1 DISCUSIÓN

En este último capítulo se resumen y comentan los principales hallazgos del presente estudio. Se incluyen así mismo y a manera de conclusión el comportamiento de las hipótesis en relación con los datos analizados en el capítulo anterior. Se presentan las fortalezas y debilidades de esta tesis, para ponerlas a disposición de futuros estudios. Finalmente, se exponen algunas propuestas de la ayuda que podrían recibir quienes enfrentan el proceso de la infertilidad.

4.1.1 Características de los clusters o grupos de encuestados en los que se dividió la muestra

En cuanto a los grupos en que se dividió la muestra para la mayoría de los análisis de esta investigación, se pueden encontrar algunas características específicas que, en cierta forma, los caracterizan. Teniendo en cuenta las diferencias más significativas encontradas entre los grupos —tarea realizada en el capítulo anterior—, se intentará sintetizarlas y presentar un resumen conclusivo.

El *primero de los grupos* corresponde a los individuos de la muestra que no se han sometido a las TRA, bien sea porque definitivamente no optaron por ellas, bien sea porque todavía no se han decidido por alguna de las opciones que se les presentan (éstos son los menos en relación con los primeros).

Una de las particularidades más notables de este grupo es que, ante su problema de infertilidad, los sujetos tienen los porcentajes más bajos de haber sentido el proceso como una pena muy fuerte, una disminución en su autoestima o un estado de depresión, angustia o ansiedad. No obstante, como en los demás grupos, estos porcentajes son elevados.

Es pues el grupo más estable desde el punto de vista emocional y el que posee un menor conocimiento de los procedimientos de las TRA. Como ya se ha observado, esto es comprensible, pues al no haber recurrido a las TRA, su interés por conocer dichos procedimientos es menor.

Entre otras razones por las que este grupo podría haber optado por la adopción y no someterse a las TRA, estarían las de tipo ético o religioso, ya que casi un 60.0% opinó que si su religión le hiciera ver la ilicitud de las TRA, sería razón suficiente para no recurrir a ellas y el 75.0% expresó que su formación religiosa influyó notablemente en su decisión. En algunos casos, también el factor económico pudo influir en su decisión más que en los otros grupos.

El *segundo grupo* corresponde a los que exclusivamente se sometieron a la inseminación artificial. Su conocimiento de los procedimientos de las TRA, en especial de la FIVET/ICSI, es también menor al que poseen los individuos del tercer y cuarto grupo.

La característica que sobresale de los sujetos de este grupo es que tienen los porcentajes más altos de haber sentido su situación de infertilidad como una pena muy fuerte que tenían que compartir y que les produjo una disminución en su autoestima y un mayor estado de depresión, angustia o ansiedad.

La razón de haber recurrido sólo a la inseminación artificial podría deberse a razones de tipo ético o religioso, pero también en algunos casos pudo deberse a motivos económicos, ya que el costo de la inseminación artificial es menor que el de la FIVET e ICSI.

El *tercer grupo* de los individuos que se sometieron presumiblemente primero a la inseminación artificial y posteriormente a la FIVET y/o ICSI, es el grupo que mayor conocimiento tiene sobre los procedimientos de las TRA y los posibles riesgos que existen para el embrión o para la madre.

La característica más notable de este grupo es la perseverancia en tratar de tener un hijo. Lo anterior porque, en primer lugar, se sometieron a la inseminación artificial y, ante los resultados seguramente negativos, recurrieron posteriormente a la FIVET y/o ICSI.

En cuanto a la sensación que les produjo su problema de infertilidad, éste es el grupo al que menos le afectó en su autoestima. No obstante, es el que tiene los porcentajes más elevados, después del grupo anterior, en cuanto a una fuerte pena que tenían que compartir y encontrarse en un estado de depresión, angustia o ansiedad.

Otro factor que define a este grupo es que posee el porcentaje mayor de individuos que piensan que la vida humana empieza con la fecundación (81.1%). El factor económico es, juntamente con el cuarto grupo, el que menos le influyó en su decisión.

El *cuarto grupo* son los individuos que directamente acudieron a las TRA, sin recurrir a la inseminación artificial. Es el grupo que menos sujetos tiene de los cuatro. Esto hace suponer que la práctica de la inseminación artificial es la que más se realiza en México y que son menos las parejas que recurren directamente a la FIVET y/o ICSI. Las razones se han evidenciado en diversas partes del capítulo 3.

Después del grupo de los que se sometieron sólo a la inseminación artificial, es el grupo que más afectado se vio en su autoestima. Es el grupo que tiene los porcentajes más bajos, de los tres que se sometieron a las TRA, en la pena que tenían que compartir por su problema de infertilidad y el estado de depresión, angustia o ansiedad que sufrieron.

El conocimiento que tiene sobre los procedimientos de las TRA y los riesgos que puede haber para el embrión o la madre, es mayor que el de los dos primeros grupos. No obstante, este conocimiento, es notablemente menor del que tiene el tercer grupo.

Posiblemente la característica más relevante de este grupo es que tiene el menor porcentaje de individuos (58.1%), que piensan que la vida humana empieza con la fecundación.

En general, es el grupo que posee los porcentajes menores en cuanto a la ayuda recibida, información que poseen, el que menos practica su religión y el que menos consideró la opción de la adopción.

También, ante los posibles riesgos para la madre o el embrión que las TRA pueden representar, es el grupo al que menos le hubiera afectado tomar otra decisión.

4.1.2 Porcentajes de los individuos de la muestra a los que les propusieron las diversas Técnicas de Reproducción Asistida y porcentajes de los que finalmente se sometieron a las diversas Técnicas de Reproducción Asistida analizadas

Un dato que sobresale del análisis se refiere al elevado porcentaje de parejas que recurrieron a la inseminación artificial. De las 216 ocasiones que les fue propuesta a algunos individuos, 202 decidieron recurrir a la inseminación artificial. Esto supone el 93.3% de aquellos a los que les fue propuesta (202 de 216) y el 35.7% sobre la muestra total (202 de 566).

En cuanto al número de intentos para realizar la inseminación artificial, también es un dato muy significativo, pues el 42% (85 de 202) lo intentó en tres, cuatro o más ocasiones.

La FIVET fue propuesta en 195 ocasiones y se recurrió a ella en 90 ocasiones, lo que significa un 46.1% (95 de 195) de los que les fue propuesta y un 16.8% en relación con la muestra total (95 de 566).

Y en tercer lugar, sobre la técnica ICSI, ésta fue propuesta en 141 ocasiones y acudieron a ella en 41. Esto quiere decir que el 29.1% (41 de 141) de los momentos en que fue propuesta, se optó por ella y en relación con la muestra total supuso un 7.2% (41 de 566).

Las posibles razones por las que la inseminación artificial tiene un porcentaje de recurrencia tan alto en relación con las otras dos técnicas, podrían ser las siguientes:

1. Los costos son notablemente menores y, por tanto, desde el punto de vista económico, se puede acceder a ella con mayor facilidad.
2. Es una técnica más fácil de realizar y, en bastantes ocasiones, sin un tipo concreto de diagnóstico, aunque la falta de éste también se da en el recurso a las otras técnicas. Lo que se puede afirmar es que no requiere una especial preparación técnica por parte del personal médico, como ocurre en el caso de la FIVET e ICSI. Esto es algo que se ha venido observando a lo largo del capítulo 3, Análisis de resultados.
3. Podrían haber influido también los cuestionamientos éticos que se les presentaron a los sujetos entrevistados y que, para el caso de la inseminación artificial, son menores que para la FIVET e ICSI, ya que no existe fecundación extracorpórea, posibilidad de embriones congelados y los riesgos para la mujer y el embrión son menores.

4.1.3 Porcentajes de éxito reportados por las clínicas de fertilidad, los estudios internacionales y los obtenidos en la presente investigación para la FIVET/ICSI.

La realidad del número de embriones producidos

Otro de los temas que sobresale en el presente estudio son las diferencias tan notables que existen, por un lado, entre las tasas de éxito reportadas por las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas en sus páginas de internet y, por otro, las tasas reportadas por los estudios internacionales ya mencionados. Estas diferencias son aún mayores, cuando se comparan con los porcentajes de éxito obtenidos en esta investigación (tabla 3.17 del capítulo 3 y la sección 3.4.1.2.4 del mismo capítulo).

En la sección 3.4.1.2.4 se aludió a la preocupación que se percibía en las clínicas de fertilidad por mostrar y reportar, por lo general, altas tasas de éxito y que eran tan diferentes de unas clínicas a otras.

No se observa la consistencia suficiente y el adecuado profesionalismo a la hora de presentar dichos resultados, pues los criterios por los que se rigen (edad de la mujer, número de embriones transferidos por ciclo, número de ciclos, etc. son tan variados que su interpretación no es fácil y la comparación entre ellos resulta prácticamente imposible.

Para la inseminación artificial, las clínicas de fertilidad reportan entre el 10% y el 30% de éxito cuando se realiza un ciclo y del 50% al 90% cuando se realizan entre cuatro y seis intentos o ciclos. Las diferencias entre estos porcentajes y los obtenidos en el presente estudio son muy grandes.

Hay que recordar que no existen datos reportados en los informes internacionales sobre las tasas de éxito de la inseminación artificial, y por tanto, no se pudo hacer una comparación. En la tabla 3.17 del capítulo 3, se muestra el porcentaje de número de intentos y de partos (1.25%).

Para el caso de la FIVET/ICSI, los porcentajes de éxito reportados por las clínicas de fertilidad oscilan entre el 35% y el 80%.

La comparación entre los porcentajes de éxito reportados por los estudios internacionales y las tasas de éxito obtenidas en este estudio para el caso de la FIVET/ICSI se encuentra en la sección 3.4.1.2.5 del capítulo 3. Las diferencias que se obtienen son menores en relación con las tasas reportadas por las clínicas de fertilidad. En dicho apartado se explican detalladamente tales diferencias y sus posibles causas.

Un punto delicado de este estudio, señalado en la sección 3.4.1.2.5 del capítulo 3, se refiere a la dificultad de conocer el número de ciclos a los que fue sometida la mujer y, sobre todo, el número de embriones producidos en cada ciclo. Algunos datos reportados permitían entrever la cantidad de embriones producidos, los que presumiblemente son destruidos al ser seleccionados los mejores, los que son congelados y los que son transferidos al útero.

No obstante, a pesar de este vacío de información, por algunas narraciones presentadas se podía deducir que, por cada estimulación ovárica, podría haber entre 10 y 20 óvulos fecundados por ciclo; en otros testimonios se reportaban entre seis y nueve óvulos fecundados. Las cifras hablan por sí solas y constituyen un dato de seria reflexión para todos los que se dedican con tanto empeño a estas técnicas, en especial la FIVET/ICSI. También en algunas narraciones se observaban las consecuencias de diverso tipo que se producían en los encuestados, al conocer el número de óvulos fecundados y los diferentes destinos que podían haber tenido.

4.1.4 En relación con las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas

1. Acreditación de las clínicas de fertilidad en México:

El Dr. Alfonso Gutiérrez Nájar, pionero de la Reproducción Asistida en México, en una entrevista reportaba el siguiente número de clínicas acreditadas en septiembre de 2009:¹

En septiembre del año 2009, operaban en México aproximadamente cerca de 50 clínicas especializadas, de las cuales 23 cuentan con la acreditación que otorga la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, Red-Lara. Este organismo está encargado de verificar el estricto apego de los centros a las normas de operación internacionales y registra anualmente los resultados obtenidos.²

En el mismo artículo, Gutiérrez Nájar comenta lo siguiente, en cuanto al profesionalismo que existe en algunas clínicas:

Es muy frecuente que, antes de consultar a un especialista, las parejas acudan con varios médicos menos capacitados o a centros no registrados y con tasas de éxito muy bajas. Además de ser una pérdida de tiempo y de dinero, este recorrido puede disminuir el potencial reproductivo de las personas si se aplican tratamientos que no se corresponden con un buen diagnóstico.³

El comentario de Gutiérrez Nájar tiene sentido y se verifica en la investigación realizada, primero, por los porcentajes de éxito tan bajos que se reportan en la sección 3.2.3 del capítulo 3, Análisis de resultados; segundo, por el número elevado de sujetos que se sometieron a tres o más inseminaciones artificiales y, tercero, por otras razones recogidas en las narraciones de la investigación cualitativa.

2. Servicios básicos y profesionalismo del personal de las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas:

De acuerdo con los testimonios recogidos en la investigación cualitativa, existirían un número de clínicas que tienen unas instalaciones adecuadas, donde el trato y la atención que recibieron los encuestados por parte de los médicos y el personal que en ellas trabaja, fue el apropiado. Lo mismo se podría decir de algunos

¹ A finales del 2010, como ya se reportó con anterioridad, aumentó a 30 el número de clínicas acreditadas por la Red-Lara.

² Periódico *Reforma*, México, 27-09-2009, sección Sociales, p. 7.

³ Periódico *Reforma*, México..., p. 7

médicos especialistas que trabajan independientemente y de algunos consultorios donde ejerce personal especializado.

No obstante, se constató la existencia de clínicas y establecimientos que no poseen las instalaciones adecuadas y en las que el profesionalismo de los médicos no es el apropiado, suponiendo que muchos de ellos no tienen la capacitación adecuada para llevar a cabo este tipo de técnicas. Muchos de ellos solamente realizan la inseminación artificial, como una técnica que no tiene la complejidad de la FIVET/ICSI.

3. Información proporcionada en las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas:

La información que reciben las parejas, bien sea a través de una carta del consentimiento informado o de cualquier otro modo es, en la mayoría de los casos, incompleta y podría llegar a ser parcial.

Es una información que va más bien dirigida a aspectos técnicos, tales como lo que deben hacer en las diversas etapas del proceso de las TRA, los detalles del procedimiento, las probabilidades de embarazo (aunque éstas no coincidan con la realidad) y los costos económicos totales. También se les proporciona información que responde a preguntas lógicas realizadas por los mismos encuestados al personal de las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas.

De igual manera no existe la información suficiente, en cuanto a los efectos secundarios que podrían tener las TRA para la mujer, como es el caso del síndrome de hiperestimulación ovárica. Al parecer solamente son informados con el fin de protegerse en el caso de que éste se presente y pueda tener consecuencias graves: el 36.1% y 45.3% de los dos grupos que se sometieron a la FIVET-ICSI no recibieron o recibieron muy poca información sobre los efectos secundarios de la hiperestimulación ovárica.

En el apartado 3.3.2.2 del capítulo 3, Análisis de resultados, se observa la información recibida en cuanto a los posibles riesgos de malformaciones para el embrión. Muchos de los sujetos a los que se le presentó la FIVET/ICSI, no fueron informados adecuadamente o simplemente no les informaron sobre el tema: al 53.4% y 60.0% no les informaron o les informaron muy poco, para los grupos tercero y cuarto respectivamente (gráfica 3.8 de la sección 3.3).

Una de las preguntas más delicadas que se hizo a los encuestados, se refería a la información recibida en la clínica de fertilidad y/o por parte del médico especialista en relación con si lo que se manejaba o se producía en el laboratorio eran sólo células o embriones. La respuesta que recibieron los encuestados que se sometieron a la FIVET y/o ICSI de que trabajarían con células y no con embriones, fue del 50% aproximadamente.

En cuanto a la producción, transferencia, congelación y destino de los embriones, un 30% de los sujetos de estos mismos grupos no recibió ninguna información (sección 3.3.4.1 del capítulo 3, Análisis de resultados).

Sobre la satisfacción de los encuestados en relación con la información recibida en las clínicas de fertilidad y/o por el médico especialista, aproximadamente dos de cada tres encuestados quedaron bastante o muy satisfechos. No ocurrió lo mismo con la asesoría proporcionada: un 80% de los encuestados la consideró inadecuada o medianamente inadecuada.

Esto queda avalado por los datos cuantitativos, la investigación de campo realizada en varias clínicas y las experiencias contadas por los encuestados.

4. Idoneidad del diagnóstico proporcionado por los médicos especialistas:

Hay que señalar la existencia de clínicas de fertilidad con la debida competencia y seriedad en la aplicación de los procedimientos encaminados a obtener un diagnóstico adecuado de las causas de la infertilidad.

En México, donde se realizó esta investigación, de igual manera se detectaron consultorios o establecimientos donde trabajan médicos con escasa capacitación e incluso “técnicos” que realizan principalmente la inseminación artificial, sin la debida formalidad y sin confirmar si es la técnica apropiada para el problema de infertilidad que presentaba la pareja, partiendo de un diagnóstico preciso, y sin tener ante todo, un verdadero interés por el bien integral de la pareja.

Dado que en México no existe una ley que pueda regular estas prácticas o en su caso alertar sobre las diversas anomalías en la realización de las TRA, el campo está abonado para todo tipo de abusos en detrimento de los individuos que recurren a estas técnicas.

4.1.5 Impresiones al dejar la clínica de fertilidad y/o médico especialista

Los encuestados expresaron sus sensaciones al dejar la clínica de fertilidad y/o médico especialista: cuatro de cada cinco encuestados sintió que su problema de infertilidad no era de fácil solución, aunque por otro lado, tres de cada cuatro encuestados percibieron un signo de esperanza así como la posibilidad de obtener un embarazo. Esto permite percibir la mezcla de sentimientos por los que los individuos pasan y que, en ocasiones, constituyen casi un drama. Ésta es una de las características que con más claridad se ha venido observando en el proceso de infertilidad por el que pasan los encuestados.

El 60% de los sujetos tuvo la sensación de estar completamente en las manos del médico especialista. Esto supuso, para muchos de ellos, consecuencias no previstas,

sobre todo cuando los tratamientos no tuvieron el resultado positivo esperado, como se observó en las narraciones que se presentaron en el capítulo 3. Los encuestados evaluaron de modo positivo o negativo la conducta, el profesionalismo y las intenciones de los médicos especialistas.

Un aspecto al que los encuestados le dieron una gran importancia fue al trato humano y personalizado que recibieron o no recibieron en las clínicas de fertilidad. También se detectó como un factor de importancia el interés económico que percibieron en algunos de los médicos especialistas y/o en el personal de las clínicas de fertilidad.

Por otro lado, uno de los sentimientos expresados al dejar definitivamente los tratamientos en las clínicas de fertilidad y/o con los médicos especialistas, fue el alivio y la liberación al ya no estar sometidos al desgaste físico y emocional que dichos tratamientos, recurrentemente, les ocasionaron. Sentimientos que en muchas ocasiones llegaron a lo más profundo de su psique y de su alma.

4.1.6 Sensaciones de los encuestados ante su problema de infertilidad

La mitad de los encuestados aproximadamente experimentó un sentimiento profundo de disminución de su autoestima, un sentimiento de culpa y un estado profundo de depresión, angustia o ansiedad. Éste último le afectó más a los grupos que se sometieron a alguna de las diferentes TRA, como ya se expresó en el inciso 4.1.1 del presente capítulo (para un análisis más detallado véanse las tablas 3.34-3.36 y las gráficas 3.10 y 3.11 del capítulo 3).

La investigación cualitativa explicita los datos cuantitativos anteriores y hace referencia, en unos casos, a la esperanza-desesperanza que experimentaron algunos individuos en la vivencia de su proceso de infertilidad, y en otros casos, a la forma vergonzosa como vivieron su proceso y que los hizo frágiles y sensibles, sin haber tenido la adecuada asesoría para superar esos períodos de dolor, hasta alcanzar la paz y la resignación.

O por el contrario, dicha investigación cualitativa deja ver a los encuestados que se enfrascaron en una lucha que se pudo convertir, en algunos casos, en una obsesión por alcanzar el objetivo propuesto de tener un hijo.

Estos matices y tonalidades que los datos estadísticos cuantitativos no muestran, hacen ver lo difícil que es llegar a conclusiones categóricas, tajantes o de fácil explicación.

Se exponen algunos de los sentimientos más frecuentes que los encuestados tuvieron y que pueden ser resumidos o catalogados de la siguiente manera:

- ♦ Sentimientos de duda e incertidumbre que producen ansiedad (temores obsesivos).
- ♦ Sentimientos de culpabilidad conscientes e inconscientes (remordimientos).
- ♦ Temores reales o imaginarios sobre los resultados (imaginaciones catastróficas).
- ♦ Dolor psíquico por lo que no se tiene o se ha perdido (tristeza, desmotivación).
- ♦ Altibajos en los sentimientos de autoestima (vergüenza, humillación).
- ♦ Sentimiento de conflicto con la pareja fértil (envidia, celos).
- ♦ Sentimiento de haber sido objeto de manipulación, como si fueran un artefacto técnico; sentimiento de degradación en su dignidad humana.

Se hace referencia nuevamente a los sustantivos que los sujetos del estudio externaron ante su problema de infertilidad, los cuales quedaron recogidos en el apartado 3.3.6 del capítulo anterior y que expresan de una manera real, concreta y sintética lo que percibieron:

Tristeza, soledad, temor, miedo, vacío, envidia, frustración, desesperación, impotencia, desilusión, rebeldía, soledad, culpa, incomprensión, resignación, depresión, incertidumbre, ansiedad, aceptación, aislamiento, resentimiento, pena, celos, bronca, enojo, amargura, dolor, fracaso, presión, incompleta, inútil, rechazo, esperanza, desesperanza.

4.1.7 Grado de conocimiento de los encuestados sobre las Técnicas de Reproducción Asistida

Como conclusión general, en cuanto al grado de conocimiento y en relación con los factores que lo midieron, se podría afirmar que los encuestados poseían una comprensión mucho menor de las TRA a la que se hubiera podido esperar: debería haber sido mayor la información sobre las etapas del proceso de las TRA, de los riesgos para la madre y el embrión, sobre los costos económicos y la probabilidad de lograr un embarazo. Los resultados obtenidos muestran que no fue así.

Para confirmar lo anterior, se hizo una serie de preguntas que quedan recogidas en el apartado 3.4 del capítulo de Análisis de resultados. Se presentan, a modo de resumen, los datos más significativos recogidos en dicho apartado.

1. En cuanto al momento en que los encuestados obtuvieron dicho conocimiento e información, el 90% aproximadamente —existen algunas diferencias entre los

grupos de análisis— en caso de adquirirlo, lo hizo antes o durante el momento de la decisión.

En relación con los que creen conocer de las TRA, se observó que dicha percepción es notablemente mayor al conocimiento real que tenían. Esto se evaluó al preguntarles tres diferencias elementales de las TRA y que era de esperar hubieran conocido, al menos en los grupos que se sometieron a la FIVET y/o ICSI, y que no fue así (gráfica 3.13 y tablas 3.38-3.41 del capítulo 3).

2. Sobre los factores que midieron el conocimiento o la información de las TRA:

- a) En primer lugar, está la noción que los encuestados tenían de las etapas del proceso de las TRA, donde los porcentajes de los que dicen conocer nada o muy poco oscilan entre el 45% y 80%. Los grupos tercero y cuarto que se sometieron a la FIVET y/o ICSI tienen un mayor conocimiento, como lo muestran las tablas 3.43, 3.44 y 3.45 y las gráficas 3.14 y 3.15 del capítulo 3. Sin embargo, las tasas de desconocimiento siguen siendo notablemente elevadas, incluso para el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y/o FIVET-ICSI (46.8%) y para el grupo de los que recurrieron sólo a la FIVET-ICSI (55.2%).

Concretamente para los reactivos siguientes: conocimiento de “una posible reducción embrionaria”, los dos grupos del párrafo anterior dicen no conocerla o conocerla muy poco, en casi un 60% de los encuestados; conocimiento de “la posibilidad de transferir embriones” el 28.4% (grupo tercero) y 41.9% (grupo cuarto) no conocen o conocen muy poco; y conocimiento de “la posibilidad de congelar embriones”, el 34.1% (grupo tercero) y 48.8% (grupo cuarto) dicen conocer poco o casi nada. Estos reactivos hacen referencia a las partes más frecuentes de los procedimientos de la FIVET e ICSI, y es significativo que no los conozcan o los conozcan muy poco, según los porcentajes antes indicados.

- b) En segundo lugar, para los reactivos que miden los riesgos para la madre y el embrión (tablas 3.46-3.48 y la gráfica 3.16 capítulo 3), los porcentajes de los que no conocen o conocen poco, de los individuos de los grupos que recurrieron a la FIVET y/o ICSI, la media de los tres reactivos analizados es de 49.1% para el tercer grupo y 62.7% para el cuarto grupo.

Esto se complementa con los porcentajes de las sujetos que contestaron que su decisión no habría cambiado o habrían dudado someterse a las TRA, en el caso de haber conocido los riesgos de malformaciones para el

embrión y para la esposa, así como la pérdida y congelación de embriones (tablas 3.56 y 3.57 del capítulo 3). Dichos porcentajes oscilan entre el 62.5% y el 76.1% para el tercer grupo y del 72.5% al 83.3% para el cuarto grupo.

Esto significa que, además del significativo nivel de desconocimiento, un buen número de ellos no habría modificado su decisión de recurrir a las TRA, aun conociendo dichos riesgos.

Aunque los porcentajes de desinformación son elevados para todos los grupos, la información es mayor en los individuos de los tres grupos que se sometieron a alguna de las TRA. Resultado lógico ya que, como ya se ha señalado, los encuestados que no se han sometido a estas técnicas, tampoco mostraron la inquietud por conocer las etapas del proceso de las TRA y sus probables riesgos. No obstante, en algunos casos (no la mayoría) sucedió, como se desprende de algunas narraciones de los encuestados, que al haber evaluado los riesgos y las complicaciones de las etapas del proceso, éstos les llevó a la decisión de no optar por las TRA.

- c) Un dato particularmente relevante y que contrasta con los resultados anteriormente mostrados, es el conocimiento de los individuos en relación con el momento en que comienza la vida humana: un 73.1% de la muestra dijo que la vida humana comenzaba en el momento de la fecundación, es decir, cuando se une el óvulo con el espermatozoide. Las diferencias más significativas entre los grupos se encuentran en el grupo de los que se sometieron a la inseminación artificial y FIVET-ICSI, donde aumenta este porcentaje al 81.1% y, por el contrario, para el grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, el porcentaje disminuye al 58.1% con respecto de la media (datos ya anteriormente reportados).

Sin embargo, estos altos porcentajes del conocimiento sobre el inicio de la vida humana no parecen haber tenido la esperada repercusión en las decisiones tomadas por una buena parte de los encuestados.

Quizás una de las razones, de acuerdo con los porcentajes anteriormente señalados, es que los encuestados no asociaron o no se plantearon claramente las repercusiones que podría haber en cuanto a la producción de embriones, en la FIVET/ICSI, y las posibles pérdidas de algunos de ellos, así como los riesgos a los que estarían expuestos.

También es un hecho que en una buena parte de las clínicas no reportan ni comentan a las parejas que se someten a dichas técnicas, cuántos embriones van a

producir o los criterios de selección que utilizan para su posterior transferencia, congelamiento o desecho.

Como ya se señaló en su momento, tampoco los estudios internacionales reportan el número de embriones producidos por ciclo, sino únicamente se señala el número de ciclos, aspiraciones de óvulos, transferencias de embriones, embarazos clínicos y partos; pero no el número de óvulos obtenidos en cada uno de los ciclos y el número de óvulos fecundados.

Por ello, hay preguntas que quedan sin una respuesta concreta: ¿cuántos óvulos se fecundan?, ¿cuántos óvulos fecundados o embriones se pierden, congelan o destruyen?, ¿con base en qué criterio se hace la selección de embriones que van a ser transferidos?, ¿cuántos embriones son utilizados con un fin distinto al de la transferencia?

El tema es recurrente porque es uno de los puntos que se ha pretendido mostrar a lo largo de la presente investigación: la falta de información en temas esenciales y muy delicados que llevan a las parejas a caer en el abismo de las falsas expectativas, las cuales conducen, en la mayoría de los casos, a serios daños en un nivel físico, psíquico o espiritual.

Consecuencias que, naturalmente, habrían sido analizadas, reflexionadas y sopesadas con mayor detenimiento por los sujetos antes de someterse a la FIVET y/o ICSI. De este modo, como vimos en las narraciones de la investigación cualitativa, se habrían evitado las graves secuelas ocasionadas en muchas parejas.

4.1.8 Grado de asesoría que recibieron los encuestados

En cuanto a la ayuda que recibieron los encuestados durante su proceso de infertilidad, se observó en general una carencia notable de asesoría en todos los niveles.

A nivel individual: los porcentajes de los cinco reactivos en los que se les preguntaba a los sujetos de la muestra si recibieron algún tipo de ayuda o asesoría en lo personal, oscilan entre el 76.3% y el 88.9%, los que no recibieron o recibieron muy poca ayuda (tabla 3.59 del capítulo 3).

El reactivo que mide la ayuda que recibieron los individuos en cuanto al manejo de los estados de ánimo, de la autoestima, de los sentimientos de culpa, depresión etc., los porcentajes de los que no recibieron ayuda o muy poca ayuda oscilan entre el 80% y el 90% aproximadamente. El grupo de los que no recurrieron a las TRA es el que recibió, ligeramente, una mayor ayuda.

En cuanto a los aspectos morales-éticos, los porcentajes de ausencia o mínima asesoría oscilan entre el 70.4% para el grupo de los que no se sometieron a las TRA

y el 85.7% para los grupos que se sometieron a la FIVET/ICSI (tabla 3.62 del capítulo 3).

Como ya se ha reportado en varias ocasiones, a lo largo de la investigación, es la carencia de ayuda o asesoría psicológica lo que prevalece en todos los grupos: más de las dos terceras partes de los encuestados no recibieron ayuda en su proceso de infertilidad. Estos datos estadísticos quedan avalados también por las narraciones de los apartados 3.5.1 y 3.3.6 del capítulo 3, Análisis de resultados.

Entre la pareja: los porcentajes de ayuda o asesoría que los individuos recibieron como pareja son muy similares a los anteriores. No recibieron prácticamente ayuda como pareja en diversas situaciones, tales como el modo de afrontar su problema de infertilidad entre ellos, ante la familia, la sociedad o la posibilidad de considerar la adopción o acudir a una clínica de fertilidad. Los porcentajes de los que no recibieron o recibieron poca ayuda entre el 79.3% y el 93.0%, (tabla 3.64 del capítulo 3).

También es notorio resaltar que, aunque en algún momento no supieron cómo afrontar en pareja su problema de infertilidad, el 90% aproximadamente de las parejas pudo llegar a un acuerdo a lo largo de su proceso.

En relación con el apoyo recibido por parte de la familia y la sociedad: un 60% de los encuestados se sintió totalmente apoyado y un 20% no la involucró, posiblemente por miedo a comentarios o reacciones y que, en ocasiones, les supondría un gran dolor.

Los porcentajes de ninguna o poca ayuda que los sujetos recibieron para afrontar algunas situaciones o comentarios en las relaciones familiares o de amigos oscila entre el 61.8% y el 77.2% (tabla 3.67 del capítulo 3).

En relación con el médico especialista: entre el 40% y el 50% de los encuestados recibió asesoría o ayuda para poder solicitar algún diagnóstico específico, conocer las diversas terapias que el médico les proponía y poder manifestar al especialista sus creencias con el fin de que les propusieran alternativas afines a sus convicciones.

Como conclusión, se puede observar que hay un gran campo de trabajo en cuanto a la asesoría y ayuda que los encuestados pueden recibir. Esta ayuda debe abarcar todas las dimensiones de la persona. Los sujetos que recibieron esta asesoría la tuvieron que buscar en las clínicas de fertilidad o a través de otras instituciones o personas conocidas. Pocas clínicas o médicos especialistas tienen en cuenta las necesidades psicológicas de las parejas.

4.1.9 Sobre la formación que poseían los encuestados

Con el fin de medir el nivel de formación de los encuestados, se crearon tres factores para evaluar dicho nivel de formación:

1. Primer factor: “sexualidad-generación”.

De acuerdo con lo observado en el inciso 3.6.1 del capítulo de Análisis de resultados, el 41.4% de los encuestados respondió erróneamente a las preguntas que se les hicieron sobre el derecho a tener hijos, ser padres, la esencia de la sexualidad y del acto conyugal y la plenitud del matrimonio. Dicho porcentaje es alto teniendo en cuenta, entre otras cosas, el nivel elevado de estudios y de práctica religiosa que poseían los encuestados.

En los grupos de los que se sometieron a la FIVET/ICSI (grupos tercero y cuarto), los porcentajes de los encuestados que respondieron erróneamente aumentan al 45.4% y 49.8% respectivamente.

Dentro de lo más relevante se recalcan dos puntos:

- a) En primer lugar, en cuanto al segundo reactivo donde se les preguntaba si el hijo debe ser, siempre, fruto directo del acto conyugal específico de los esposos: el tercer y cuarto grupo expresaron que es falso en un 80.0% y 75.6% respectivamente (tabla 3.74 del capítulo 3). Para los grupos primero y segundo los porcentajes son del 64.6% y 70.6% respectivamente.

El aumento de respuestas incorrectas, en los grupos tres y cuatro, indica que, para dichos grupos el acto conyugal expresará el amor y la donación entre los esposos de una forma global, pero no de una manera específica, ya que el procedimiento de la FIVET/ICSI no involucra el acto conyugal específico de los esposos.

- b) En segundo lugar, por lo que ve a los porcentajes que se presentan en relación con el séptimo reactivo (gráfica 3.25, del capítulo 3), se observa que del grupo de los que se sometieron sólo a la FIVET-ICSI, el 47.5% piensa que el embrión humano puede ser producido, aunque esto suponga la posibilidad de que otros se destruyan. En los demás grupos el porcentaje supera ligeramente el 25.0%.

2. Segundo factor: “formación religiosa”.

Lo que más sobresale, a nivel general, es que la expresión religiosa en México posee características y matices diferentes a la de otros países, principalmente de Europa, y que definen de una manera particular a la población mexicana y latinoamericana.

- a) En primer lugar, se observa un alto porcentaje de la muestra que se considera muy religioso (77.8%) y un mínimo porcentaje de los que se consideran nada religiosos (1.6%). El porcentaje restante (20.5%) se considera poco religioso.
- b) En segundo lugar, se podrían haber esperado resultados más bajos, al preguntarles qué tan practicantes eran de su religión y, sin embargo, el 69.5% se considera muy practicante y sólo un 3.1% nada practicante.
- c) En cuanto al influjo que la religión tuvo en la decisión de los encuestados, también se observan porcentajes altos, aunque las diferencias entre los grupos de análisis son notables (tabla 3.80, del capítulo 3): el porcentaje de los que respondieron que el influjo de la religión fue muy o muchísimo muy notable en su decisión, es del 74.9% para el primer grupo, de 65.5% para el segundo, del 62.9% y del 50.0% para el tercer y cuarto grupo, respectivamente.

Este influjo se explicita en el apartado 3.6 (tablas 3.81-3.84 y gráfica 3.26), donde se preguntó si en el caso de que su religión le hubiera hecho ver la ilicitud de las TRA, qué tan de acuerdo hubieran estado con una serie de actitudes: estarían bastante o completamente de acuerdo en que “lo más importante es su conciencia” (67.9%), “tratarían de investigar las razones de dicha ilicitud” (73.5%), “las TRA no son parte de religión” (35.4%), “sería razón suficiente para no recurrir a las TRA” (43.6%).

En todos los porcentajes existen diferencias entre los grupos, siendo la más significativa la de reactivo que “sería razón suficiente para no recurrir a las TRA” (gráfica 3.26): 56.8% para el primer grupo, 39.4% para el segundo, 22.3% para el tercero y 24.4% para el cuarto.

Se puede concluir que, ya que los sujetos reportaron un alto grado de religiosidad, práctica religiosa e influjo de la religión en su decisión, el recurso a las TRA hubiera sido menor. Sin embargo no fue así en ocasiones, e incluso se podría afirmar que es precisamente la “fuerza de la religión” la que, en ocasiones, les dio el valor para afrontar el proceso de las TRA. Esta observación queda avalada por la investigación cualitativa que se presentó en el inciso 3.6.2.3.2, donde encontramos narraciones en las que expresan el agradecimiento a Dios por los resultados positivos que algunos de los encuestados obtuvieron al someterse a las TRA; el pensamiento de que si hubo un resultado positivo, fue porque Dios así lo quiso; la seguridad de que Dios da la vida por el medio que sea; la gratitud a Dios por no haber dejado embriones congelados; la convicción de que si su religión prohibía las TRA, ellos no habrían encontrado ningún argumento que los convenciera para no recurrir a las TRA; así mismo algunos dicen que su religión no les comprende y, finalmente, los que no optaron por las TRA por razones éticas o religiosas.

Por tanto, para unos basta que su religión no lo permita para que no se sometan a las TRA y para otros son precisamente sus creencias las que les llevan a recurrir a las TRA. Todo esto permite afirmar una vez más las formas tan heterogéneas de vivir el proceso de infertilidad, su duración y la complejidad del mismo, donde los encuestados caminan por un sendero repleto de lucha, culpa, interrogantes, contradicciones y auxiliados por los más variados y diferentes recursos y creencias.

3. Tercer factor: “adopción”.

Lo primero que se observa por parte de los encuestados es una gran estima por la adopción, donde más del 90% la considera como una paternidad comparada a la biológica y un camino para formar una familia.

No obstante, a pesar de tener este concepto positivo sobre la adopción, en la práctica se observa que lo ven como un último recurso, después de haber intentado tener un hijo biológico: el 50% de los encuestados la considera como una segunda opción, después de probar alguna de las diversas TRA. Más de un 70% la tuvo en cuenta como una posibilidad y en más de un 55% estuvieron en contacto con alguna institución de adopción. El grupo de los que se sometieron a la FIVET/ICSI, presenta porcentajes significativamente menores a los anteriormente comentados (tablas 3.85-3.88 y gráfica 3.27, del capítulo 3).

Al preguntarles lo que más le costaba enfrentar o asimilar de la adopción (tabla 3.89, del capítulo 3) y que ha sido explicitado por la investigación cualitativa, más de un 60% externó que era el tiempo de espera y alrededor del 30% expresaron su miedo a que el hijo no se pareciera físicamente a ellos o no saber manejar el momento en que los hijos se enteraran de que eran adoptados.

El proceso de adopción involucra de una manera concreta a la pareja en la toma de decisiones: un 52.9% estaba en sintonía sobre lo que tenía que hacer, el 37.2% tuvo que atravesar varias fases para llegar a un acuerdo y un 9.9% no pudo llegar a un acuerdo (tabla 3.90, del capítulo 3). A lo largo de la investigación, se ha observado que a la gran mayoría de los encuestados les ha unido su problemática de infertilidad y se han apoyado mutuamente en los momentos más difíciles por los que han tenido que pasar.

A través de las diversas narraciones (*cf.* final del apartado 3.6.3), se observan diversos detalles del proceso de adopción. Entre lo más sobresaliente se destaca: el largo tiempo de espera (entre tres y cuatro años), las trabas legales y los largos trámites burocráticos por los que tienen que pasar. Esto último se hace todavía más fatigoso, cuando las parejas ya enfrentaron sin éxito el desgastante proceso de las TRA.

Finalmente, se entrevisté la necesidad de construir una auténtica cultura de la adopción, en la que se promueva su aceptación por parte de la sociedad, se informe

de su esencia y se simplifique el procedimiento que existe hoy en día y que resulta tan engorroso y desgastante para las parejas.

4.1.10 En cuanto al proceso por el que atraviesan las parejas

También a lo largo de la presente investigación hemos evidenciado constantemente la complejidad del proceso por el que los encuestados pasan, debido a la cantidad de factores que intervienen para enfrentar el problema de la infertilidad.

Al inicio del capítulo 2, se trataron de esquematizar los numerosos y variados caminos que los encuestados pueden seguir. A través, tanto de la investigación cuantitativa como de la investigación cualitativa, se ha podido observar el laberinto de sentimientos que enfrentan; la alegría o frustración ante los resultados de los tratamientos, en la mayoría de los casos negativos y después de numerosos intentos; el esfuerzo por hacer frente a los costos económicos; los diferentes tipos de atención y trato que recibieron por parte del personal especializado de las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas; y el dificultoso proceso de adopción al que llegan, en no pocas ocasiones, después de un doloroso peregrinar por las clínicas de fertilidad.

Un proceso atravesado por personas con diferentes tipos de personalidad y de psicología, y donde los encuestados recibieron en no pocas ocasiones una información parcial o a destiempo, y que les hicieron a veces arrepentirse del camino seguido, en el que la ayuda y asesoría brillaron por su ausencia. Decisiones tomadas sin medir las consecuencias que tendrían para la madre o los embriones, mezclando creencias religiosas, convicciones éticas, opiniones encontradas sobre la licitud o ilicitud de las TRA.

En no pocas ocasiones, los deseos a veces incontrolados o la esperanza de tener un hijo fueron aprovechados por los intereses y propósitos, no siempre bien intencionados, del personal de algunas clínicas de fertilidad o de ciertos médicos especialistas que, como se ha evidenciado, no actuaron con la responsabilidad ética y profesionalismo debidos.

4.2 REVISIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Es conveniente realizar una revisión de las hipótesis planteadas al inicio del segundo capítulo, con el fin de precisar si fueron apoyadas o refutadas de acuerdo con los hallazgos realizados por la presente investigación.

Esta revisión de las pruebas de hipótesis posee un valor estadístico adicional porque permite generalizar a la población estudiada como sujetos mexicanos, de

clase media y alta, con problemas de fertilidad. Se darán pues, a manera de conclusión y de forma resumida (en el Anexo 3 se pueden encontrar los procedimientos específicos de las pruebas de hipótesis). Se realiza así mismo una interpretación flexible y abierta al final de cada hipótesis, teniendo en cuenta lo que se ha percibido a lo largo del estudio y en la parte cualitativa de las entrevistas.

Hipótesis 1:

H1: El trato o la atención, el consentimiento informado —escrito o de palabra— y su contenido, el tipo de diagnóstico, la asesoría recibida y la información que se proporciona a la pareja en relación con diversos aspectos como costos, uso de células o embriones, la adopción, etc., en muchas clínicas y/o por parte de los médicos especialistas es incompleta, insuficiente o inexistente.

Se acepta la H1. Lo que se ha observado en relación con esta hipótesis primera, tanto en la sección 3 del capítulo de Análisis de resultados, como en el apartado 4.1.4 de este capítulo, nos permite aceptar la hipótesis.

Sólo quedaría hacer una salvedad: debido a la cantidad existente de clínicas, consultorios y lugares más modestos donde se realizan estas técnicas, podemos suponer que existen diferencias en relación con la atención, el diagnóstico, el profesionalismo del personal paramédico, la información en cuanto a costos, las tasas de éxito etc., entre ellos.

La información que se ha recogido a través de la investigación cualitativa, aunada a las impresiones que los encuestados tienen al dejar las clínicas de fertilidad, consultorios y al abandonar los tratamientos, es muy valiosa para la aceptación de esta hipótesis.

Hipótesis 2:

H2: Si las parejas con problemas de fertilidad tuvieran un mayor conocimiento e información de lo que implican las TRA, éstas optarían menos por ellas.

El conocimiento de las etapas del proceso y tipos de las TRA, de los riesgos para la madre y el embrión, del inicio de la vida humana, de la probabilidad de quedar embarazada, de los costos económicos y de la posible ilicitud moral de dichas técnicas, disminuye la opción de las parejas con problemas de fertilidad por las TRA.

En principio se rechaza la H2 y se acepta la hipótesis alternativa. A mayor grado de conocimiento e información de los factores de tipo informativo, por parte de las parejas con problemas de fertilidad, éstas optan más por las TRA.

Algunos de los factores que evalúan esta hipótesis, como ya se vio, son el conocimiento que los encuestados tienen de las etapas del proceso de las TRA, de los riesgos para la madre y el embrión y la probabilidad de lograr un embarazo. De

acuerdo con la hipótesis, este conocimiento debería haber sido mayor en el grupo que no optó por las TRA, y no fue así y por tanto no fue apoyada por los datos obtenidos del presente estudio.

Estadísticamente hablando y de acuerdo con las pruebas de hipótesis que se corrieron (Anexo 3), debería aceptarse la hipótesis alternativa. Sin embargo, conviene hacer las siguientes valoraciones, que nos permitirán interpretar mejor los resultados obtenidos.

Por un lado, una buena parte de las parejas que se sometieron a las TRA comenzaron a conocer las fases del proceso de las TRA, los riesgos y probabilidades, antes o en la medida que fueron recurriendo a dichas técnicas y, por tanto, es lógico que conozcan más sobre el proceso al que fueron sometidas que las parejas que no recurrieron a ellas.

Sin embargo, al preguntarles si hubieran tomado otra decisión en el caso de haber conocido los riesgos para el embrión o para la madre, los porcentajes del grupo de los que no se sometieron a las TRA son mayores que los porcentajes de los grupos que se sometieron a las TRA, principalmente del grupo tres y cuatro (gráficas 3.18 y 3.19 del capítulo 3).

Lo mismo ocurre para los reactivos que miden la pérdida, destrucción y congelación de embriones: con la excepción del grupo de los que sólo se sometieron a la inseminación artificial, donde sus porcentajes incluso son mayores que los del grupo de los que no se sometieron a las TRA (gráficas 3.20-3.22 del capítulo 3).

Esto permite deducir que la dimensión informativa medida por los reactivos antes mencionados pudo influir notablemente en la decisión de los grupos.

De acuerdo con las anteriores consideraciones, no puede aceptarse sin más la hipótesis alternativa: “A mayor conocimiento, las parejas optaron más por las TRA”. No necesariamente primero se da “A” (mayor conocimiento) y luego se da “B” (optan más por las TRA), porque es posible que los individuos que llegaron a someterse a las TRA, pasaran por un largo proceso que les llevó a conocer pormenores médicos, que no conocieron los individuos que decidieron no seguir el camino de las TRA.

Esto es interesante, metodológicamente hablando, ya que abriría el camino para evaluar las variables definidas y elegidas para medir esta hipótesis. De esta forma se presenta como un campo atractivo para futuras investigaciones y el perfeccionamiento del mismo cuestionario utilizado.

Hipótesis 3:

H3: Si se diera una mayor atención a las parejas con problemas de fertilidad, éstas optarían menos por las TRA.

La asesoría psicológica recibida en lo individual, para afrontar su relación con la pareja, con la familia, con la sociedad y con el médico especializado, disminuye la opción por las TRA en las parejas con problemas de fertilidad.

Se rechaza la H3 y se acepta hipótesis nula, es decir, no hay relación entre los factores asistenciales y la decisión de optar por las TRA, por la escasa asesoría que existe a todos los niveles en los diferentes grupos de análisis.

Al examinar con detalle los factores que miden esta hipótesis, se observan dos diferencias interesantes: los encuestados que tuvieron una mayor asesoría en relación con los aspectos técnicos, optaron más por las TRA. Por el contrario, en la medida que tuvieron una mayor asesoría sobre los aspectos morales-éticos y la adopción optaron menos por las TRA (tablas 3.61-3.63 del capítulo 3).

Las diferencias entre los grupos, en el resto de los factores asistenciales, no son significativas. Como se ha comentado en diversas partes de la investigación, lo que sobresale es la falta de ayuda y asesoría a todos los niveles.

Hipótesis 4:

H4: Mientras mayor sea la preparación y la formación de las parejas con problemas de fertilidad, éstas optarán menos por las TRA.

La formación en relación con la sexualidad-generación, la religión y la adopción, disminuye la opción por las TRA en las parejas con problemas de fertilidad.

Se acepta H4: En el caso de la cuarta hipótesis, se acepta porque hay diferencias significativas entre los grupos, en los tres factores de formación medidos (sexualidad-generación, religión y adopción), y su relación en optar por la adopción y rechazo de las TRA.

4.3 DEBILIDADES Y FORTALEZAS DE LA INVESTIGACIÓN

4.3.1 Debilidades

1. El número de cuestionarios respondidos por mujeres fue de 434 (77.6% de la muestra total) y de 125 por hombres (22.4%), lo que implica un número notablemente mayor de cuestionarios respondidos por mujeres. No obstante, se recabaron más cuestionarios de los esperados y con 566 cuestionarios la muestra es suficientemente representativa (teniendo en cuenta que la muestra no fue aleatoria, sino por conveniencia).

2. A pesar de que se tuvo muy presente el uso de un lenguaje sencillo y comprensible en el cuestionario, en algunas ocasiones pudo resultar inaccesible. Esta opinión fue expresada en alguno de los comentarios finales de los mismos cuestionarios.

Algunas preguntas podrían haber sido formuladas con expresiones un tanto técnicas o científicas, por ejemplo, la pregunta donde se interrogaba sobre las diferencias entre técnicas homólogas y técnicas heterólogas, ya que los porcentajes de los encuestados de respuestas correctas son notoriamente bajos. Se podría haber utilizado en vez del término “heteróloga”, la expresión “con donación de óvulo o esperma”. No obstante, la mayor parte del vocabulario utilizado fue verificado en los medios de información, por médicos especialistas y sometido al grupo multidisciplinario del que se hizo referencia en el segundo capítulo y por ello, fue cuidadosamente considerado y ponderado al momento de aplicarlo.

3. Una tercera debilidad que podría convertirse en una fortaleza del estudio, es la cuantiosa información recabada a través del cuestionario y de las narraciones cualitativas y que en su momento pudo obstaculizar el propósito de centrarse en el núcleo de la investigación.

Dado que el cuestionario es extenso y la mayoría de las preguntas del mismo tienen diversos ítems, nos encontramos con un cuantioso número de variables que a través del sistema SPSS, que se utilizó como matriz de datos, fue posible obtener numerosos datos descriptivos, analíticos y la posibilidad de cruzar variables. Muchos de estos datos no fue posible reportarlos en la presente investigación, debido a la extensión de los mismos.

Se trató de subsanar esta dificultad corriendo las diversas pruebas para revisar si había diferencias relevantes y significativas. Algunas de estas pruebas se reportaron en su momento, como son todas las diferencias más significativas que se encontraron entre el hombre y la mujer, y así poderlas cotejar con los resultados de algunos estudios de campo encontrados en la literatura (ya que dichos estudios efectuaron sus análisis teniendo en cuenta estos dos grupos: hombre y mujer).

4. La presente investigación se realizó principalmente en los últimos cinco años. Podría pensarse que algunos de los resultados han quedado sin valor o anticuados por el tiempo que duró la investigación, sobre todo teniendo en cuenta que este tipo de técnicas y los tratamientos evolucionan continuamente.

No obstante, al tratarse sobre todo de factores relacionados con la conducta, los sentimientos, la ayuda, la información y formación que recibieron las parejas y no tanto de aspectos técnicos, se puede concluir que la presente investigación tiene

la suficiente validez debido a dos razones fundamentalmente. Por un lado, en los últimos dos años se complementó con los datos de la investigación cualitativa conseguidos en foros y páginas de internet de las clínicas de infertilidad, algo que hace sólo unos años no hubiera sido posible. Por otro lado, en el último año, se realizó un esfuerzo adicional con el fin de actualizar la bibliografía y literatura, y de ese modo intentar encontrar estudios equivalentes más recientes.

4.3.2 Fortalezas

1. No se ha encontrado, en la bibliografía consultada, ningún estudio que abarque todos los factores de información, asesoría y formación que se han utilizado para el análisis de la presente investigación. Por ello, es posible afirmar que es el primer estudio de campo con estas características —y en especial para México— sobre las implicaciones y consecuencias que puede haber cuando las parejas recurren a las TRA. De la misma forma, no se ha encontrado una investigación de este tipo, en cuanto a la atención e información proporcionada por las clínicas de infertilidad.
2. Elementos innovadores en el método de investigación: la elaboración del cuestionario en sus diversas etapas, la forma de implementarlo a través de nodos o puntos de red, así como las diversas modalidades para poder contestarlo, aunque no son totalmente originales, sin embargo poseen elementos innovadores que podrían ser tenidos en cuenta en otras investigaciones futuras que desearan adoptar una metodología parecida.
3. El haber logrado 566 cuestionarios respondidos, a pesar del elevado número de preguntas del mismo, la dificultad en contestar algunas de las preguntas [...] fue considerablemente satisfactorio. Para los datos sociodemográficos contestó en promedio el 98% y para los datos clínicos el 95%. Sin considerar las preguntas que los encuestados que no recurrieron a las TRA, tenían que responder (preguntas 15-32), el porcentaje de respuestas contestadas oscila entre un 80% y un 85%. Se desecharon todos aquellos cuestionarios que no cumplieran con los criterios de inclusión de la investigación.
4. El uso de internet, así como el del correo electrónico, se reveló como un valioso aliado de esta investigación: un 68.9% de la información fue recabada por estos medios; el 42.8% (242) de forma electrónica y 26.1% (148), por internet, como ya fue reportado. Si se hubiera tenido como única posibilidad el correo normal escrito, no se hubiera obtenido esta cantidad de cuestionarios respondidos. Por

otro lado, el acceso a internet y al correo electrónico permitió recabar, como ya se ha indicado, parte de las narraciones que sirvieron para completar el material de la investigación cualitativa.

5. Los individuos de la muestra poseen un nivel de estudios y un nivel económico alto, lo cual les permitió acceder a estos medios electrónicos. Podría pensarse que posiblemente los resultados son parciales, pues la muestra no incluye un número de individuos representativo de bajos recursos y niveles de estudios elementales. Pero el recurso a éstas técnicas, como ya se indicó, es posible sólo a estos niveles, ya que no existe la facilidad de recurrir a las TRA a través de la Seguridad Social en México.
6. Otra de las posibles fortalezas de esta investigación es la aportación de datos cualitativos que avalan y evidencian los datos cuantitativos. De esta forma fue posible hacer un estudio mixto de investigación. La indagación cualitativa ayudó a penetrar y profundizar el complicado proceso de la infertilidad. A través de las narraciones se manifiestan datos que no fueron preguntados de manera explícita en los diversos reactivos del cuestionario, y así emergen detalles y experiencias únicas que, de otra manera, no hubieran podido ser captadas.

Hernández Sampieri, Collado y Baptista⁴ nos muestran las ventajas o bondades de la investigación mixta que se ha pretendido realizar en esta investigación.

7. El cuestionario fue autoadministrado de manera que se elimina el sesgo del entrevistador. Por otro lado, debido al profesionalismo del equipo investigador, se puso un especial cuidado en el procedimiento de recabar y almacenar los datos en el paquete estadístico SPSS.
8. Finalmente se realizaron diversas pruebas:
 - a) La prueba de hipótesis que, como ya se indicó en la revisión de las hipótesis, aporta un valor estadístico adicional al poder generalizar los resultados a la población definida (cf. Anexo 3).
 - b) Se realizaron procedimientos para corroborar la confiabilidad y validez del cuestionario. En el caso de la confiabilidad se realizó el análisis de consistencia interna al calcular los índices de Alfa de Cronbach, para los reactivos tipo Likert, reportados en el apartado 2.7 del capítulo 2.

4 Cf. R. HERNÁNDEZ S.-C. FERNÁNDEZ C.-P. BAPTISTA L., *Metodología...*, pp. 755-756.

- c) Para el caso de la validez, se tuvieron en cuenta las recomendaciones y observaciones del grupo de expertos, así como las aportaciones del grupo piloto de parejas a las que fue sometido el cuestionario y que fueron reportadas en el segundo capítulo del apartado 2.4.1.

4.4 RECOMENDACIONES

4.4.1 Propuestas de soluciones concretas

En relación con el complejo y variado proceso de infertilidad que se ha evidenciado en el presente estudio, se plantean varias propuestas de acción que podrían ayudar a las parejas con problemas de fertilidad a tomar una decisión más informada, recibiendo una ayuda y asesoría adecuada a todos los niveles, esto es, en temas como sexualidad, matrimonio, familia, ética, religión y adopción.

1. En relación con las clínicas de fertilidad y/o médicos especialistas:

Se hace una atenta invitación a todas las clínicas de fertilidad, médicos especialistas, juntamente con todo el personal parasanitario, para que se esfuercen en alcanzar un mayor nivel de profesionalismo.

Como condición esencial para poderlo alcanzar, es necesario que tengan presente la esencia del ser humano. Esto implica tanto a sus propias personas, como a los sujetos infértiles que atienden.

Para ello deben tener un genuino interés por el bien de la persona en su totalidad, que derive en un trato digno, en procurar un verdadero consentimiento informado como corresponde a una verdadera práctica profesional. Es importante que tengan en cuenta los riesgos que conllevan las TRA, que se esfuercen por realizar un auténtico diagnóstico encaminado a la cura de la infertilidad y que les lleve siempre a tener como primera prioridad el beneficio de la persona humana, no solamente en relación con su cuerpo, sentimientos, emociones, etc., sino de una manera especial, con su espíritu. Como consecuencia de todo esto, no debe anteponerse al bien de la persona ningún otro tipo de interés, ya sea científico, económico o de cualquier otra índole.

Sería muy conveniente promover asociaciones de adopción; de formación y concientización de las parejas; de redes clínicas y de médicos especialistas donde existan normas y criterios que regulen la práctica médica, de concientización de los médicos donde se puedan capacitar en las normas y criterios que salvaguarden a la persona.

Como una posible propuesta de lo anteriormente dicho, estarían los servicios que ofrece la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (Red-Lara), ya señalada en este estudio y que cuando se realizó este estudio contaba con 141 centros afiliados de

Latinoamérica y de los cuales 30 pertenecían a México. Sería de desear que, además de la capacitación técnica que ofrece, esta red pusiera en práctica programas de capacitación, como los comentados anteriormente, que tengan como primer objetivo a la persona y su entorno, no sólo en la teoría, sino en la práctica.

2. Incrementar las asociaciones de adopción:

Para que puedan ayudar, formar y capacitar a más parejas que quieran adoptar, como ya lo hacen las dos asociaciones que se contactaron en este estudio, VIFAC y YOLIGUANI, se alienta la creación de asociaciones de este tipo. En ellas se pudo constatar la capacitación y formación que ofrecen a las parejas que se ponen en contacto con ellas.

3. Creación de grupos de parejas y asociaciones de ayuda:

Como complemento de lo anterior y, de acuerdo con lo que se ha observado en este estudio, sería muy conveniente establecer grupos dirigidos principalmente por parejas que ya hayan pasado por el mismo proceso de infertilidad, para que puedan aportar sus experiencias y orientar de manera eficaz a otras parejas que viven el mismo proceso. La gran ventaja que tendrían estos grupos es que no estarían motivados por intereses económicos o científicos. Tendrían la libertad suficiente para centrarse más en el bien integral de las parejas.

Estos grupos podrían operar de una manera presencial o a través de los foros que hoy día pueden establecerse a través de las páginas de internet, y así convertirse en un poderoso aliado y en un medio frecuente de comunicación.

A este respecto, podemos citar dos iniciativas que ya están funcionando. La primera, ya señalada, es la campaña Baby match de la sección de Bioética del portal www.catholic.net. La segunda, la Asociación Mexicana de Infertilidad (AMI) es una organización nacional sin fines de lucro dedicada a apoyar a mujeres y hombres que enfrentan el problema de la infertilidad, cuya visión es promover que las parejas tomen decisiones informadas y su misión, brindar apoyo e información a personas que viven la experiencia de la infertilidad e incrementar la concientización de la comunidad profesional y del público en general sobre aspectos relacionados con la infertilidad.⁵

4) Reglamentación jurídica de las TRA y de la adopción en México:

Uno de los grandes problemas que existen en México en relación con este tema es que no existe alguna ley que regule, al menos en lo mínimo indispensable, las

⁵ Cf. http://amiac.com/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=24&Itemid=28 (consultado: 10-12-2010).

TRA. Esto implica que cualquier tipo de acción en esta materia, por más abusiva o irresponsable que sea, no está penalizada.

Se han realizado diversas propuestas de ley sin resultado alguno hasta el momento. Urge lograr una reglamentación jurídica que ponga fin a las arbitrariedades que en algunos “establecimientos” se están realizando, sin ningún tipo de limitación y de las cuales hoy día las parejas son víctimas.

4.4.2 Propuestas para futuras líneas de investigación

Los resultados de este estudio, así como la metodología utilizada, sugieren y justifican la necesidad de continuar investigando temas afines en relación con otros actores y lugares que de alguna manera intervienen en el proceso de infertilidad de las parejas.

1. Estudios para otros países:

Los resultados de la presente investigación realizada en México animan a realizar estudios semejantes en otros países de América Latina y también de Europa. En los primeros encontraríamos, probablemente, situaciones muy similares a las de México; pero en el caso de Europa, posiblemente se descubrirán diferencias interesantes y sugestivas para su posterior análisis y propuestas de solución.

2. Indagaciones de las clínicas de fertilidad:

Otra posible línea de investigación consistiría en un estudio de las clínicas de fertilidad de un país determinado o a nivel internacional. Mucho se puede esperar de esta línea de investigación, considerando que las clínicas de fertilidad tendrán un desarrollo creciente en la sociedad actual. Cualquier estudio que esté encaminado a mejorar el trato, el diagnóstico y, sobre todo, las técnicas para lograr una verdadera cura de la infertilidad, sería de gran beneficio para la sociedad y en especial para las parejas.

3. Estudios sobre familiares y amigos de las parejas con problemas de fertilidad:

De igual manera, cualquier estudio que se realice sobre los familiares de las parejas infértiles y sobre la sociedad para ayudarles a ser más sensibles a esta problemática será de gran ayuda. De esa forma, se evitará aumentar el sufrimiento, de por sí grande, que afrontan las parejas con problemas de fertilidad. La infertilidad es una realidad que toca no sólo a la pareja, sino a toda la sociedad. Se debe tener presente que muchas de las ansiedades, angustias y preocupaciones que las parejas sienten podrían ser mitigadas en buena medida si existiera una forma adecuada de tratarlas.

4. Investigaciones en torno a los reportes internacionales sobre datos de las TRA:

Otra línea de investigación apunta a la forma como los reportes nacionales e internacionales deberían presentar sus datos y resultados. En la presente investigación se han analizado los datos reportados por dos asociaciones, una europea y otra latinoamericana, en relación con los porcentajes de éxito de la FIVET e ICSI. Se podría hacer una valiosa contribución si se analizaran los puntos esenciales que deberían contener dichos reportes.

5. Estudios en relación con los organismos gubernamentales y sistema judicial:

Finalmente, cualquier tipo de investigación que vaya encaminada a la toma de conciencia por parte de los responsables de elaborar las leyes sería de gran utilidad y beneficio para las parejas con problemas de fertilidad. Se necesitaría indagar el modo de hacer las consultas pertinentes, del cabildeo entre los diferentes partidos políticos con el fin de que las propuestas de ley pudieran seguir adelante, ser aprobadas por las diversas instancias públicas y, finalmente, promulgadas. En ocasiones, como es el caso de México, los intereses que persiguen los partidos políticos y los intereses de los grupos que elaboran las propuestas de ley no coinciden, obstaculizando cualquier iniciativa de ley encaminada a regular las TRA.

Como conclusión de esta investigación y con la intención de expresar el propósito que la animó desde el primer momento a superar cualquier tipo de obstáculos, se hace referencia a dos frases de las narraciones de la investigación cualitativa y con las que se quiere no terminar, sino seguir en la lucha por conseguir un mundo mejor para las parejas con problemas de fertilidad y que han sido el motivo de muchos desvelos y esfuerzos hasta este momento:

[...] salir de esta experiencia es como salir de una enfermedad crónica y terminal. Si bien nos escapamos de la muerte, es algo con lo que siempre viviremos. Es algo que nos ha marcado en todo y para siempre. Siempre estaremos unidos a las personas que siguen sufriendo esta prueba porque siempre seremos parte de ellos.

Cuando uno es un sobreviviente de esta prueba nace en el corazón un compromiso de ayudar a quienes están luchando esta batalla.

Bibliografía

- ABRAHAM G. E PASINI W., L'Ambiguità del dono, en MARRAMA P. - CARANI C. - PASINI W. (ed.), *L'inseminazione della discordia, Studio Multidisciplinare sulle problematiche legate all'inseminazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1987, pp. 69-74.
- ABRATE M. E BERTANI C., Scelta del donatore, en MARRAMA P. - CARANI C. - PASINI W. (ed.), *L'inseminazione della discordia, Studio Multidisciplinare sulle problematiche legate all'inseminazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1987, pp. 109-114.
- ANDERSON K. - SHARPE M. - RATTRAY A. et al., Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic, en *Elsevier, Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 54, n. 4 (Abril 2003), 353-355.
- ARAGONA C., La fecondazione in vitro: tra tecnicismo e cultura, en MEN- GARELLI M., *"L'Intrusione tecnologica" nella riproduzione umana*, Franco Angeli Editore, Milano, pp. 208-213.
- ARENA FERRISI S., Utilitarianism without Mercy, en *Catholic World Report* (May 2001), p. 57.
- BACONCINI C. - ISETTA S., La procreazione di una parte di: la revisione del mito, en MARRAMA P. - CARANI C. - PASINI W. (ed.), *L'inseminazione della discordia, Studio Multidisciplinare sulle problematiche legate all'inseminazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1987, pp. 6168.
- BALDARO VERDE J., Avere un figlio o essere genitori?, en MARRAMA P. - CARANI C. - PASINI W. (ed.), *L'inseminazione della discordia, Studio Multidisciplinare sulle problematiche legate all'inseminazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1987, pp. 115-125.
- BARÓN L. - KORECKA., ¿Por qué los pacientes abandonan los tratamientos? Motivaciones para cambio de médico y/o abandono del tratamiento en un grupo de pacientes de reproducción asistida, en http://www.luisa-baron.com/?page_id=142.
- BEDETTI C. E CALICCHIA M.C., I centri di procreazione assistita, en FRONTALI N. (ed.), *La ciconna tecnologica*, Edizioni Associate, Roma 1992, pp. 87-99.
- BELARDINELLI S., La dimensione socio-culturale della "procreazione medicalmente assistita", en *Medicina e Morale*, Vol. 54, n. 1 (2004).
- BIMBI F., Dinamiche tra attori e soggetti nella riproduzione artificiale, en VENTIMIGLIA C. (ed.), *La famiglia moltiplicata, Riproduzione umana e tecnologia, tra scienza e cultura*, Franco Angeli Editore, Milano, pp. 4174.
- BLANGIARDO G.C. - ROSSI G. (ed.), Viaggio fra le contraddizioni del comportamento riproduttivo: dal rifiuto del figlio alla sua ricerca "a tutti i costi", en DONATI P. (ed.), *Terzo rapporto sulla Famiglia in Italia*, Centro Internazionale Studi Famiglia, San Paolo, Cinisello Balsamo (Milano), pp. 245-298.

- BOLDRINI F., Aspetti della rivoluzione demografica e nuovi comportamenti psicologici della famiglia in rapporto all'Inseminazione artificiale eterologa, in MARRAMA P. - CARANI C. - PASINI W. (ed.), *L'inseminazione della discordia, Studio Multidisciplinare sulle problematiche legate all'inseminazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1987, pp. 127-133.
- BONILLA MUSOLES F., *Reproducción asistida: abordaje en la práctica clínica*, Editorial Médica Panamericana, México, 2009.
- BRESCIANI C., Considerazioni etico-sociali sulla Procreazione Medicalmente Assistita, in *La Famiglia*, Vol 38 n 224 (2004), pp.16-29.
- BROCHIER C. - DEBRY J.M., *La procreation medicalement assistee (PMA) en Belgique*, in *Les Dossiers de l'Institut Européen de Bioéthique* (Sept. 2010), pp 1-14.
- BRUGUÈS J.L., *Fecondazione artificiale: una scelta etica?*, Società Editrice Internazionale, Torino 1991.
- BRUSCO A., La relazione che aiuta. Psicoterapia, counselingpsicologico e counselingpastorale, in *Camillianum*, 7 (2003), pp. 35-64.
- BURLEY J.C., The Price of Eggs: Who Should Bear the Costs of Fertility Treatments?, in HARRIS J. - HOLM S. (ed.), *The Future of Human Reproduction, Ethics, Choice and Regulation*, Clarendon Press, Oxford 1998, pp. 127-149.
- CAMPANA A. - LUBAN-PLOZA B. - JEKER L. et al. (ed.), *La sterilità tra scienza e società. Aspetti interdisciplinari*, Edizioni Casagrande, Bellin- zona.
- CAMPANINI G., Maternità e paternità oggi: una mutazione antropologica?, in VENTIMIGLIA C. (ed.), *La famiglia moltiplicata, Riproduzione umana e tecnologia, tra scienza e cultura*, Franco Angeli Editore, Milano, pp. 154-159.
- CASINI C. - DI PIETRO M. - CASINI M., La normativa italiana sulla "procreazione medicalmente assistita" e il contesto europeo, in *Medicina e Morale*, Vol. 54, n. 1 (2004).
- CASINI C. (ed), *Fecondazione artificiale. Ultimo atto. Prima di tutto il bambino*, in *Forum delle Associazioni Familiari*, (1999).
- , Abbandono di embrioni umani e adozione, in *Si alla vita*, 1999 n. 4 (Suppl.).
- CASTAÑEDA JIMÉNEZ E. - BUSTOS LÓPEZ H.H., La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad, in *Perinatología Reproducción Humana*, Vol. 15 (Ab-Jun 2001), pp.124-132.
- CAULFIELD B., Pregnant Pause: Where do frozen Embryos belong?, in *Human Life Review* (Summer 2001).
- CHAMPENOIS LAROCHE F., *Vorrei un Figlio. Adozione e procreazione artificiale*, Edizioni Paoline, Alba 1994.
- CHELO E., L'uomo, la donna, il bambino e le nuove tecnologie riproduttive, in POLLEGGIONI O. - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp. 238-243.
- CIAMBELLI M., Il figlio desiderato e il figlio "fabbricato". Qualche riflessione in tema di procreazione artificiale, in NUNZIANTE CESÀRO A. (ed.), *Il bambino che viene dal freddo, Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 2000, pp. 100-115.
- CLELIA ZURLO M., Fecondazione eterologa o counselling di coppia: alcune riflessioni, in NUNZIANTE CESÀRO A. (ed.), *Il bambino che viene dal freddo, Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 2000, pp. 116-130.
- COLOMBO R., Diagnosi e terapia della sterilità, procreazione medicalmente assistita e fecondazione artificiale, in SCABINI E. - ROSSI G. (ed.), *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'?, Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano 1999, pp. 11-83.
- COLOZZI I. - DONATI P. (ed.), *Famiglia e cure di comunità. Il difficile intreccio fra pubblico, volontario e reti informali nell'Italia di oggi*, Franco Angeli Editore, Milano 1995.

- CONCETTI G., *L'embrione, uno di noi. Riflessione etico-giuridica, Vivere in, Roma 1997.*
- CONFEDERAZIONE ITALIANA DEI CONSULTORI FAMILIARI DI ISPIRAZIONE CRISTIANA, *La cicogna di vetro ovvero sia la fecondazione di vetro*, Edizioni Salcom, Brezno di Bedero (Varese) 1985.
- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Donum vitae. Instrucción sobre el respeto de la vida naciente y la dignidad de la procreación* (22-Febrero-1987), en *Acta Apostolicae Sedis*, Vol. 80, pp. 70-102.
- , *Iura et bona. Declaración sobre la Eutanasia* (5-Mayo-1980), en *Acta Apostolicae Sedis*, Vol. 72, pp. 542-552.
- D'AGOSTINO F., Il congelamento è da vietare, en *Avvenire* (9-4-98).
- DE FAZIO F. - LUGAZZO A., Deontologia medica, responsabilità profesionale ed inseminazione artificiale umana, en MARRAMA P. - CARANI C. - PASINI W. (ed.), *L'inseminazione della discordia, Studio Multidisciplinare sulle problematiche legate all'inseminazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1987, pp. 75-89.
- DE LA GARZA DE MARTÍNEZ S., *Cuando tarda la cigüeña*, ACD 513 S.A. de C.V., Toluca, Edo. de México 2008.
- DI PIETRO M. - MANCINI A. - SPAGNOLO A., La consulenza etica nella sterilità di coppia, en *Medicina e Morale*, Vol. 52, n. 6 (2002), pp. 1019-1039.
- DI PIETRO M. - MINACORI R., Qual è il rischio delle tecniche di fecondazione artificiale?, en *Medicina e Morale*, Vol 48 n 3 (1998), pp. 465-497.
- DI PIETRO M. - SGRECCIA E., *Procreazione assistita e fecondazione artificiale. Tra scienza, bioetica e diritto*, Editrice la Scuola, Brescia 1999.
- DI PIETRO M.L., Famiglia e fecondazione artificiale. Considerazioni in margine ad un recente convegno, en *La Famiglia*, n. 157 (1993), pp. 50-59.
- DOGLIOTTI M. - BOCCACIO S. (ed.), Inseminazione artificiale: Dubbi interpretativi e prospettive "de iure condendo", en POLLEGGIONI O. - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp.181-197.
- DONATI P. (ed.), *Terzo rapporto sulla Famiglia in Italia*. Centro Internazionale Studi Famiglia, San Paolo, Cinisello Balsamo (Milano) 1993.
- , Trasformazioni socio-culturali della famiglia e comportamenti relativi alla procreazione, en *Medicina e Morale*, Vol. 43 n. 1 (1993), pp.117-163.
- FADIGA L., L'adozione. Una famiglia per chi non ce l'ha, Il Mulino, Bologna 1999.
- FAGGIONI M., Embrioni Congelati. Situazione e problemi emergenti, en *Studia Moralia*, Vol 34 (1996), pp.351-387.
- FLAMIGNI C., *Il Libro della procreazione. La maternità come scelta: fisiologia, contraccezione, fecondazione assistita*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 1998.
- FRONTALI N. (ed.), *La cicogna tecnologica*, Edizioni Associate, Roma 1992.
- , Conclusioni, en — (ed.), *La cicogna tecnologica*, Edizioni Associate, Roma 1992, pp. 194-206.
- FRYDMAN R., *L'irresistibile desiderio di nascere*, Rizzoli 1989.
- GADDINI R., L'influenza delle nuove tecnologie di riproduzione assistita nelle relazioni familiari, en SCABINI E. - ROSSI G. (ed.), *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'?, Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano 1999, pp. 201-213.
- GADNER D. K. - HOWLES C. - SHOHAM Z., *Textbook of Assisted Reproductive Technologies: Laboratory and Clinical Perspectives*, Informa healthcare, Londres 20083.

- GAFO J. (ed.), *Procreación humana asistida: aspectos técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1998.
- GALLICCHIO R. - CIULLA M. M., *Il Ginecologo e internet*, Springer-Verlag, Milano 1998.
- GAMBÓN G., *La adopción*, Edit. José María Bosch, Barcelona 1960.
- GARCEA N., Le tecniche di fecondazione assistita, en GARRONE G. (ed.), *Fecondazione extra corporea, Pro o contro l'uomo?*, Piero Gribaudi Editore, Milano 2001, pp. 14-35.
- , *La Riproduzione Assistita. Da Luise Brown ad oggi*, Verduci Editore, Roma 1999.
- GARRONE G. (ed.), *Fecondazione extra corporea. Pro o contro l'uomo?*, Piero Gribaudi Editore, Milano, 2001.
- GERACI D., Un figlio lontano nel tempo e nello spazio, en POLLEGGIONI O. - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp.155-160.
- GIANAROLI L. - FERRARETTI A. - VIOLINI F. et al., Donazione e crioconservazione di ovociti e di embrioni umani, en POLLEGGIONI O. - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp. 201-207.
- GIAVAZZI M., Counselling psicologico per la coppia sterile, en RAGNI G. - VEGETTI W. (ed.), *Attualità sulla procreazione medico assistita*, CIC Edizioni Internazionali, pp. 107-108.
- GINDRO S., Conseguenze psicologiche sulle aspiranti madri e sui sopravvissuti, en GARRONE G. (ed.), *Fecondazione extra corporea, Pro o contro l'uomo?*, Piero Gribaudi Editore srl, Milano 2001, pp. 80-91.
- GIRAULT M.I., *Infertilidad. Cuando se cierra una puerta... se abre una ventana*, Contenidos de Formación Integral, México 2000.
- GONZALEZ C. A.S., Subfecundidad e infertilidad en mujeres mexicanas, en *Papeles de población*, 050 (2006), pp. 277-291.
- GONZÁLEZ MORAN L., Aspectos jurídicos de la procreación asistida, en GAFO J. (ed.), *Procreación humana asistida: aspectos técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1998, pp.111-185.
- GRANDI F. - BAZZANI M. - CARANI C. et al., Indicazioni terapeutiche dell'inseminazione artificiale omologa (da congiunto) ed eterologa (da donatore), en MENGARELLI M., *"L'Intrusione tecnologica" nella riproduzione umana*, Franco Angeli Editore, Milano, pp. 49-54.
- GRISEZ G., *The Way of the Lord Jesus. Vol. 3, Difficult Moral Questions*, Franciscan Press, Quincy, IL 1997.
- GUERRA DÍAZ D., Repercusiones psicológicas de la procreación asistida, en GAFO J. (ed.), *Procreación humana asistida: aspectos técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1998, pp. 67-77.
- GUNNELL D.J. - EWING P., Infertility prevalence, needs assessment and purchasing, en *Oxford Journals, Medicine, Journal of Public Health*, Vol. 16, n. 1 (1993), pp. 29-35.
- HARRIS J. - HOLM S. (ed.), *The Future of Human Reproduction. Ethics, Choice and Regulation*, Clarendon Press, Oxford 1998.
- HERNÁNDEZ S. R. - FERNÁNDEZ C. C. - BAPTISTA L. P., *Metodología de la Investigación*, McGraw-Hill/Interamericana Editores, México D.F. 2006.
- HERRANZ G., Informe sobre la FIVET. Descripción, demanda social en España, valoración ética y legislación y jurisprudencia, en <http://www.unav.es/cdb/dhbgfhfivet.html>.
- , La destrucción de embriones congelados, en *Persona y Bioética*, n. 1 (Ju- Sep1997), 59-65.
- HUME B., Quei concepiti vanno lasciati morire in modo dignitoso, en «Avvenire» (Julio 1996).
- IMESON M. - MCMURRAY A., Couples 'experiences of infertility: apheno- menological study, en *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 24, n. 5 (1996), pp. 1014-1022.

- INGROSSO M., Strategie riproduttive e scenari di salute, en VENTIMIGLIA C. (ed.), *La famiglia moltiplicata, Riproduzione umana e tecnologia, tra scienza e cultura*, Franco Angeli Editore, Milano, pp. 269-283.
- ISAIAS LÓPEZ M., Dilemas éticos en la Fecundación Asistida. Argumentación Psicológica, en *Medicina e Morale*, Vol. 52, n. 3 (2002), pp. 477-492.
- JENARO RÍO C. - MORENO ROSSET CARMEN - ANTEQUERRA JURADO R. et al., La evaluación psicológica en infertilidad: el "DERA" una prueba creada en España, en *Papeles del psicólogo*. Madrid, Vol. 29, n. 2 (2008), pp. 176-185.
- JUAN PABLO II, Veritatis Splendor (6-Agosto-1993), *Acta Apostolicae Sedis* Vol. 85 pp. 1133-1228.
- , Evangelium Vitae. Sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana (25-Marzo-1995), *Acta Apostolicae Sedis*, Vol. 87, pp. 401-522.
- , Discurso a los participantes del Simposio "Evangelium vitae y derecho", en *Osservatore romano*, (24-5-1996).
- JUNQUERA DE ESTÉFANI R., *Reproducción asistida, filosofía ética y filosofía jurídica*, Editorial Tecnos, Madrid 1998.
- KERLINGER F.N. - HOWARD B.L., *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*, Editores, S.A. de C.V., México 2001.
- KEYE W.R.J. - CHANG R.J. - REBAR R.W. et al., *Infertilita. Valutazione e Tratamento*, Verduci Editore, Roma.
- LEMA AÑÓN C., *Reproducción, poder y derecho. Ensayo filosófico-jurídico sobre las técnicas de reproducción asistida*, Editorial Trotta, Madrid 1999.
- LEONE S., La medicina dei desideri, en *Camillianum*, Vol. 3, n. 9 (2003), pp. 249-272.
- LEPECKA-KLUSEK C. - JAKIEL G., Difficulties in adaptation to pregnancy following natural conception or use of assisted reproduction techniques: A comparative study, en *The European Journal of Contraception and Repr. Healh Care M*, Vol. 12, n. 1 (2007), pp. 51-57.
- LEUZZI L., *Riflessione etico-morale sulla fecondazione "in vitro"*, Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti (BA) 1986.
- LOMBARDI RICCI M., *Fabbricare bambini? La questione dell'embrione. Tra nuova medicina e genetica. La medicina come soddisfacimento dei desideri*, Vita e Pensiero, Milano 1996.
- , Tecnologie della riproduzione: procreazione e qualità di vita. Aspetti bioetici, en SGRECCIA E. - LOMBARDI RICCI M. (ed.), *La vita e l'uomo nell'età delle tecnologie riproduttive. Una domanda di sapienza e di agire responsabile*, Vita e Pensiero, Milano 1997, pp. 25-40.
- , L'embrione in vitro e la forza del linguaggio, en *Bioetica e cultura*, Vol. 12, n. 2 (2003), pp. 189-194.
- LOMBARDI R. - MALAGOLI TOGLIATTI M., Genitorialità: due itinerari a confronto. La coppia sterile di fronte alla scelta dell'adozione o della procreazione artificiale eterologa, en SCABINI E. - ROSSI G. (ed.), *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'?, Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano 1999, pp. 237-267.
- LÓPEZ MORATALLA N., La manipulación de los embriones humanos in vitro a finales del 2003, en <http://www.arvo.net/includes/documento.php?IdDoc=8658&IdSec=1002>.
- , Fecundación in vitro, en <http://www.arvo.net/includes/documento.php?IdDoc=5522&IdSec=652>.
- , Perspectivas éticas que plantea la problemática científica en torno a la reproducción asistida, en <http://www.arvo.net/includes/documento.php?IdDoc=8200&IdSec=1002>.
- MAC INTYRE J., Resolved: children should be told of their adoption before they ask, en *Journal of the American Academy of Child and Ad. Psychiatry*, Vol. 29 (Sept. 1990), pp. 828-829.

- MARCÓ J. - TARASCO M., *Diez temas de reproducción asistida*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid 2001.
- MARRAMA P. - CARANI C. - PASINI W. et al. (ed.), *L'inseminazione della discordia. Studio Multidisciplinare sulle problematiche legate all'inseminazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1987.
- MAY W.E., *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, Our Sunday Visitor, Huntington, Ind. 2000.
- MELDRUM D.R., Tecniche di riproduzione assistita: scelta del paziente, programma e procedura, in KEYE W.R.J. - CHANG R.J. - REBAR R.W., *Infertilità, Valutazione e Trattamento*, Verduci Editore, Roma, pp. 942-949.
- MENGARELLI M., "L'Intrusione tecnologica" nella riproduzione umana, in VENTIMIGLIA C. (ed.), *La famiglia moltiplicata, Riproduzione umana e tecnologia, tra scienza e cultura*, Franco Angeli Editore, Milano, pp. 96-107.
- MENGARELLI M., La tecno-riproduzione e le comunicazioni di massa, in POLLEGGIONIO - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp. 248-254.
- MONGE F., *Persona Humana y Procreación Artificial*, Ediciones Palabra, S.A., Madrid 1988.
- MORI M., *La fecondazione artificiale*, Editori Laterza, Bari 1995.
- MORRISON C. - BHATTACHARYA S. - HAMILTON M. et al., Initial management of infertility: an audit of pre-referral investigations and exploration of couples' views at the interface of primary and secondary care, in *Human Fertility*, Vol. 10, n. 1 (2007), pp. 25-31.
- NAVARRA G., Infertilità: el 40% deja el tratamiento. Los pacientes priorizan los aspectos científicos, sin dejar de lado la necesidad de contención emocional, in *La Nación*, 18-06-2002, p. 10.
- NAVARRO DEL VALLE H., *El derecho a la vida y la inconstitucionalidad de la fecundación in-vitro*, Ediciones Promesa, San José (Costa Rica) 2001.
- NUNZIANTE CESÀRO A. (ed.), *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 2000.
- , Procreazione assistita: il desiderio di un figlio, in — (ed.), *Il bambino che viene dal freddo, Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 2000, pp. 71-99.
- PABLO VI, *Humanae Vitae*. Sobre la regulación de la natalidad (25-Julio-1968), *Acta Apostolicae Sedis*, Vol. 60, pp. 481-503.
- PADOVANI G., La riproduzione artificiale: tra natura e cultura, in *La Famiglia*, n. 129 (1988), pp. 50-70.
- PALAZZANI L., La legge italiana sulla "procreazione medicalmente assistita": una rilettura biogiuridica, in *Medicina e Morale*, Vol. 54, n. 1 (2004), pp. 77-91.
- PARDO A., La fecondación in vitro, in *Revista Mundo Cristiano* III-96.
- PAROLARI L., La coppia "sterile" analisi su 4000 casi di un centro di sterilità universitario, in PIZZINI F. - LOMBARDI L. (ed.), *Madre provetta, Costi, benefici e limiti della procreazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1994, pp. 51-57.
- PASINI W., Aspetti psicologici delle filiazioni inabituali e dell'IAD, in MARRAMA P. - CARANI C. - PASINI W. (ed.), *L'inseminazione della discordia, Studio Multidisciplinare sulle problematiche legate all'inseminazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1987, pp. 55-60.
- PAULIN P., La psicoanalisi e la relazione madre-bambino, in POLLEGGIONIO - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp. 214-217.
- PEDDIE V. - VAN TEIJLINGEN E. - BHATTACHARYA S., A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment, in *Human Reproduction*, Vol. 20, n. 7 (2005), pp. 1944-1951.
- PESSINA A., *Adozione preimplantatoria*, in *Corriere della Sera* (25-5-99).

- PIROVANO S., I figli ad ogni costo, en POLLEGGIONI O. - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp. 244-247.
- PIZZINI F., *Maternità in laboratorio. Etica e società nella riproduzione artificiale*, Rosenberg & Seiller, Torino 1992.
- PIZZINI F. - FACCHINI C. - PAROLARI L., Appendice A: Analisi dell'apoplopolazione in cura presso un Centro universitario di sterilità di Milano, en PIZZINI F. - LOMBARDI L. (ed.), *Madre provetta, Costi, benefici e limiti della procreazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1994, pp. 151-173.
- PIZZINI F. - LOMBARDI L. (ed.), *Madre provetta. Costi, benefici e limiti della procreazione artificiale*, Franco Angeli Editore, Milano 1994.
- POLLEGGIONI O. - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989.
- PORTERI C., Procreazione assistita: condizionamenti culturali e sociali, en *La Famiglia*, n. 186 (1997), pp. 37-47.
- PRADO LOPES H., La inserción del Psicólogo en el equipo de Medicina Reproductiva, en *Revista on line de SAMeR*, Vol. 22, n. 1 (2007): <http://www.revista.same.org.ar/resumen.php?idArticulo=143>.
- RAGNI G. - VEGETTI W. (ed.), *Attualità sulla procreazione medico assistita*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 1996.
- RAJKHOWA M. - MCCONNELL A. - THOMAS G.E., Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study, en *Human Reproduction*, Vol. 21, n. 2 (2006), pp. 358-363.
- RAUTI I. - SILIPRANDI P. (ed.), *Questioni di Bioetica. La sterilità e la procreazione medicalmente assistita*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma 1997.
- RAWSON G., *Australian attitudes to Human Artificial Insemination*, The New South Wales Advisory Committee on Human Artificial Insemination, NSW Govt Printer, 1984.
- REDSHAW M. - HOCKLEY C. - DAVIDSON L.L., A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant, en *Human Reproduction*, Vol. 22, n. 1 (2007), pp. 295-304.
- REGALIA C. - IAFRATE R., Ferita di sé, depressione e risorse delle coppie che si rivolgono ai centri di riproduzione assistita, en SCABINI E. - ROSSI G. (ed.), *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'?, Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano 1999, pp. 317-331.
- RENZONI GOVERNATORI L., identità femminile, desiderio di maternità e fecondazione artificiale, en VENTIMIGLIA C. (ed.), *La famiglia moltiplicata, Riproduzione umana e tecnologia, tra scienza e cultura*, Franco Angeli Editore, Milano, pp. 131-139.
- ROBERTSON J.A., *Children of Choice. FREEDOM and the new reproductive technologies*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey 1994.
- RODRIGUEZ LUÑO A. - LÓPEZ MONDÉJAR R., *La Fecondazione "in vitro". Aspetti medici e morali*, Città Nuova Editrice, Roma 1986 (Trad. Española: *La Fecundación "in vitro"*, Palabra, Madrid 1986).
- ROSSI G., Problemi sociologici emergenti nel merito del dibattito sulla procreazione assistita, en *Medicina e Morale*, Vol. 43, n. 1 (1993), pp. 165-181.
- , La procreazione assistita: significato e problemi di un nuovo modo di diventare genitori, en *Medicina e Morale*, Vol. 43, n. 6 (1993), pp. 1139-1169.
- , Famiglie, servizi pubblici, privati e di volontariato: utilizzo e orientamenti di politica sociale, en COLOZZI I. - DONATI P. (ed.), *Famiglia e cure di comunità, Il difficile intreccio fra pubblico, volontario e reti informali nell'Italia di oggi*, Franco Angeli Editore, Milano 1995, pp. 224-273.

- ROSSI G. - SCISCI A., Sfide e contraddizioni di un nuovo modo di diventare genitori: riflessioni da un'indagine empirica, in SCABINI E. - ROSSI G. (ed.), *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'?, Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano 1999, pp. 269-315.
- ROVERA G. - GATTI A., Disturbi psichiatrici e sterilità, in ABRAHAM G. PASINI W., *L'Ambiguità del dono*, Franco Angeli Editore, Milano 1987, pp. 77-83.
- RUIZ BALDA J.A., Aspectos científicos de la fecundación in vitro, en GAFO J. (ed.), *Procreación humana asistida: aspectos técnicos, éticos y legales*, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1998, pp. 4566.
- SANTINI A., I "SE..." del demografo, in POLLEGGIONI O. - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp. 227-237.
- SBISÀ M., La riproduzione artificiale fra filiazione sociale e filiazione biologica, in VENTIMIGLIA C. (ed.), *La famiglia moltiplicata, Riproduzione umana e tecnologia, tra scienza e cultura*, Franco Angeli Editore, Milano, pp. 140-153.
- SBISÀ M., Dalla volontà di potenza a un'etica delle relazioni, in POLLEGGIONI O. - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp. 161-170.
- SCABINI E., Bambini come figli, in LONGO CARMINATI V. - CONSTANTINO V., *Essere Bambini oggi*, Vita e Pensiero, Milano 1992.
- SCABINI E. - ROSSI G. (ed.), *Dono e perdono nelle relazioni familiari e sociali*, Vita e Pensiero, Milano 2000.
- SCABINI E. - CIGOLI V., Generatività ed ethos familiare: riflessioni in margine alle ricerche psicologiche sulla procreazione assistita, in SCABINI E. - ROSSI G. (ed.), *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'?, Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano 1999, pp. 215-235.
- SCABINI E. - ROSSI G. (ed.), *Famiglia 'generativa' o famiglia 'riproduttiva'?, Il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*, Vita e Pensiero, Milano 1999.
- SECADES Y. - TORRA E., Temas de Política Interior, en *Fertity World- Mexico* (2010): http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Ce-sop/Eje_tematico/8_pinterior.htm.
- SEIBEL M.M. - CROCKIN S.L. (ed.), *Family Building through Egg and Sperm Donation. Medical, Legal and Ethical Issues*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury (Massachusetts), pp. 221-223.
- SERRA A., Procreazione umana: La sfida tecnologica, in GARRONE G. (ed.), *Fecondazione extra corporea. Pro o contro l'uomo?*, Piero Gribaudo Editore srl, Milano 2001, pp. 40-58.
- , Madri e "Figli della Proveta", en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/4416/798/>.
- SERRANO RUIZ-CALDERÓN J. M., 25 años del primer "bebé probeta", en *ACEPRENSA Servicio*, Vol 104 n 03 (16-07-2003).
- SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica*. Vol. I, Vita e Pensiero, Milano 2000.
- , SGRECCIA E., *Manual de Bioética*, Editorial Diana, México D.F. 1996.
- , Non c'è un'alternativa sicura alla sorte degli embrioni congelati, en *Avvenire* (27-7-1996).
- SGRECCIA E. - FIORI A., *La donazione di embrioni*, en *Medicina e Morale*, Vol. 46, n. 6 (1996), pp. 1053-1056.
- SGRECCIA E. - LOMBARDI RICCI M. (ed.), *La vita e l'uomo nell'età delle tecnologie riproduttive. Una domanda di sapienza e di agire responsabile*, Vita e Pensiero, Milano 1997.
- SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DE LA FERTILITÀ E STERILITÀ, *Libro bianco sulla riproduzione assistita*, Edizioni Sifes, Palermo 1991.

- STEWART D E. - BOYDELL M. - MCCARTHY K. et al., A Prospective Study of the Effectiveness of Brief Professionally-Led Support Groups for Infertility Patients, en *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, Vol. 22, n. 2 (1992), pp. 173-182.
- SURTEES G., Adoption of a Frozen Embryo, en *Homiletic and Pastoral Review* (Aug-Sep 96), pp. 7-16.
- TESTART J., *L'uovo trasparente*, Bompiani, Milano 1986.
- TETTAMANZI D., Il Figlio: Prodotto della tecnica o frutto del dono?, en CONFEDERAZIONE ITALIANA DEI CONSULTORI FAMILIARI DI ISPIRAZIONE CRISTIANA, *La cicogna di vetro ovvero La fecondazione in vitro*, Edizioni Salcom, Brezzo di Bedero (Varese) 1985, pp. 5995.
- TETTAMANZI D., *Nuova Bioetica Cristiana*, Edizioni PIEMME, Casale Monferrato 2000.
- TOSTI E. - DALE B., *Fecondazione in vitro*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 1995.
- TRACY MACNAB R., Psychologic Issues Associated with Donor Insemination, en SEIBEL M.M. - CROCKIN S.L. (ed.), *Family Building through Egg and Sperm Donation, Medical, Legal and Ethical Issues*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury (Massachusetts), pp. 53-60.
- VAN BALENA F. - VERDURMENB J. - KETTINGE E., Assessment of a telephone helpline on infertility provided by a patient association, en *Elsevier, Patient Education and Counseling*, Vol. 42, n. 3 (Mar 2001), pp. 289-293.
- VAN ZYL C. - VAN DYK C. - NIEMANDT C., Ethics, social, legal, counseling. The embryologist as counsellor during assisted reproduction procedures, en *Reproductive BioMedicine Online*, Vol. 11, n. 5 (2005), 545-551.
- VEGA GUTIERREZ M.L. - VEGA GUTIERREZ J. - MARTÍNEZ BAZA P., *Reproduccion asistida en la Comunidad Europea, Secretariado de Publicaciones*. Universidad de Valladolid, Valladolid 1993.
- VENTIMIGLIA C. (ed.), *La famiglia moltiplicata. Riproduzione umana e tecnologia, tra scienza e cultura*, Franco Angeli Editore, Milano 1988.
- , Paternità e maternità: tra desiderio e seduzione, en — (ed.), *La famiglia moltiplicata, Riproduzione umana e tecnologia, tra scienza e cultura*, Franco Angeli Editore, Milano 1988, pp. 160-171.
- VERHAAK C. - SMEENK J. - VAN MINNEN A. et al., A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles, en *Human Reproduction*, Vol. 20, n. 8 (2005), pp. 2253-2260.
- VIAL CORREA J.D.D. - SGRECCIA E. (ed.), *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2005.
- VILA-CORO M.D., *Huérfanos biológicos. El hombre y la mujer ante la reproducción artificial*, San Pablo, Madrid 1997.
- WALKER E. - FERNÁNDEZ P. - SUÁREZ L., *Infertilidad*, en http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2007/A.
- WATT H., A Brief Defense of Frozen Embryo Adoption, en *The National Catholic Bioethics Quarterly*, Vol. 1, n. 2 (2001), pp. 151-154.
- ZAMBOLO G., Problematica giuridica dell'inseminazione artificiale umana, en POLLEGGIONI O. - RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp. 218-223.
- ZEGERS-HOCHSCHILD F. - GALMES V. - SCHWARCE J., *Registro de Reproducción Asistida 2005*, en http://www.redlara.com/aa_espanhol.asp?categoria=Registros anuales&cadastroid=299.
- ZONGOLI M., Il tempo e lo spazio delle nascite tecnologiche, en POLLEGGIONI O. E RUSSO M. (ed.), *Il bambino bionico*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze) 1989, pp. 171-180.

Carátula y cuestionario

Buenos días (tardes):

Nos da mucho gusto saludarte y bienvenido/a a esta experiencia que te proponemos. Estamos realizando un estudio que se utilizará para elaborar una tesis profesional y de investigación sobre las parejas con problemas de fertilidad. Sabemos, por el contacto que hemos tenido con numerosas parejas que sufren esta realidad, el proceso tan doloroso y delicado al que deben enfrentarse.

Esta es la principal motivación del estudio: ofrecer a las parejas que se encuentran o se encontrarán en un proceso semejante al que ustedes viven o vivieron, una ayuda y asesoría concreta, para que puedan sobrellevar su proceso con una mayor calidad y tranquilidad.

Por eso, en lo personal y en nombre de estas parejas, te agradecemos la disponibilidad que has mostrado para ser parte de este proyecto.

Quisiéramos pedirte tu ayuda para que contestes las preguntas del cuestionario anexo. Somos conscientes de que este cuestionario requiere una especial atención. Por ello, te agradeceríamos que lo hagas en un momento de tranquilidad, dedicando el tiempo necesario. Para la validez del estudio es muy importante que tu esposo/a lo conteste también personalmente. Si esto no fuera posible por alguna razón de peso, te agradeceríamos que lo contestaras tú: nos será de mucha ayuda también.

También es fundamental que tengan en cuenta lo siguiente: debes contestarlo con la información y con la ayuda que tuvieron en la etapa o momento de la decisión (o si ésta está en proceso) y no con la información o ayuda que pudieran tener o haber adquirido en el momento que contestan el cuestionario (que puede ser diferente).

Sus respuestas serán totalmente **confidenciales y anónimas**. Las opiniones de todos los encuestados serán sumadas, incluidas y analizadas en la tesis profesional, pero **nunca se comunicará un solo dato personal**.

Una vez contestado te agradeceríamos que nos lo hicieras llegar de alguna de las siguientes formas:

- a) Enviarlo en sobre cerrado y sin ningún dato personal al Apartado Postal [...] indicando "Cuestionario de infertilidad".
- b) Enviarlo a la siguiente dirección electrónica: *acdoctorado@anahuac.mx*
- c) Entregarlo a la persona que te lo proporcionó para que ella lo envíe.

Cualquier duda o pregunta que tengas sobre el cuestionario puedes comunicarte al teléfono [...].

De mucha ayuda nos sería si ustedes conocen a otra pareja o parejas que tienen parecida situación y quisieran ayudarnos y contribuir contestando el mismo cuestionario. En ese caso lo pueden imprimir y entregárselo para que lo contesten.

De nuevo te expresamos nuestro agradecimiento por tu colaboración.

Cuestionario

1. Datos generales:

¿Cuál es tu sexo?

☐ Varón ☐ Mujer

Ciudad donde resides _____

Estás casado/a con rito

☐ Civil ☐ Religioso ☐ Unión libre

¿Cuánto tiempo llevan de casados? _____

¿Cuál es tu edad? _____

¿Cuántos años tiene tu pareja? _____

2. ¿Cuál es, aproximadamente, tu nivel mensual de ingresos?

☐ No tengo trabajo remunerativo ☐ Menos de 10,000 pesos

☐ 10,000 a 20,000 pesos ☐ 20,000 a 30,000 pesos

☐ 30,000 a 50,000 pesos ☐ Más de 50,000 pesos

3. ¿Cuál es tu religión?

☐ No tengo religión ☐ Católica ☐ Protestante ☐ Anglicana

☐ Ortodoxa ☐ Judía ☐ Musulmana ☐ Hindú

☐ Budista ☐ Otra. Por favor, especifica: _____

4. ¿Cuál es tu nivel de estudios?

- ☐ Bachillerato ☐ Carrera técnica ☐ Licenciatura
☐ Maestría ☐ Doctorado

5. Como pareja, ¿cuánto tiempo intentaron tener un hijo?

- ☐ Menos de un año ☐ De 1 a 2 años ☐ De 2 a 3 años
☐ De 3 a 5 años ☐ De 5 a 7 años ☐ Más de 7 años

6. (A la esposa): ¿Has estado embarazada alguna vez?

- ☐ No
☐ Sí. Por favor, indica en cuántas ocasiones: _____

7. ¿Tienen hijos, concebidos de forma natural?

- ☐ No ☐ Sí. Por favor, indica cuántos: _____

8. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que tuvieron su último hijo?

- ☐ Años ☐ Meses ☐ No aplica

9. ¿Tienen hijos adoptados?

- ☐ No ☐ Sí. Por favor, especifica cuántos: _____

10. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que adoptaron su último hijo?

- ☐ Años ☐ Meses ☐ No aplica

11. ¿Conoces la causa por la cual no han podido tener un hijo de forma natural?

- ☐ No ☐ Sí. Por favor, especifica: _____

Algunas definiciones que te ayudarán a contestar este cuestionario

Entendemos por **tratamientos iniciales**: Todos aquellos tratamientos hormonales, quirúrgicos o farmacológicos que son aplicados por el ginecólogo de la esposa o el andrólogo del esposo, antes de tomar una decisión por las TRA, adopción, resignación...

Entendemos por **Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)**: Conjunto de técnicas y procedimientos realizados por médicos especialistas o equipo de profesionales en las clínicas de fertilidad, que ayudan o sustituyen el contacto sexual de la pareja, con el fin de que ocurra la fertilización y posteriormente el embarazo y nacimiento del feto.

Entendemos por **médico especialista (en TRA)**: Médico gineco obstetra con formación posterior en TRA. Además de estos especialistas están biólogos especialistas en genética para hacer el diagnóstico prenatal y desechar a los embriones malformados, hay médicos especialistas en anestesia, en diagnóstico prenatal, enfermeras, etcétera.

12. ¿Tuviste algún tratamiento inicial con tu médico (ginecólogo o andrólogo)?

☐ No ☐ Sí. Por favor, especifica: _____

13. ¿Visitaste a un médico especialista, fuera de las clínicas de fertilidad?

☐ No ☐ Sí. Por favor, especifica cuántos: _____

¿Alguno en el extranjero? _____

14. ¿Visitaste alguna clínica de fertilidad?

☐ No ☐ Sí. Por favor, especifica cuántas: _____

¿Alguno en el extranjero? _____

Si recuerdas, por favor, especifica los siguientes datos:

Nombre de la clínica	Ciudad o país	Fecha de la visita

SI LA RESPUESTA DE LAS DOS PREGUNTAS ANTERIORES (PREG.13 Y 14) ES NEGATIVA, PASAR A LA PREGUNTA 33.

15. La visita a la clínica de fertilidad o con el médico especialista la hiciste:

☐ Solo/a ☐ Con mi pareja

☐ Con otra persona. Por favor, indica quién: _____

16. Marca una o más de las razones por las que visitaste una clínica de la fertilidad o médico especialista:

- ☐ Por curiosidad ☐ Para pedir información general
- ☐ Por presión de los familiares ☐ Para conseguir un diagnóstico más detallado
- ☐ Para recibir un tratamiento específico. ¿Cuál? _____
- ☐ Por otro motivo (por ejemplo: por angustia, porque es mi derecho, por ser padre/madre a cualquier precio...). Por favor, especifica: _____

17. En las clínicas o consultorios que visitaste, señala si te hicieron o aplicaron alguno de los siguientes procedimientos:

Historia clínica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Exploración física	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Examen ginecológico/andrológico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Examen hormonal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Tratamiento nutricional (sobrepeso, resistencia a la insulina...)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Tratamiento quirúrgico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Identificación del período fértil (a la esposa)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Ultrasonido ginecológico o testicular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Laparoscopia (a la esposa)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Tuvieron en cuenta algún procedimiento hecho con anterioridad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Otro ☐. Por favor especifica: _____

18. ¿Recibiste algún diagnóstico diferente del diagnóstico inicial?

☐ No

☐ Sí

☐ No recuerdo

19. (A la esposa) ¿Te propusieron directamente alguna de las siguientes Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)?

Inseminación artificial

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

Fecundación *in vitro*

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

ICSI

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

GIFT

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

Otra ☐. Por favor especifica cuál: _____

20. Cuando te propusieron alguna de las TRA, te comentaron que iban a trabajar:

☐ Con embriones

☐ Sólo con células (óvulos espermatozoides)

☐ No recuerdo

21. Cuando te presentaron las TRA, te dijeron:

Que se iban a producir embriones en el laboratorio

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

Que el resultado de unir óvulos y espermatozoides, en el laboratorio, es sólo un puñado de células

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

¿Cuántos embriones, aproximadamente, se iban a producir?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

¿Cuántos embriones, aproximadamente, iban a transferir al útero?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

¿Cuántos embriones, aproximadamente, iban a congelar? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

El destino que tendrían los embriones congelados ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

22. (A la esposa) ¿Cuántos intentos de las siguientes TRA te realizaron?

	Ninguno	1	2	Más de 3
Ninguno				
Uno				
Inseminación artificial				
Fecundación <i>in vitro</i>				
ICSI				
Otras. Por favor especifica la técnica concreta y el número de veces:				
<hr/>				
<hr/>				

SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE NINGUNO (NO TE REALIZARON NINGÚN TIPO DE TRA), PASAR A LA PREGUNTA 25.

23. Alguno de estos intentos ¿tuvo como resultado el embarazo?

☐ No ☐ Sí. Por favor, especifica cuántos: _____

24. De estos embarazos, ¿cuántos hijos nacieron vivos? _____

25. ¿Los costos finales de los tratamientos fueron superiores a los que te dijeron al principio?

☐ No ☐ Sí. Por favor, especifica qué porcentaje más alto: _____

26. Durante las visitas, ¿te entregaron alguna carta de consentimiento informado (información de las técnicas, efectos secundarios, complicaciones, etc.) para que la firmaras?

☐ No ☐ Sí ☐ No recuerdo

27) Ya sea por medio de la carta de consentimiento informado antes de un procedimiento o por los médicos y/o personal de la clínica o clínicas visitadas, ¿recibiste información sobre:

	Nunca recibí esta información	Me informaron muy poco	Había poca información en la carta de consentimiento	El médico me informó en persona	Recibí información completa por escrito y por el médico
lo que cada uno de ustedes, en particular, debía realizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
los detalles del procedimiento de las TRA a aplicar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
los efectos secundarios que podría haber en el empleo de las TRA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
los efectos secundarios de la hiperestimulación ovárica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
las probabilidades de quedar embarazada con dichas TRA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
los riesgos de malformación que existen para los embriones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
los costos económicos totales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
el riesgo que conlleva un embarazo múltiple?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. ¿Qué tan satisfecho/a quedaste con la información recibida de la pregunta anterior? (marcar la opción que más describa tu experiencia)

☐ Nada satisfecho/a

☐ Poco satisfecho/a

☐ Medianamente satisfecho/a

☐ Bastante satisfecho/a

☐ Muy satisfecho/a

29. ¿Qué tan completa y adecuada consideraste la asesoría que recibiste sobre los siguientes aspectos?

	Incompleta e inadecuada	Medianamente completa y adecuada	Muy completa y adecuada
El manejo de las propias emociones y sentimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El posible estado de angustia o depresión en que me podría encontrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El modo de afrontar las posibles diferencias con mi cónyuge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El modo de afrontar las dudas o inquietudes de nuestras familias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La manera de afrontar mis relaciones con amigos y la sociedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. ¿El médico especialista o alguien en la clínica de fertilidad, te presentó la adopción como una posible alternativa?

☐ Sí

☐ No

☐ No recuerdo

31. Si no tuvieron éxito con los tratamientos, ¿optaron por la adopción?

☐ Sí

☐ No

32. ¿Qué sensación tuviste al dejar la clínica de fertilidad o al médico especialista?

Estar totalmente en las manos del médico especialista

☐ Sí

☐ No

Tener un problema de infertilidad de fácil solución

☐ Sí

☐ No

Una posibilidad de quedarme embarazada

☐ Sí

☐ No

Una cita más que no daría solución al problema de infertilidad

☐ Sí

☐ No

Otro ☐. Por favor especifica: _____

33. Algunas parejas mencionan que cambian de una clínica a otra, o de un médico especialista a otro, debido a una serie de situaciones. Si fue tu caso, marca qué tan frecuentes fueron para ti las siguientes experiencias (en caso contrario pasa a la siguiente pregunta):

	Nunca nos ocurrió	Alguna vez ocurrió	Ocurrió con frecuencia	Ocurrió con mucha frecuencia	Siempre nos ocurrió
Porque pidieron demasiados datos y muy técnicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque los resultados de los tratamientos fueron negativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porque sentí que no entendían mis sentimientos o los de la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por la actitud reacia del personal especializado cuando pedimos explicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por errores en el diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por los costos elevados de los procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras situaciones. Por favor, especifica: _____					

34. Mi conocimiento sobre las TRA, lo obtuve:

- ☐ Antes de la etapa o momento de la decisión
- ☐ Durante la etapa o momento de la decisión
- ☐ Principalmente, después de la etapa o momento de la decisión
- ☐ Prácticamente no las conozco

35. ¿Consideras que conocías suficientemente las diversas TRA, al menos en líneas generales, para tomar una decisión bien informada?

- ☐ Sí ☐ No

36. En la etapa o momento de la decisión por las TRA, adopción, resignación [...], qué tanto conocías la diferencia entre:

	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Inseminación artificial y fecundación artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicas homologas y técnicas heterólogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La técnica de la FIVET y la técnica ICSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37) En la etapa o momento de la decisión por las TRA, adopción, resignación [...], ¿qué tanto conocías o podrías explicar las siguientes etapas del proceso de las TRA?

	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Recolección y capacitación del semen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extracción de los óvulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimulación ovárica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecundación extracorpórea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferencia de los embriones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posible reducción embrional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de embarazos múltiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micromanipulación de gametos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congelación de embriones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. En la etapa o momento de la decisión por las TRA, adopción, resignación [...]

	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
¿conocías lo que se denomina como síndrome de hiperestimulación ovárica y que, en algunos casos, es peligroso y en ocasiones mortal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿sabías que las probabilidades de malformaciones genéticas en el embrión, podrían aumentar en la medida que se recurre a las TRA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿sabías que las probabilidades de ocasionar un embarazo múltiple, podrían aumentar en la medida que se recurre a las TRA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Según los conocimientos que poseías en relación con las TRA, en la etapa o momento de la decisión, ¿cuándo creías que comenzaba la vida humana?

- ☐ No tenía una opinión al respecto
- ☐ Cuando el embrión se implanta en el útero (en la implantación)
- ☐ Cuando el embrión alcanza alguna etapa del desarrollo
- ☐ En la fecundación: cuando se une el óvulo con el espermatozoide
- ☐ No hay un momento exacto en el que se pueda decir que comienza la vida humana
- ☐ No estaba seguro/a
- ☐ No me lo pregunté

40. La idea que tenías de la probabilidad de lograr un embarazo por medio de las TRA y de llevarlo a término, oscilaba entre:

- ☐ Menos del 50% ☐ Más del 50%
- ☐ Casi el 100% ☐ No lo sé
- ☐ Otra respuesta. ¿Cuál? _____

41. Desde un punto de vista económico, estaba dispuesto/a a gastar, para intentar tener un hijo, a través de las TRA:

- ☐ 5,000 dólares o menos ☐ 6,000 a 10,000 dólares
- ☐ 11,000 a 20,000 dólares ☐ Más de 20,000 dólares
- ☐ Lo que fuera necesario para obtener un hijo
- ☐ No lo pensé

42. ¿Qué tanto hubiera afectado, en tu decisión, haber tenido información sobre alguno de los siguientes aspectos?

	No me hubiera afectado	Lo hubiera dudado	Hubiera tomado otra decisión
Riesgos de malformaciones para el embrión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesgos y efectos secundarios para la esposa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costos elevados de las TRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida o destrucción de embriones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congelación de embriones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. ¿Qué sensación produjo en ti el problema de la infertilidad?

	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Una disminución de mi autoestima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una fuerte pena que tenía que compartir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un sentimiento de culpa: "¿qué hice para que me suceda esto?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un estado de depresión, angustia o ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coraje contra mi cónyuge juzgándolo culpable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un estado de recelo de mi cónyuge hacia mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otra. Por favor, especifica: _____

44. En la etapa o momento de la decisión por las TRA, adopción, resignación [...], ¿qué tanta ayuda psicológica recibiste a nivel individual?

	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Sobre los aspectos personales: autoestima, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión [...]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobre los aspectos técnicos de las TRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobre las implicaciones psico- lógicas que podría tener un fracaso en las TRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobre la posibilidad de la adopción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobre los aspectos morales-éticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otra. Por favor, especifica: _____

45. Cuando supieron de los problemas de fertilidad que los afectaban como pareja [...]:

En un principio no los supimos afrontar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
No supimos a quién acudir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nos creó problemas en nuestra relación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dialogamos francamente como pareja y llegamos a un acuerdo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nos ayudamos de una tercera persona. Quién?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Otra. Por favor especifica: _____

46. Qué tanta ayuda psicológica recibieron como pareja:

	Nada	Poca	Mucha	Muchísima
En los procedimientos de las TRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la relación como pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el trato con la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En la relación con la sociedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobre la posibilidad de considerar la adopción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobre la posibilidad de acudir a una clínica de fertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No recibimos ningún tipo de ayuda	<input type="checkbox"/>			

47. En la etapa o momento de la decisión por las TRA, adopción, resignación [...], ¿te sentiste apoyado/a por tu familia?

- ☐ Nada ☐ Muy poco
- ☐ No tanto como hubiera querido ☐ No los involucré
- ☐ Totalmente

48. En la etapa o momento de la decisión, ¿recibiste ayuda para enfrentar alguna de estas situaciones o comentarios?

	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Eventos en los que estaban presentes los hijos de tus hermanos u otros familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios asegurando que "En otras partes ya se consigue embarazar a cualquier mujer por medio de diferentes tratamientos"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o que "conocemos a parejas que lograron tener un hijo por estos tratamientos"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. ¿Recibiste asesoría sobre qué aspectos preguntar cuando acudieras a consulta, tales como

Solicitar un diagnóstico específico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Conocer las posibles terapias médico-quirúrgicas de acuerdo con el diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Manifestar al especialista tus convicciones para que pudiera ofrecerte alternativas afines a tus creencias?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Otra ☐. Por favor especifica: _____

50. En la etapa o momento de tomar una decisión, ¿cómo hubieras contestado las siguientes preguntas?

	Falso	Verdadero
El amor-donación entre los esposos, les da derecho a tener hijos por el medio que sea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El hijo debe ser, siempre, fruto directo del acto conyugal específico de los esposos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sexualidad es una característica importante, pero no esencial o constitutiva de la persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El matrimonio alcanza su plenitud como familia cuando se dan los hijos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La unión íntima entre los esposos es expresión del amor conyugal y debe quedar siempre abierta a la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las TRA, sólo cuando hay verdadero amor entre los esposos, pueden sustituir el acto conyugal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los embriones humanos pueden ser producidos, aunque esto suponga la posibilidad de que algunos se destruyan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Durante la etapa o momento de la decisión:

	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
¿Te considerabas una persona formada religiosamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te considerabas practicante de tu religión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tanto podrías afirmar que tu formación religiosa influyó en tu decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Si tu religión te hubiera hecho ver la ilicitud de las TRA, ¿qué tan de acuerdo hubieras estado con las siguientes actitudes?

	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Sería razón suficiente para no recurrir a las TRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las TRA no son parte del campo de la religión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lo importante sería, en este caso, mi conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trataría de investigar las razones de dicha ilicitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53- ¿Qué tan de acuerdo estabas con las siguientes afirmaciones en relación con la adopción?

	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Es una paternidad artificial y de segunda categoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Es una paternidad comparable a la paternidad biológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es un camino para formar una familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es una forma de suavizar la presión que sufre la pareja por parte de los amigos, familia y/o sociedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es una forma de tener un hijo si no funciona el TRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. En la etapa o momento de la decisión, ¿qué tan de acuerdo estabas con las siguientes actitudes, en relación con la adopción?

	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Nunca lo consideré como una posibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me interesaba y estuve en contacto con alguna institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lo estuve pensando y lo consideré como una posibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No me interesaba porque quería tener "un hijo propio"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me interesaba pero me afectaba lo que pensara la sociedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. De la adopción lo que más te costaba asimilar o enfrentar:

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
El tiempo de espera: no saber cuándo va a llegar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejar las relaciones con familiares y amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El que el hijo no se pareciera físicamente a nosotros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando se entere de que no somos sus padres biológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que llegaran a discriminarlos por alguna razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otra. Por favor, especifica: _____

56. La opinión como pareja sobre la adopción era:

- ☐ No estábamos de acuerdo
- ☐ Sí estábamos de acuerdo
- ☐ Pasamos por varias etapas antes de llegar a algún acuerdo

SI DESEAS HACER ALGÚN COMENTARIO O EXPRESAR ALGUNA INQUIETUD QUE NOS PUDIERA AYUDAR EN NUESTRA INVESTIGACIÓN, TE LO AGRADECERÍAMOS MUCHO.

DE NUEVO, ¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

Glosario

A continuación se definen algunos conceptos centrales y lo que se entiende por ellos en la presente investigación. Algunos de ellos no se definen en este glosario, por estar definidos en el capítulo 2, Metodología de la investigación al ser definidas allí las variables.

Alfa de Cronbach: índice que permite conocer la confiabilidad de un instrumento (teoría clásica del ítem).

Bola de nieve: método de muestreo no probabilístico por el que informantes clave refieren a otros sujetos con características similares a las que se busca en un estudio.

Clúster: agrupación de sujetos, grupos con características similares con base en una variable.

Confiabilidad: alude a la consistencia de las respuestas que tienen los sujetos al contestar un cuestionario. Se preocupa por estimar los errores de un instrumento, ya que es imprescindible que si se aplica a otra población o a la misma muestra después de un tiempo, se obtengan mediciones similares, es decir, habrá ciertos errores debidos al azar, pero no sería confiable si los datos arrojaran completamente otro panorama.

Constructo: entidad hipotética de difícil definición en una teoría científica y que se compone a través de la relación de distintos elementos. Generalmente son un conjunto de elementos latentes (no observables directamente) como la inteligencia o la voluntad y cuya observación requiere una operacionalización.

Cuestionario: instrumento empleado en la investigación que consta de preguntas abiertas y cerradas, puede ser de aplicación autoadministrada o dirigida.

Definición operacional: definición de una variable en términos de medición, responde a la pregunta ¿cómo se va a medir una variable?

Desviación estándar: medida de dispersión o centralidad de una variable (generalmente de razón o intervalo).

Error estándar de la media: es el error que se calcula derivado de analizar datos provenientes de una muestra; se calcula con el fin de determinar rangos de confianza.

Esterilidad: incapacidad por parte de la pareja de obtener un embarazo después de un año de relaciones sexuales potencialmente fecundantes. No hay fecundación.

FIVET: consiste en la extracción de los óvulos de la mujer por punción a través de la vagina y su contacto con los espermatozoides tiene lugar en un cultivo adecuado reproduciendo las condiciones naturales en las que se da la fecundación. Pasados unos días, se depositan los embriones en el útero materno mediante transferencia intrauterina.

Frecuencia: es el número de veces que ocurre o se registra una observación.

GIFT: la técnica transferencia intratubaria de gametos o GIFT (por sus siglas en inglés). Durante el GIFT los ovocitos y el esperma se ponen en contacto y se transfieren a una o ambas Trompas de Falopio. La fertilización tiene lugar en la trompa al igual que la fertilización natural. Una vez fertilizado, el embrión viaja hacia el útero espontáneamente.

Grados de libertad: es un estimador de categorías independientes utilizado para conocer la probabilidad asociada en una prueba de hipótesis.

Hipótesis: es un supuesto que se intenta comprobar a través de datos empíricos.

Hipótesis alternativa: es la tesis contraria a la hipótesis que delimita el investigador.

Hipótesis nula: es la nulidad de la existencia de interacción entre dos variables establecidas por una hipótesis; se abrevia con las siglas H_0 .

Infertilidad: incapacidad por parte de la pareja de poder llevar a cabo un embarazo hasta el momento en que el feto pueda nacer y vivir. Hay fecundación.

Infertilidad-esterilidad: en el presente estudio, por no considerarlo necesario y para mayor claridad, no hemos hecho distinción entre estos dos términos.

ICSI: microinyección intracitoplasmática de espermatozoides o ICSI (según sus siglas en inglés). Es una técnica de reproducción asistida que consiste en la introducción, mediante una microaguja, de un espermatozoide en el citoplasma del óvulo.

Índice: es un indicador que describe a un constructo; generalmente se compone de la agrupación de diversas variables.

Inseminación artificial: fecundación de la mujer por medio de la introducción del semen en el útero, normalmente, sin la realización del coito.

Inseminación homóloga: inseminación en la que se utiliza el semen de la pareja.

Inseminación heteróloga: inseminación donde se utilizan espermatozoides de un donador.

Instrumento: herramientas que emplea un investigador para la recolección de datos.

Intensidad: cuando se refiere a una escala Likert, alude a los niveles de medición que posee un ítem para ser medida; supone gradientes de intensidad por lo que conceptualiza al reactivo como una variable de tipo ordinal.

Ítem: pregunta o premisa en una prueba o instrumento psicométrico (generalmente encuestas o exámenes).

Likert: escala psicométrica que especifica el nivel de acuerdo o adecuación de una premisa a las ideas o experiencias de un sujeto.

Media: medida de tendencia central entendida como el promedio aritmético de los valores de una variable reportados por una muestra.

Mediana: es el percentil 50; medida de tendencia central que deja el mismo número de sujetos antes y después del valor que adquiere.

Médico Especialista (en TRA): Médico gineco obstetra con formación posterior en TRA. También todo el equipo de profesionistas de las clínicas de TRA: biólogos especialistas en genética, andrólogos, enfermeras especializadas, especialistas en embriología, etc.

Medidas de dispersión: estadígrafos descriptivos que especifican el nivel de centralidad de una variable; pueden ser la desviación estándar, la varianza y el coeficiente de variación.

Medidas de tendencia central: estadígrafos descriptivos que buscan mostrar la tendencia que un conjunto de datos tiene en los valores centrales de su distribución; pueden ser la media, la mediana o la moda.

Moda: medida tendencia central que muestra el dato más común en una muestra.

Muestra: subconjunto de sujetos de una población.

Ovodonación: definida de forma clásica, como la aportación de gametos femeninos por una mujer distinta a la que los recibe.

Población: totalidad de sujetos que comparten diferentes características.

Ponderación: peso o relevancia que se da a una variable de forma intencional.

Preguntas abiertas: tipo de reactivos sin respuestas preestablecidas y que generalmente implican una postcodificación a través de análisis de contenido.

Preguntas cerradas: tipo de reactivos con respuestas preestablecidas de las cuales tiene que seleccionar un sujeto la opción más adecuada.

Preguntas dicotómicas: tipo de reactivos cerrados en los cuales los sujetos deben elegir entre dos opciones de respuesta.

Probabilidad, probabilidad asociada: mide la frecuencia con la que se obtendrá un resultado en un experimento.

Prueba ANOVA: específicamente se alude al análisis clasificatorio de varianza de Fisher; prueba paramétrica que busca contrastar variables de tipo intervalar y de razón clasificadas por grupos de contraste (variables nominales).

Prueba Chi-cuadrada: prueba no paramétrica que busca contrastar dos variables de tipo nominal.

Prueba no paramétrica: pruebas de hipótesis que no poseen supuestos, generalmente son aplicadas cuando los niveles de medición son de tipo nominal y ordinal, cuando el tamaño de muestra es pequeño o cuando no se conoce el tipo de distribución de una variable.

Prueba paramétrica: pruebas de hipótesis con supuestos (por lo general homogeneidad de varianzas, similitud con la normal y aleatoriedad de extracción en la muestra) usadas cuando el tamaño de la muestra es grande y con variables, cuyo valor de medición es intervalar o de razón.

Prueba t de Student: prueba paramétrica que puede ser para datos independientes o dependientes y que busca el contraste de una variable intervalar y de razón al agrupar la muestra por dos grupos.

Reactivo: son ítems que componen a un instrumento que emplea un investigador (una pregunta).

Significatividad-significancia estadística: nivel o grado de que un resultado, relación entre variables o diferencia entre variables que no se deba al azar.

Síndrome de hiperestimulación ovárica: es una complicación de la estimulación ovárica que se utiliza en los tratamientos de reproducción asistida. Consiste en un cuadro clínico caracterizado por el paso de líquido de los vasos sanguíneos a la cavidad del organismo (abdomen y tórax), con un consecuente aumento de la viscosidad sanguínea, como respuesta a un aumento de mediadores producidos por los ovarios que han respondido exageradamente a las gonadotrofinas.

Tablas cruzadas: estrategia de organización de datos donde se seleccionan dos variables y se observa su frecuencia a través de filas y columnas.

Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): conjunto de técnicas y procedimientos, realizados por médicos especialistas o equipo de profesionales en las clínicas de fertilidad, que sustituyen el contacto sexual de la pareja, con el fin de que ocurra la fertilización y posteriormente el embarazo y nacimiento del feto.

Tratamientos iniciales: todos aquellos procedimientos hormonales, quirúrgicos o farmacológicos que son aplicados por el ginecólogo o el andrólogo.

Validez: se refiere al grado en que un instrumento mide lo que dice que mide o lo que pretende medir.

Valor en prueba: es el valor usado en las pruebas de hipótesis, junto con los grados de libertad para determinar la probabilidad asociada.

Variable: es una característica o cualidad de un sujeto u objeto que varía.

Procedimientos de pruebas de hipótesis

1. HIPÓTESIS 1:

H1: El trato o la atención, consentimiento informado escrito o de palabra y su contenido, el tipo de diagnóstico, la asesoría recibida y la información que se proporciona en relación con diversos aspectos como los costos, el uso de células o embriones, el tema de la adopción, en muchas clínicas y/o por parte de los médicos especialistas es incompleta, insuficiente o inexistente.

Con el fin de comprobar esta hipótesis, se optó por calcular a través del teorema del límite central, la media poblacional de los reactivos que responden a esta premisa. Para los reactivos tipo Likert, se calcula el error estándar de la media y se grafica. En el caso de los reactivos dicotómicos, se transformará la escala de nominal a intervalar promediando los valores (0=no, 1=sí). La interpretación debe ser considerada desde una perspectiva psicométrica criterial (no normativa).

Se ha preferido seguir el orden de las preguntas o reactivos que se presentaron en el capítulo 2, que fue el mismo orden en el que se realizó el análisis de resultados: 33, 26, 27, 17, 20, 21, 25, 30, 28, 29, 32, y pertenecientes a la sección 3 del capítulo Análisis de resultados, que mide esta hipótesis. Algunas preguntas o reactivos de esta sección no han sido considerados, porque dan información complementaria y adicional a lo que se pretende medir. A continuación se muestran los análisis realizados:

TABLA A3.1. PREGUNTA 33. ALGUNAS PAREJAS MENCIONAN QUE CAMBIAN DE UNA CLÍNICA A OTRA, O DE UN MÉDICO ESPECIALISTA A OTRO, DEBIDO A UNA SERIE DE SITUACIONES. SI FUE TU CASO, MARCA QUÉ TAN FRECUENTES FUERON PARA TI LAS SIGUIENTES EXPERIENCIAS (ESCALA DE CINCO INTENSIDADES)

Pregunta	Tamaño de la muestra	Media	Error estándar de la media	Tendencia promedio de la muestra a responder*
Porque pidieron demasiados datos y muy técnicos	70	1.46	0.093	Nunca nos ocurrió
Porque los resultados de los tratamientos fueron negativos	74	2.99	0.169	Ocurrió con frecuencia
Porque sentí que no entendían mis sentimientos o los de mi pareja	73	2.34	0.174	Alguna vez ocurrió
Por la actitud reacia del personal especializado cuando pedimos explicaciones	68	1.88	0.147	Alguna vez ocurrió
Por errores de diagnóstico	71	1.79	0.139	Alguna vez ocurrió
Por los costos elevados de los procedimientos	67	1.99	0.149	Alguna vez ocurrió

* Ver tabla 3.21 del capítulo 3, donde se aprecia que las más frecuentes (moda) son otras.¹

TABLA A3.2. PREGUNTA 26. DURANTE LAS VISITAS, ¿TE ENTREGARON ALGUNA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE LA FIRMARAS? (NO FUERON CONSIDERADOS LOS CASOS QUE RESPONDIERON "NO SÉ")

Tamaño muestra	Porcentaje de "Sí"	Media	Error estándar de la media	Tendencia promedio de la muestra a responder *
135	38.1%	0.38	0.028	A menos de la mitad de la muestra le fue entregada

1 Estas tablas resumen los promedios y su distribución. Se hará referencia abajo de cada tabla, cuando la media no coincida con la moda, a la tabla de la sección del capítulo Análisis de resultados, donde se aprecia que las respuestas más frecuentes (moda) son otras. La moda es la respuesta más frecuente y la media es un promedio aritmético donde los puntajes más altos y los más bajos tienen un efecto definitivo en la tendencia central.

TABLA A3.3. PREGUNTA 27. YA SEA POR MEDIO DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTES DE UN PROCEDIMIENTO O POR LOS MÉDICOS Y/O PERSONAL DE LAS CLÍNICAS VISITADAS, ¿RECIBISTE INFORMACIÓN SOBRE (ESCALA DE CINCO INTENSIDADES)

Reactivo	Tamaño de la muestra	Media	Error estándar de la media	Tendencia promedio de la muestra a responder*
lo que cada uno de ustedes, en particular, debía realizar?	345	3.68	0.067	Grado de información alta
los detalles del procedimiento de las TRA a aplicar?	333	3.61	0.07	Grado de información media
los efectos secundados que podría haber en el empleo de las TRA?	330	2.97	0.083	Grado de información media
los efectos secundados de la hiperestimulación ovárica?	332	2.8	0.084	Grado de información media
las probabilidades de quedar embarazada con dichas TRA?	332	3.6	0.068	Grado de información media
los riesgos de malformación que existen para los embriones?	330	2.26	0.083	Grado de información baja
los costos económicos totales?	339	3.51	0.076	Grado de información media
el riesgo que conlleva el embarazo múltiple?	331	2.98	0.082	Grado de información media

* Ver tablas 3.23-3.26 y gráfica 3.8 del capítulo 3, donde se aprecia que las respuestas más frecuentes (moda) son otras.

TABLA A3.4. PREGUNTA 17. EN LAS CLÍNICAS O CONSULTORIOS QUE VISITASTE, SEÑALA SI TE HICIERON O APLICARON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS: (NO FUERON CONSIDERADOS LOS CASOS QUE RESPONDIERON "NO SÉ")

Reactivo	Tamaño de la muestra	Porcentaje de "sí"	Media	Error estándar de la media	Interpretación
Historia clínica	371	84.2%	0.84	0.019	Se lo hicieron a más de tres cuartas partes de la muestra
Exploración física	370	81.6%	0.82	0.020	Se lo hicieron a más de tres cuartas partes de la muestra

Reactivo	Tamaño de la muestra	Porcentaje de “sí”	Media	Error estándar de la media	Interpretación
Examen ginecológico/andrológico	369	83.3%	0.83	0.019	Se lo hicieron a más de tres cuartas partes de la muestra
Examen hormonal	359	75.1%	0.75	0.022	Se lo hicieron a tres cuartas partes de la muestra
Tratamiento nutricional	322	33.4%	0.33	0.027	Se lo hicieron a una tercera parte de la muestra
Tratamiento quirúrgico	348	51.6%	0.52	0.027	Se lo hicieron a la mitad de la muestra
Identificación del período fértil	342	75.2%	0.75	0.023	Se lo hicieron a tres cuartas partes de la muestra
Ultrasonido ginecológico o testicular	350	73.8%	0.74	0.023	Se lo hicieron a tres cuartas partes de la muestra
Laparoscopia	329	57.1%	0.57	0.027	Se lo hicieron a un poco más de la mitad de la muestra
Tuvieron en cuenta algún procedimiento hecho con anterioridad	308	57.7%	0.58	0.028	Lo tuvieron a un poco más de la mitad de la muestra

TABLA A3.5. PREGUNTA 20. CUANDO TE PROPUSIERON ALGUNA DE LAS TRA, TE COMENTARON QUE IBAN A TRABAJAR (NO FUERON CONSIDERADOS LOS CASOS QUE RESPONDIERON “NO RECUERDO”)

Reactivo	Tamaño de la muestra	Porcentaje de “sí”	Media	Error estándar de la media	Interpretación*
Con embriones	347	21.9%	0.22	0.023	A menos de un cuarto de la muestra
Sólo con células	347	59.1%	0.59	0.027	A más de la mitad de la muestra
No recuerdo	347	19.0%	0.19	0.022	A menos de un cuarto de la muestra

* Prueba Chi cuadrada.

TABLA A3.6. PREGUNTA 21. CUANDO TE PRESENTARON LAS TRA, TE DIJERON (NO FUERON CONSIDERADOS LOS CASOS QUE RESPONDIERON “NO RECUERDO”)

Reactivo	Tamaño de la muestra	Porcentaje de “sí”	Media	Error estándar de la media	Interpretación
Que se iban a producir embriones en el laboratorio	312	54.8%	0.71	0.034	A un poco más de la mitad de la muestra
Que el resultado de unir óvulos y espermatozoides en el laboratorio, es sólo un puñado de células	299	25.1%	0.47	0.040	A una cuarta parte de la muestra
¿Cuántos embriones, aproximadamente, se iban a producir?	311	46.9%	0.71	0.038	A un poco menos de la mitad de la muestra
¿Cuántos embriones, aproximadamente, iban a transferir al útero?	309	53.4%	0.73	0.036	A un poco más de la mitad de la muestra
¿Cuántos embriones, aproximadamente, iban a congelar?	304	43.4%	0.63	0.038	A un poco menos de la mitad de la muestra
El destino que tendrían los embriones congelados	301	41.5%	0.59	0.037	A un poco menos de la mitad de la muestra

TABLA A3.7. PREGUNTA 25. ¿LOS COSTOS FINALES DE LOS TRATAMIENTOS FUERON SUPERIORES A LOS QUE TE DIERON AL PRINCIPIO? (NO FUERON CONSIDERADOS LOS CASOS QUE RESPONDIERON “NO RECUERDO”)

Tamaño muestra	Porcentaje de “Sí”	Media	Error estándar de la media	Interpretación
340	61.2%	0.612	0.02598	Tres cuartas partes de la muestra afirmaron que los costos fueron superiores

TABLA A3.8. PREGUNTA 30. ¿EL MÉDICO ESPECIALIZADO O ALGUIEN EN LA CLÍNICA DE FERTILIDAD, TE PRESENTÓ LA ADOPCIÓN COMO UNA POSIBLE ALTERNATIVA?

Tamaño muestra	Porcentaje de "Sí"	Media	Error estándar de la media	Interpretación
388	29.1%	0.291	0.02378	Al 70% de los encuestados no se le presentó la adopción como alternativa

TABLA A3.9. PREGUNTA 28. ¿QUÉ TAN SATISFECHO/A QUEDASTE CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE LA PREGUNTA ANTERIOR? (ESCALA DE CINCO INTENSIDADES)

Reactivo	Tamaño de la muestra	Media	Error estándar de la media	Tendencia promedio de la muestra a responder*
Nada satisfecho/a-Muy satisfecho/a	342	3.28	0.066	Medianamente satisfecho/a

* Ver tabla 3.31 (análisis por grupos) del capítulo 3, donde se aprecia que las respuestas más frecuentes (moda) son otras.

TABLA A3.10. PREGUNTA 29. ¿QUÉ TAN COMPLETA Y ADECUADA CONSIDERASTE LA ASESORÍA QUE RECIBISTE SOBRE LOS SIGUIENTES ASPECTOS? (ESCALA DE TRES INTENSIDADES)

Reactivo	Tamaño de la muestra	Media	Error estándar de la media	Tendencia promedio de la muestra a responder*
El manejo de las propias emociones y sentimientos	354	1.68	0.040	Medianamente completa y adecuada
El posible estado de angustia o depresión en que me podía encontrar	354	1.62	0.041	Medianamente completa y adecuada
El modo de afrontar las posibles diferencias con mi cónyuge	351	1.62	0.043	Medianamente completa y adecuada
El modo de afrontar las dudas o inquietudes de nuestras familias	349	1.63	0.042	Medianamente completa y adecuada
La manera de afrontar mis relaciones con amigos y la sociedad	345	1.58	0.042	Medianamente completa y adecuada

* Ver tabla 3.32 del capítulo 3, donde se aprecia que las respuestas más frecuentes (moda) son otras.

TABLA A3.11. PREGUNTA 32. ¿QUÉ SENSACIÓN TUVISTE AL DEJAR LA CLÍNICA DE FERTILIDAD O AL MÉDICO ESPECIALISTA?

Reactivo	Tamaño de la muestra	Porcentaje de "sí"	Media	Error estándar de la media	Interpretación
Estar totalmente en las manos del médico especialista	80	58.8%	0.59	0.055	Casi el 60% de los encuestados se sintió de esta forma
Tener un problema de fertilidad de fácil solución	72	20.8%	0.21	0.048	La mayoría consideraba su problema de fertilidad como de difícil solución
Una posibilidad de quedarme embarazada	83	72.3%	0.72	0.049	Más del 70% la consideraba como una posibilidad de quedar embarazada
Una cita más que no daría solución al problema de infertilidad	77	51.9%	0.52	0.057	La mitad de los casos no consideraba que la cita daría solución al problema

Lo que se ha observado en relación con esta hipótesis primera (H1), tanto en la sección 3 (apartado 3.3) del capítulo 3, Análisis de resultados, como en el apartado 4.1.4 del capítulo 4, nos permite aceptar la hipótesis.

2. HIPÓTESIS 2:

H2: A mayor grado de conocimiento e información de los factores de tipo informativo por parte de las parejas con problemas de fertilidad, éstas optarían menos por las TRA:

El conocimiento de las etapas del proceso y tipos de las TRA, de los riesgos para la madre y el embrión, del inicio de la vida humana, de la probabilidad de quedar embarazada, de los costos económicos y de la posible ilicitud moral de dichas técnicas, disminuye la opción de las parejas con problemas de fertilidad por las TRA.

Se rechaza la H2 y se acepta hipótesis alternativa: a mayor grado de conocimiento e información de los factores de tipo informativo, por parte de las parejas con problemas de fertilidad, éstas optaron más por las TRA.

Se realizaron pruebas Chi-cuadrada para conocer en qué medida las personas que habían y no habían optado por las TRA mencionaban haber tenido información sobre las técnicas. La siguiente tabla sintetiza los hallazgos encontrados:

TABLA A3.12. PREGUNTA 35. ¿CONSIDERAS QUE CONOCÍAS SUFICIENTEMENTE LAS DIFERENTES TRA, AL MENOS EN LÍNEAS GENERALES, PARA TOMAR UNA DECISIÓN BIEN INFORMADA?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Sí-No	31.1441	1	<0.000	Sí	Si consideran que conocían las TRA, optaron en mayor medida por éstas

TABLA A3.13. PREGUNTA 36. EN LA ETAPA O MOMENTO DE DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN, RESIGNACIÓN [...], ¿QUÉ TANTO CONOCÍAS LA DIFERENCIA ENTRE "INSEMINACIÓN ARTIFICIAL Y FECUNDACIÓN ARTIFICIAL"?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo	37.454	3	<0.000	Sí	Las parejas que optaron por las TRA conocían en mayor medida estas diferencias

TABLA A3.14. PREGUNTA 36. EN LA ETAPA O MOMENTO DE DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN, RESIGNACIÓN [...], ¿QUÉ TANTO CONOCÍAS LA DIFERENCIA ENTRE "TÉCNICAS HOMÓLOGAS Y TÉCNICAS HETERÓLOGAS"?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo	12.200	3	0.007	Sí	Las parejas que optaron por las TRA conocían en mayor medida estas diferencias

TABLA A3.15. PREGUNTA 36. EN LA ETAPA O MOMENTO DE DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN, RESIGNACIÓN [...], ¿QUÉ TANTO CONOCÍAS LA DIFERENCIA ENTRE "LA TÉCNICA DE LA FIVET Y LA TÉCNICA ICSI?"

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo	43.733	3	<0.000	Sí	Las parejas que optaron por las TRA conocían en mayor medida estas diferencias

TABLA A3.16. PREGUNTA 37. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN O RESIGNACIÓN [...], ¿QUÉ TANTO CONOCÍAS O PODRÍAS EXPLICAR LAS ETAPAS DEL PROCESO DE LAS TRA?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo (9 reactivos)	>18.000	3	<0.000	Sí	Si conocían las etapas del proceso de las TRA, optaron en mayor medida por éstas

TABLA A3.17. PREGUNTA 38. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN, RESIGNACIÓN [...]

Opciones de respuesta	Valor CM	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo (3 reactivos)	>10.000	3	<0.05	Sí	A mayor información en las TRA optaron en mayor medida por éstas

TABLA A3.18. PREGUNTA 39. SEGÚN LOS CONOCIMIENTOS QUE POSEÍAS EN RELACIÓN CON LAS TRA, EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿CUÁNDO CREÍAS QUE COMENZABA LA VIDA HUMANA?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
7 categorías (1 reactivo)	9.624	6	>0.05	No	Tanto los que se sometieron como los que no, mencionaron en mayor medida que la vida comienza en la fecundación

TABLA A3.19. PREGUNTA 40. LA IDEA QUE TENÍAS DE LA PROBABILIDAD DE LOGRAR UN EMBARAZO POR MEDIO DE LAS TRA Y DE LLEVARLO A TÉRMINO, OSCILABA ENTRE

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
5 categorías	29.729	5	<0.000	Sí	Una mayor proporción de los que se sometieron mencionaron una probabilidad menor al 50%, mientras que los que no se sometieron mencionaban "que no sabían"

TABLA A3.20. PREGUNTA 41. DESDE UN PUNTO DE VISTA ECONÓMICO, ESTABA DISPUESTO/A A GASTAR, PARA TENER UN HIJO, A TRAVÉS DE LAS TRA

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
6 opciones de respuesta	28.810	5	<0.000	Sí	Las personas que se sometieron a las TRA mencionaron estar dispuestas a gastar mucho más dinero en comparación con las que no se sometieron

TABLA A3.21. PREGUNTA 42. ¿QUÉ TANTO HUBIERA AFECTADO, EN TU DECISIÓN, HABER TENIDO INFORMACIÓN SOBRE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
No me hubiera afectado - Lo hubiera dudado.- Hubiera tomado otra decisión	>9.79	2	<0.01	Sí	Las personas que se sometieron a las TRA mencionaron haber dudado mucho menos en comparación a las que no se sometieron

3. HIPÓTESIS 3:

H3: A mayor atención en relación con los factores asistenciales a las parejas con problemas de fertilidad, éstas optan menos por las TRA:

La asesoría psicológica recibida de forma individual para afrontar su relación con la pareja, con la familia, con la sociedad y con el médico especializado, disminuye la opción por las TRA en las parejas con problemas de fertilidad.

Se rechaza la H3 y se acepta hipótesis nula. Se realizaron pruebas Chi-cuadrada para conocer en qué medida los sujetos de la muestra que habían y no habían optado por las TRA mencionaban haber tenido ayuda a nivel individual, de pareja, en el trato con la familia y finalmente para enfrentar diversas situaciones o comentarios que se les pueden presentar en los eventos sociales. Las preguntas empleadas fueron los números 44, 46, 47, 48. La siguiente tabla muestra únicamente los tres casos donde se encontraron diferencias significativas.

TABLA A3.22. PREGUNTA 44. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN O RESIGNACIÓN [...], ¿QUÉ TANTA AYUDA PSICOLÓGICA RECIBISTE A NIVEL INDIVIDUAL, SOBRE LOS ASPECTOS TÉCNICOS DE LAS TRA?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo	12.270	3	0.007	Sí	Los individuos que optaron por las TRA recibieron mayor ayuda sobre los aspectos técnicos

TABLA A3.23. PREGUNTA 44. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN O RESIGNACIÓN [...], ¿QUÉ TANTA AYUDA PSICOLÓGICA RECIBISTE A NIVEL INDIVIDUAL, SOBRE LOS ASPECTOS MORALES-ÉTICOS?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo	9.708	3	0.021	Sí	A mayor ayuda sobre aspectos morales-éticos, optaron en menor medida por éstas

TABLA A3.24. PREGUNTA 44. EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN POR LAS TRA, ADOPCIÓN O RESIGNACIÓN [...], ¿QUÉ TANTA AYUDA PSICOLÓGICA RECIBISTE A NIVEL INDIVIDUAL, SOBRE LA POSIBILIDAD DE CONSIDERAR LA ADOPCIÓN?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo	19.366	3	0.000	Sí	A mayor ayuda sobre la posibilidad de considerar la adopción, optaron en menor medida por las TRA

Estas diferencias son acordes con los datos obtenidos en la presente investigación: por un lado, los que tuvieron una mayor ayuda en relación con los aspectos técnicos optaron más por las TRA; por el contrario, en la medida que tuvieron una mayor asesoría sobre los aspectos morales-éticos y la adopción, optaron menos por las TRA.

Las diferencias entre los grupos en los demás factores asistenciales no son significativas. Como se ha comentado en diversas partes de la investigación, lo que sobresale es la falta de ayuda y asesoría a todos los niveles.

4. HIPÓTESIS 4

H4: A mayor preparación en relación con los factores formativos de las parejas con problemas de fertilidad, éstas optan menos por las TRA.

La formación en los temas de sexualidad-generación, religión y adopción, disminuye en las parejas con problemas de fertilidad su elección por las TRA.

Se acepta la H4. Se realizó un análisis t de Student para datos independientes en el reactivo 50 donde se pedía que el encuestado respondiera V-F a cada una de las premisas. Al recodificar y calificar en escala de 0-100 los reactivos, se observa que las personas que no optaron por las TRA obtuvieron un puntaje significativamente mayor (media=60.95) en comparación con los que sí optaron por las técnicas (media=54.52), (valor $t=3.110$, $gl=389$, $p=0.002$).

De igual forma se realizaron, para algunos reactivos de las preguntas 51-55, análisis Chi-cuadrada que se muestran resumidos en las siguientes tablas.

TABLA A3.25. PREGUNTA 51. DURANTE LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿TE CONSIDERABAS UNA PERSONA FORMADA RELIGIOSAMENTE?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo	2.055	3	0.561	No	No existen diferencias. En sí se consideraban formados religiosamente los que se sometieron y los que no se sometieron

TABLA A3.26. PREGUNTA 51. DURANTE LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿TE CONSIDERABAS PRACTICANTE DE TU RELIGIÓN?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo	6.675	3	0.083	No	No existen diferencias

TABLA A3.27. PREGUNTA 51. DURANTE LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿QUÉ TANTO PODRÍAS AFIRMAR QUE TU FORMACIÓN RELIGIOSA INFLUYÓ EN TU DECISIÓN?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo	12.819	3	0.005	Sí	Si no se sometieron a las TRA, consideraban en mayor medida haber sido influenciados por la formación religiosa

TABLA A3.28. PREGUNTA 52. SI TU RELIGIÓN TE HUBIERA HECHO VER LA ILICITUD DE LAS TRA [...]

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo (3 de los 4 reactivos)	>9.880	4	<0.05	Sí	Si no se sometieron a las TRA, están más de acuerdo con la importancia de la religión sobre la decisión

TABLA A3.29. PREGUNTA 52. SI TU RELIGIÓN TE HUBIERA HECHO VER LA ILICITUD DE LAS TRA [...] LO IMPORTANTE SERÍA, EN ESTE CASO, MI CONCIENCIA

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco-mucho-muchísimo (1 reactivo)	2.431	4	0.657	No	No existe una relación entre el optar o no por las TRA y la importancia de la conciencia

TABLA A3.30. PREGUNTA 53. ¿QUÉ TAN DE ACUERDO ESTABAS CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES EN RELACIÓN CON LA ADOPCIÓN?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada de acuerdo-muy poco de acuerdo-poco de acuerdo- bastante de acuerdo-completamente de acuerdo	<9.189	4	>0.05	No	No existen diferencias entre las opiniones si se sometieron o no a las TRA

TABLA A3.31. PREGUNTA 54: EN LA ETAPA O MOMENTO DE LA DECISIÓN, ¿QUÉ TAN DE ACUERDO ESTABAS CON LAS SIGUIENTES ACTITUDES, EN RELACIÓN CON LA ADOPCIÓN?

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada de acuerdo-muy poco de acuerdo-poco de acuerdo- bastante de acuerdo-completamente de acuerdo	<9.31	4	>0.05	No	No existen diferencias entre las opiniones si se sometieron o no a las TRA

TABLA A3.32. PREGUNTA 54: ¿QUÉ TAN DE ACUERDO ESTABAS CON [...] ME INTERESABA Y ESTUVE EN CONTACTO CON ALGUNA INSTITUCIÓN

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada de acuerdo- muy poco de acuerdo- poco de acuerdo- bastante de acuerdo- completamente de acuerdo	10.139	4	0.038	Sí	Los que no se sometieron estaban en mayor proporción interesados y en contacto con alguna institución

TABLA A3.33. PREGUNTA 55: DE LA ADOPCIÓN LO QUE MÁS TE COSTABA ASIMILAR O ENFRENTAR [...]

Opciones de respuesta	Valor Chi	Grados de libertad	Probabilidad	Significancia	Interpretación
Nada-poco- mucho- muchísimo (5 reactivos)	<8.783	4	>0.05	No	No existen diferencias entre las opiniones si se sometieron o no a las TRA

En el caso de la cuarta hipótesis, las diferencias que existen entre los grupos, en los tres factores que la midieron, sí son en su mayoría significativas.