

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**IMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN POR ENCARGO, DESDE LA
PERSPECTIVA DE LA MUJER GESTANTE**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN
TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS COMPARADAS
DE BIENESTAR SOCIAL**

PRESENTA:

MÓNICA ELIZABETH ROBLES GARCÍA

OCTUBRE DE 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**IMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN POR ENCARGO, DESDE LA
PERSPECTIVA DE LA MUJER GESTANTE**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN
TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS COMPARADAS
DE BIENESTAR SOCIAL**

PRESENTA:

MÓNICA ELIZABETH ROBLES GARCIA

**CON LA DIRECCIÓN DEL DR. HÉCTOR AUGUSTO MENDOZA CÁRDENAS
Y EL DR. MANUEL RIBEIRO FERREIRA**

OCTUBRE DE 2021

MIEMBROS DEL COMITÉ DE REVISIÓN DE TESIS:

DR. EDGAR ANTONIO MADRID
DRA. ELIZABETH MENDOZA CÁRDENAS
DRA. MARÍA EUGENIA OLAVARRÍA PATIÑO



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

FTSDH-D-ET-01

CARTA ACEPTACIÓN DE TESIS

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Doctorado de la

Mtra. Mónica Elizabeth Robles García

Hacen Constar que han evaluado la Tesis "Implicaciones de la gestación por encargo, desde la perspectiva de la mujer gestante" y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADA	RECHAZADA	DIFERIDA	FIRMA
Dr. Héctor Augusto Mendoza Cárdenas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Manuel Ribeiro Ferreira	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. Elizabeth Mendoza Cárdenas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. María Eugenia Olavarria Patiño	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Edgar Antonio Madrid	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vista de lo cual, hemos decidido Aprobar esta tesis y damos nuestro consentimiento para que sea sustentada en examen de grado del Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social.

Vo.Bo.
MTS. Reina Hernández Hernández
Subdirectora de Estudios de Posgrado
Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano



Facultad de Trabajo Social
y Desarrollo Humano
Subdirección de Estudios
de Posgrado

San Nicolás de los Garza N.L. a 31 de Agosto de 2021

DEDICATORIA

A mi madre:

María de la Luz García Galván
Porque con su ejemplo me ha enseñado a buscar las herramientas para seguir avanzando en mi vida profesional y personal.

A mi mami y a mi papi:

Francisca Galván 🌿 y Carlos García 🌿
Por su amor y sus cuidados durante toda mi vida.

A mi esposo:

Toribio Nevárez Gallarzo
Por todo su amor que se ha traducido en respaldo e impulso para iniciar y finalizar este proyecto.

A mis hijos:

Sara, José Ángel y Eduardo
Porque me han dado la motivación para terminar esta etapa.

A mis hermanos:

Jessica, Joyce, Susana y Gibraín
Porque a pesar de la distancia, he sentido su amor, su respaldo y su fe en mí.

En memoria de

JOYCE ANDREA

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Héctor A. Mendoza Cárdenas por su constante acompañamiento y asesoría en el transcurso de este proyecto, por creer en el tema y ser siempre el impulso y respaldo para lograr el objetivo de la investigación y de esta etapa de mi vida. Al doctor Manuel Ribeiro Ferreira, por compartir sus conocimientos, por guiar y aportar tanto a la elaboración de este documento.

Por su tiempo y sus valiosas contribuciones para este proyecto de investigación:

Doctora Eugenia Olavarría

Doctora Elizabeth Mendoza

Doctor Edgar Madrid

Por sus aportaciones en el taller de revisión de avances de tesis: Alexandra, Silvia, Elizabeth, Julio y Jesús.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por haber financiado la manutención en el transcurso del doctorado, haciendo posible la dedicación a la investigación.

A todos los profesores que en mi paso por el posgrado han contribuido a mi formación profesional, principalmente a la doctora Claudia Campillo, quien motivó y sembró la semilla para continuar mis estudios. A la doctora María Elena Ramos, a la doctora Sagrario Garay, a la doctora Verónica Sieglin, al doctor Alejandro Román y al doctor Baltazar García Orta.

Al personal administrativo de la subdirección de estudios de posgrado que han facilitado los trámites y han dado orientación para concluir esta etapa; principalmente a la LTS Johana García.

IMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN POR ENCARGO, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MUJER GESTANTE

Resumen

Esta investigación tiene el propósito de mostrar las experiencias de las mujeres que gestan para otros en el contexto mexicano; en los últimos años se ha presentado un auge en el uso de la tecnología para la reproducción humana, esto ha propiciado una diversidad de posibilidades a quienes han tenido dificultades para convertirse en padres. Una de estas opciones es la gestación por encargo, conceptualizada como el hecho de que una mujer facilite, ya sea en forma altruista u onerosa, su vientre para concebir a un ser humano, con material genético propio (inseminación artificial) o material genético de los solicitantes o donado (fecundación in vitro).

Las aproximaciones al tema de la gestación por encargo se han dado desde distintas perspectivas: jurídica, médica, biomédica, bioética, psicológica, antropológica, las que han dado importantes aportaciones al conocimiento del fenómeno. Por su parte, esta investigación busca mostrar una perspectiva social del tema. Con este fin, se buscó explorar en las percepciones de las gestantes para identificar en sus discursos elementos que muestren su realidad social.

El objetivo central de esta investigación es mostrar los motivos, las vivencias, experiencias y percepciones de las mujeres que decidieron convertirse en gestantes para otros. Este objetivo condujo a la realización de una investigación de tipo cualitativa; en concordancia, se realizaron entrevistas en profundidad a diez mujeres que han experimentado este tipo de gestación. Entre la población localizada se pudieron encontrar diversidad de experiencias: mujeres que lo han realizado en una o dos ocasiones, así como a quienes no pudieron llevar a término la gestación. Con relación a los solicitantes, se encontró a mujeres que gestaron para parejas tanto homosexuales como heterosexuales, personas solteras y con nacionalidad mexicana y extranjera.

El trabajo de campo se realizó en la Ciudad de México y en el Estado de México, la localización de las gestantes fue mediante redes sociales virtuales, principalmente Facebook; y previo consentimiento informado se logró grabar cada una de las entrevistas en audios que posteriormente fueron transcritos y analizados; una de las entrevistas, por cuestiones de movilidad, se realizó mediante la aplicación de WhatsApp. Las interpretaciones de cada una de las entrevistas no representan una generalización de los hallazgos, pues cada una de ellas se encuentra en su propia realidad subjetiva.

Los resultados reflejan que la principal motivación es la remuneración económica, sin dejar de lado, a quienes buscaron vivir la experiencia por la satisfacción de ayudar a una familia a cumplir su deseo de ser padres. Las implicaciones relacionadas con la gestación se relacionan con la comparación que hacen de sus gestaciones propias, encontrando diferencias en cuanto a la atención médica, que en las gestaciones para otros son de alta calidad. A excepción de las gestaciones que, por complicaciones propias de la misma, no llegaron a término y representaron riesgos para su salud.

En cuanto a las implicaciones familiares, algunas mujeres manifestaron que, al momento de tomar la decisión de gestar para otros, sus familiares cercanos (padres, esposos) no estuvieron de acuerdo; hubo alejamiento de sus padres o suegros para evitar cuestionamientos o conflictos. En algunos casos se utilizó la asesoría psicológica para que los esposos entendieran el procedimiento y apoyaran la decisión de la gestante. La asimilación de la gestación para otros, por parte de los hijos de las entrevistadas únicamente en uno de los casos fue complicada, dado que era difícil para la menor identificar que el producto de esta gestación no era su hermano; no obstante, el resto de las gestantes manifestó que sus hijos entendieron perfectamente el concepto al explicar que ellas funcionan como “cigüeñas”, ayudando a las personas que aún no tienen hijos y quieren tenerlos.

La percepción del apoyo familiar o social en cuanto a la decisión de gestar para otros, para algunas mujeres representó uno de los principales obstáculos para llevar a cabo el procedimiento; mientras que, para algunas otras, con el apoyo de las personas con quien viven, fue suficiente, argumentando que no necesitaban ni el apoyo social ni familiar del contexto en el que se encuentran. La construcción social de la maternidad y la idea que se tiene en el imaginario social de una mujer gestando y relacionarla inmediatamente con el hecho de ser madre y lo que conlleva en un ejercicio social de crianza y cuidado, conlleva a la difícil asimilación de que una mujer que gesta, no sea la madre, y esto, socialmente, propicia la crítica y la estigmatización de las mujeres que deciden facilitar una parte de su cuerpo con el fin de obtener un ingreso económico, que finalmente repercute beneficiosamente en su economía.

La mayoría de las gestantes entrevistadas concuerdan en afirmar que es necesario que su voz sea escuchada, que sus experiencias sirvan como datos para otras mujeres que quieren gestar para otros, así como para quienes las han atacado y agredido por hacerlo. Ellas han señalado la relevancia de que haya una visibilización y regulación jurídica de estas prácticas, dado que son ellas las que quedan mayormente desprotegidas ante cualquier situación que ponga en riesgo su integridad física, emocional, familiar y social.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	vi
RESUMEN	vii
 CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Contexto de la gestación por encargo	2
1.1.1. El uso de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida	2
1.1.2. La gestación por encargo como alternativa para la procreación..	5
1.1.3. Regulación jurídica en México.....	7
a) Tabasco.....	7
b) Sinaloa.....	8
1.1.4. La mujer gestante y la maternidad.....	11
1.2. Objetivos y preguntas de la investigación.....	12
1.2.1. Preguntas de la investigación.....	12
1.2.2. Objetivo general	13
1.2.3. Objetivos específicos.....	13
1.3. Pertinencia y justificación de la investigación.....	13
1.4. Perspectiva metodológica	14
 CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Las TRHA como respuesta para la infertilidad y la esterilidad	15
2.2. Discusión conceptual en torno a la gestación por encargo y la elección del término.....	17
2.3. Principales perspectivas teórico-metodológicas que abordan la gestación por encargo.....	20
2.3.1 Perspectiva jurídica	20
2.3.2 Perspectiva psicosocial	24
2.3.3 Perspectiva biomédica.....	25
a) Condiciones médicas de la gestante	26
b) Preparación del endometrio de la gestante.....	26

c) Transferencia embrionaria	27
d) Resultados obstétricos y perinatales.....	27
2.3.4 Perspectiva bioética	27
2.3.5 Perspectiva antropológica	29
2.4. Implicaciones de la gestación por encargo, en la gestante	30
2.5. La construcción socio cultural de la maternidad	33

CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

3.1. Enfoque cualitativo	36
3.2. Exploración el internet como herramienta para contextualizar y observar la gestación por encargo	38
3.3. La técnica: entrevista en profundidad	39
3.3.1. Las ventajas y desventajas de la entrevista	39
3.3.2. Guía de entrevista	40
3.3.3. Criterios de inclusión.....	42
3.4. Consentimiento informado.....	42
3.5. Plan de acercamiento a las entrevistadas	43
3.5.1. Trabajo de campo	43
3.5.2. Proceso de abordaje a las mujeres gestantes.....	44

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	45
4.1. Características de las entrevistadas.....	48
4.2. Plan de análisis de la información.....	53
4.3. Motivos.....	54
4.3.1. Motivos para ser gestante.....	55
4.3.2. ¿La gestación por encargo es un empleo?	56
4.3.3. Origen de la intención	58
4.3.4. Circunstancias al momento de decidir	59
4.3.5. Expectativas de su participación	60
4.4. Implicaciones físicas	61

4.4.1. Efectos corporales de los exámenes médicos previos a la aplicación de los procedimientos para lograr la gestación.....	61
4.4.2. Efectos de los procedimientos de transferencias embrionarias o inseminación artificial	64
4.4.3. Síntomas de la gestación	66
4.4.4. Experiencias y síntomas del puerperio	67
4.4.5. Complicaciones en los procedimientos.....	71
4.5. Implicaciones emocionales.....	74
4.5.1. Percepción de emociones durante la gestación	74
4.5.2. Percepción de emociones en la entrega del o los recién nacidos...	77
4.5.3. Percepción de emociones al momento de la entrevista	80
4.5.4. Intención de repetir la experiencia	82
4.4. Implicaciones en el entorno familiar	84
4.4.1. Reacciones de la familia de origen	84
4.4.2. Reacciones de la familia de procreación.....	89
a) Hijos	89
b) Esposos o parejas	92
4.4.3. Cambios en la dinámica familiar	95
4.5. Percepción de cambios en el entorno social	98

CAPITULO 5: CONCLUSIONES

5.1. Los motivos: la economía y la permanencia de la familia con hijos.....	103
5.2. Implicaciones físicas y emocionales durante la gestación	104
5.3. Implicaciones físicas y emocionales al momento de la entrega del o los recién nacidos.....	105
5.4. Las implicaciones sociales de la gestación por encargo.....	106
5.5. Otros hallazgos.....	108
5.5.1. Un antes y un después en los procedimientos de la gestación por encargo	108
5.5.2. Las funciones de trabajo social en los procedimientos de gestación por encargo	110
5.5.3. Reflexiones sobre la regulación y su relación con las implicaciones sociales	113

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
SITIOS WEB	126

ANEXOS	127
Anexo 1. Guía de entrevista	127
Anexo 2. Consentimiento informado	134

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de inseminación artificial	4
Tabla 2. Modalidades de la Fecundación In Vitro.....	5
Tabla 3. Dimensiones que integran la guía de entrevista	41
Tabla 3. Generalidades de las entrevistadas.....	47
Tabla 4. Características de las gestantes.....	49
Tabla 5. Particularidades de los procedimientos de la gestación para otros	52
Tabla 6. Dimensiones generales y específicas	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Contacto con las gestantes.....	46
---	----

CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se muestra el contexto de la gestación por encargo, que incluye una breve explicación de las técnicas de reproducción humana asistida y el escenario jurídico de ésta; se pretende mostrar el planteamiento del problema de la investigación, exponer el objetivo y las preguntas que se generan a partir de la reflexión del tema. Así mismo, muestra un esbozo del tipo de metodología que se utilizó para obtener la información y la pertinencia de elaborar un estudio que nos lleve a conocer, desde la voz de las mujeres, cómo viven los procedimientos y cómo éstas implicaciones pueden abordarse desde las políticas sociales en México.

Los últimos avances tecnológicos han trascendido distintos ámbitos de la vida; tal es el caso de la reproducción humana, la cual, antes de estos avances, sólo podía lograrse mediante relaciones sexuales; por lo tanto, visto para este fin, consiste en un proceso fisiológico que eventualmente da como resultado una fecundación humana natural (Murcia y Esparza, 2009). Actualmente, la procreación de un ser humano es posible mediante distintas técnicas reproductivas artificiales.

Si bien la desvinculación entre reproducción y sexualidad surgió con la planificación familiar y los trámites de adopción, el uso de las técnicas para la reproducción humana ha sido denominada por algunos autores, entre ellos Mendoza (2011) como un *divorcio entre sexualidad y reproducción*. Esta desvinculación ha ampliado las posibilidades para quienes desean concebir un hijo y no les ha sido posible por la forma tradicional (relaciones sexuales), ya sea por condiciones de salud (infertilidad, esterilidad o existencia de algún problema genético hereditario), porque son personas solteras o porque son parejas del mismo sexo, entre otras razones¹.

Las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA en adelante) más utilizadas son la fecundación in vitro (FIV en adelante) y la inseminación artificial²; en el caso de esta última se tiene registro de que su primera utilización fue en 1462³; por su parte, la fecundación in vitro se utilizó en 1973, logrando un embarazo que no llegó a término. Posteriormente en 1978, nació la primera bebé “de probeta”, con el caso de Louise Brown en Reino Unido (Arámbula, 2008; Bernal, 2009; Gamboa, 2010; Garzón, 2007; González, 2012).

La década de los setenta representó una época de mayor utilización de las TRHA; a este fenómeno, Lamm (2012) le ha denominado la *revolución reproductiva*, que si bien trae consigo soluciones a distintas complicaciones en la reproducción humana, también presenta distintos retos, entre ellos, una regulación apropiada y mayor investigación científica que dé cuenta sobre las condiciones de su utilización; para lograr esto último es necesario conocer las percepciones

¹ Si bien las Técnicas de Reproducción Humana Asistida surgieron como una respuesta para las personas con infertilidad, actualmente no sólo se utilizan en estos casos, dado que se han utilizado incluso por razones estéticas, es decir por no involucrar el cuerpo en un embarazo que posiblemente lo pueda deteriorar.

² En posteriores apartados se ampliará la descripción de éstas y otras técnicas de reproducción humana asistida.

³ Juana de Portugal, esposa de Enrique IV Rey de Castilla, “El Impotente”, fue inseminada en 1462 con semen de un desconocido y dio a luz a Juana “La Betraneja” (Garzón, 2007).

de quienes participan en estos procesos, de modo que haya un acercamiento a la realidad que los involucrados viven y resulte en la formulación de bases conceptuales para la toma de decisiones, como puede ser su regulación y la información suficiente para quienes desean acceder a estas técnicas.

1.1 Contexto de la gestación por encargo

1.1.1 *El uso de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida*

Las TRHA son procesos biológicos naturales que se desarrollan durante la procreación humana” (Santamaría, 2001:37); también se les conoce como los procedimientos mediante los cuales, en algunos casos, se manipulan los gametos femeninos (óvulos) y los gametos masculinos (espermatozoides) con la finalidad de facilitar el embarazo (Selma, 2014).

La utilización de las TRHA es resultado de la búsqueda de asistencia en la tecnología, lo cual ha venido a facilitar la reproducción humana; estas técnicas se clasifican de acuerdo con su complejidad. Entre las distintas clasificaciones encontradas, Boltón (2012:5) las describe de la siguiente manera:

- De baja complejidad: inducción a la ovulación.
- De mediana complejidad: la inseminación artificial homóloga y la heteróloga⁴.
- De alta complejidad: FIV con transferencia embrionaria e inyección intracitoplasmática de un espermatozoide⁵.

Por su parte, Mendoza (2011:48) realiza la clasificación de estas técnicas bajo los siguientes términos:

- De baja complejidad: la estimulación ovárica y la inseminación artificial.
- De moderada complejidad: la fecundación in vitro.
- De alta complejidad: la clonación.

La clasificación anteriormente descrita muestra, de manera general, las distintas técnicas para lograr la procreación asistida; respecto a la clonación, es necesario señalar que no está permitida; sin embargo, y de acuerdo con Pérez (2018:233), hay una tendencia a desarrollarla con fines terapéuticos, puesto que mediante ella se podrían corregir permanentemente trastornos genéticos.

Por su parte, Campagnoli y Peris (1994) muestran una clasificación de las técnicas que son utilizadas para la gestación por encargo y las divide en: intracorpóreas, cuyo procedimiento se realiza, como su nombre lo dice, en el interior del aparato reproductor femenino, y

⁴ La inseminación artificial homóloga, se realiza con material genético (óvulo y/o espermatozoides) de los propios solicitantes; y la heteróloga, incorpora la presencia de un donador o donadora (Scardino, 2014).

⁵ La inyección intracitoplasmática, se realiza mediante la aplicación de una inyección de un espermatozoide directamente dentro del óvulo (Scardino, 2014); según López (2016) consiste en microinyectar dentro de un ovocito con la ayuda de una micropipeta para dejar un espermatozoide dentro, con el fin de ayudar a la fecundación del ovocito.

extracorpóreas, en las que la manipulación de los gametos se efectúa en el exterior del aparato reproductor femenino, (Santamaría, 2001:5).

Intracorpóreas:

- Inseminación artificial: Esta técnica consiste en introducir gametos masculinos (espermatozoides) en el útero de una mujer mediante un catéter o jeringa (Hernández y Santiago 2011). Es recomendable que este procedimiento se realice en el momento de la ovulación; de acuerdo con el lugar en el que se deposite el semen se clasifica en intravaginal, intracervical, intrauterina o intraperitoneal (Campagnoli y Peris, 1994:10).
- Transferencia intratubárica de gametos: consiste en transferir a las trompas de Falopio, los espermatozoides y los óvulos mediante un catéter, el cual se introduce por vía vaginal hasta la porción ampular de la trompa, en el ambiente en el que comúnmente se produce la fecundación (Cubillos, 2013).

Extracorpóreas:

- Fecundación in vitro con transferencia de embriones: Consiste en la manipulación del embrión, previo a su implantación; se recolectan los óvulos y los espermatozoides, se seleccionan los más aptos y se realiza la fecundación en un ambiente de laboratorio (Campagnoli y Peris, 1994; Santamaría, 2001:11).
- Técnicas de microinyección de espermatozoides: consiste en la inyección de los gametos masculinos o de sus núcleos en el óvulo o en el espacio perivitelino con ayuda de un microscopio; si hay fecundación se transfiere el cigoto al útero o a la trompa de Falopio de la mujer receptora (Marcó y Tarasco, 2001:12).

Con la finalidad de lograr mayor efectividad en la utilización de algunas de estas técnicas, se han desarrollado algunas estrategias como la *capacitación espermática*, para mejorar la potencialidad de los espermatozoides, o la *estimulación ovárica*, que consiste en inducir la ovulación múltiple mediante suministro de medicamento (Campagnoli y Peris, 1994: 10; López, 2016).

La pertinencia de esta clasificación estriba en identificar en qué consiste la participación de la mujer gestante en el procedimiento, ya que, además de facilitar su vientre para la gestación, podría estar aportando también su material genético; esta descripción abarca también el tipo de participación que tienen los demás actores dentro del procedimiento.

Los actores en la gestación por encargo son aquellas personas que participan en el procedimiento y se dividen en 4 categorías: los solicitantes, la mujer que aporta su vientre, el personal médico que participa en el procedimiento y finalmente la descendencia producto de la gestación.

Distintos autores han conceptualizado en forma distinta a estos actores; por ejemplo, en lo que se refiere a quien hace la solicitud, se les ha denominado como pareja solicitante (Baffone, 2013, González, 2012), varón solicitante (Baffone, 2013), mujer solicitante (Arámbula, 2008; Baffone, 2013), padres solicitantes (González, 2012), padres de intención (Olavarría, 2018), personas solicitantes (Mendoza, s/f), para referirse a aquellos que deciden recurrir a la gestación por encargo para tener hijos.

Así mismo, a la mujer que facilita su vientre con la finalidad de gestar hijos para otros, se le ha conceptualizado como madre subrogada (Baffone, 2013), mujer gestante (Arámbula, 2008), madre sustituta (Dobernig, 2018), gestante sustituta (Olavarría, 2018). Para efectos de esta investigación, se estarán retomando las denominaciones de: mujer gestante, mujer solicitante, hombre solicitante, o personas solicitantes, así como donador o donadora (de semen o de óvulos, según sea el caso).

Las dos técnicas que son utilizadas comúnmente en el procedimiento de la gestación por encargo son: inseminación artificial y fecundación in vitro, que a continuación se describen:

Tabla 1. Tipos de inseminación artificial

TRHA	Descripción	Lugar en donde se deposita el semen	Homóloga	Heteróloga
Inseminación Artificial	Introducción del semen en el organismo femenino de manera artificial	Intracervical Intravaginal	Semen proveniente del hombre solicitante	Semen de un donador
Inseminación artificial posmortem	Introducción de semen descongelado de alguien que ya falleció	Intrauterino Intraperitoneal Intratubárica	Semen proveniente del hombre ya fallecido y pareja de la mujer solicitante	X

Fuente: Elaboración propia a partir de datos encontrados en Cubillos (2013), Garzón (2007).

En la utilización de la técnica de inseminación artificial, la mujer gestante facilita su vientre y su material genético (óvulos) para lograr la gestación; Santamaría (2001) denomina a esta técnica como homóloga, cuando los gametos masculinos son aportados por el solicitante, y heteróloga, cuando el material genético proviene de un donante. Así mismo, existe la clasificación de la inseminación artificial posmortem, que se refiere a aquellos casos en los que el donador es conocido, esposo o pareja de la mujer solicitante y manifiesta su voluntad para que la inseminación se realice después de su muerte (Brena, 1995:78); sin embargo, en México hasta el momento no se tiene conocimiento sobre algún caso de esta complejidad.

La Fecundación in Vitro es otra de las técnicas utilizadas para lograr la gestación por encargo. Santamaría (2001) señala que ésta consiste en extraer óvulos y espermatozoides para posteriormente realizar la fecundación en un laboratorio; de dicha fecundación resulta un embrión, que posteriormente es transferido al vientre de la mujer gestante con la intención de que el mismo se implante. Por su parte, Warnok (2004) describe a la FIV como el procedimiento por el cual se obtienen de una mujer varios óvulos y se mezclan con espermatozoides, y en caso de producirse la fecundación, el pre-embrión o los pre-embiones son depositados en el útero de la mujer, con la intención de que se implanten.

Mendoza (2011:50) describe el proceso para lograr la fecundación in vitro de la siguiente manera:

- a) La obtención de los gametos masculino y femenino;
- b) La fecundación de ambos *in vitro*, generándose así el huevo, cigoto o pre-embrión, y
- c) La transferencia embrionaria al seno materno.

Existen varias modalidades con relación a la FIV en función del origen de los gametos: con óvulos de la mujer gestante y semen de hombre solicitante; con óvulos de mujer gestante y semen de un donante; con óvulos de la mujer solicitante y semen del hombre solicitante; con óvulos de la mujer solicitante y semen de un donante; con óvulos donados y semen del solicitante; con óvulos y semen donados (Cubillos, 2013; Garzón, 2007).

En cuanto a las modalidades de la FIV basada en la participación de la gestante hay dos escenarios: con sus propios óvulos o con óvulos de otra mujer; es importante reiterar en qué consiste su participación, dado que es posible que únicamente facilite su vientre para la gestación o además de su vientre, también facilite su propio material genético.

Tabla 2. Modalidades de la FIV

FIV	Modalidad de acuerdo con el origen de los gametos	Modalidad de acuerdo con el lugar donde se implante el embrión
	Con óvulos de mujer gestante y semen de hombre solicitante	
	Con óvulos de mujer gestante y semen de un donante	Implantado en el útero propio (de la mujer solicitante)
	Con óvulos de la mujer solicitante y semen de hombre solicitante	
	Con óvulos de la mujer solicitante y semen de un donante	
	Con óvulos donados y semen del solicitante	Implantado en el útero de la mujer gestante
	Con óvulos y semen donados	

Fuente: Elaboración propia a partir de información de Cubillos (2013) y Garzón (2007).

La descripción de las TRHA permite identificar los distintos escenarios de la participación de la mujer gestante para lograr el proceso de la gestación por encargo, por lo que se considera pertinente el cuestionamiento sobre la existencia de implicaciones en la mujer, en función de su participación, ya sea parcial o total⁶.

1.1.2 La gestación por encargo como una alternativa para la procreación

En la búsqueda de alternativas para la reproducción humana, surge la opción de la gestación por encargo o gestación por sustitución (Lamm, 2013; Mendoza, 2011), procedimiento que se presenta como una opción para lograr un embarazo y llevarlo a término y que se define como el hecho de que una mujer facilite su vientre para lograr la gestación de un ser humano, que posteriormente será entregado a otra persona o personas, concepto que ha sido comúnmente

⁶ Es denominada gestación parcial o total en los Códigos Civiles de Tabasco y Sinaloa.

conocido como maternidad subrogada (Arteta, 2011; Beorlegui, 2014; Brena, S/F; Gamboa, 2010).

La gestación por encargo no es una técnica de reproducción humana asistida como tal, sino que se trata de un procedimiento que hace uso de las diferentes TRHA para lograr su objetivo, que es llevar a término la gestación. Algunos autores, cuando se refieren a los inicios del uso de la gestación por encargo o gestación para otros⁷ (Brena, 2012; Gana, 1998; López, 2016; Mendiola, Vivero, Roca y Bernabéu, 2005; Ruiz, 2013), relatan la anécdota bíblica en la que Sara, esposa de Abraham, al verse imposibilitada de procrear, dispuso de su esclava Agar para que pudiera darle hijos a Abraham; aunque no podríamos afirmar que esta historia haya sido un caso de gestación por encargo⁸; no obstante, estos autores la señalan como un precedente para aludir a que la gestación por encargo se plantea como una opción para la procreación desde tiempos antiguos.

La práctica de la gestación por encargo, como una alternativa para la procreación, ha sido estudiada por distintas razones; una de ellas ha sido conocer las circunstancias, el contexto, las motivaciones e implicaciones bajo las cuales aparece como una opción; en el caso de los solicitantes, las circunstancias pueden ser variadas: cuestiones de infertilidad, problemas de salud hereditarios, riesgo de muerte materna, razones estéticas, entre otras (Cubillos, 2013; León, 2007; López, 2016; Scardino, 2014).

En el caso de las motivaciones de las mujeres gestantes, Rodríguez y Martínez (2012:61) muestran los resultados de una encuesta que se realizó en el contexto estadounidense en 2003, en la que se exploraron las razones de las mujeres para facilitar su vientre. Se les pidió a 34 gestantes que eligieran una o varias respuestas, dando los siguientes resultados: 31 mujeres de 34 manifestaron que su participación se basó en querer ayudar a la pareja que no tenía hijos; 5 mujeres señalaron que porque disfrutaban el embarazo; 2 personas por autorrealización y 1 persona por el pago de una remuneración.

Los datos anteriormente expuestos no dicen mucho por sí solos, puesto que es necesario conocer el contexto social de las mujeres que participaron en el proceso de gestación; hubiese sido importante indagar sobre las circunstancias específicas en cuanto a los ámbitos familiar, económico, de salud y jurídico que integraba la regulación que en ese momento prevalecía en el contexto estadounidense; bajo tales condiciones, se podrían tener mayores elementos para explicar los motivos de las mujeres para participar como gestantes. Bajo ese mismo orden de ideas, es pertinente realizar un estudio en México que permita conocer el escenario anteriormente propuesto y que arroje datos sobre las circunstancias de la participación de mujeres como gestantes para otros.

⁷ La discusión conceptual de la gestación por encargo o gestación para otros se dará en el apartado del marco teórico, en donde se expondrán todas sus denominaciones y la discusión sobre la elección del término para este estudio.

⁸ Algunas reflexiones hacen alusión a que, en la anécdota bíblica, se refiere a una extensión de la familia, más que a una gestación por encargo; es decir que Agar, esclava de Sara, fungió como segunda mujer de Abraham (Ruiz, 2013).

En este sentido, es oportuno iniciar con la descripción del contexto en el cual se desarrolla el procedimiento, con la revisión de la regulación que actualmente se tiene con relación al uso de las TRHA y el acceso a la gestación por encargo como alternativa para la procreación.

1.1.3 Regulación jurídica en México

En México, la decisión de tener hijos es un derecho de los mexicanos; la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala, en su artículo 4º, que: “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. Se puede hablar entonces de un derecho a la reproducción dentro del marco de la salud reproductiva. De acuerdo con Dobernig (2018:251) surge la pregunta ¿el acceso a las TRHA encuadra en el derecho reproductivo?

Existe una discusión sobre si existe el derecho a tener hijos, o simplemente es un deseo que no puede ser un derecho. Warnok (2004) analiza los problemas éticos implícitos en la reproducción asistida y señala que atender problemas de esterilidad no puede confundirse con la de satisfacer un deseo. Sin embargo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación en 2018, emitió una sentencia en donde se señala que, tanto parejas homosexuales como heterosexuales tienen capacidad de desarrollar una vida familiar con niños y niñas procreados con los medios derivados de los avances científicos, incluso por los medios de reproducción asistida, y dado que la gestación por encargo hace uso de TRHA —que son los medios para asistir la reproducción humana— se puede concluir que efectivamente sí se contemplan como derechos reproductivos (SCJN, 2018).

Si bien los derechos reproductivos están salvaguardados en nuestro país, y existe libertad para tomar decisiones en torno a las opciones para la reproducción humana, no se tiene, en torno a la utilización de TRHA y a la gestación por encargo, una regulación clara y específica; sin embargo, en algunos estados de la República se ha intentado legislar en esta materia, aunque con deficiencia⁹, legislar en esta materia. A continuación, se hace una breve descripción de la regulación en materia de gestación por encargo en México.

En nuestro país, cada estado hace uso de su autonomía para crear sus propias leyes locales; por esta razón, existen diversas posturas en torno al uso de la gestación por encargo como medio para la reproducción humana. En el estado de Querétaro, en su Código Civil, dicta en el artículo 400 que: "Las parejas adoptantes de embriones no podrán procurar la maternidad asistida o subrogada, ni contratar el vientre de una tercera mujer para la gestación del embrión"; por lo tanto, aunque es posible recurrir al uso de TRHA y adopción de embriones, queda expresamente prohibido optar por la gestación por encargo para la gestación del embrión adoptado, es decir, éste debe ser implantado en el vientre de la mujer solicitante quien realizará las funciones de madre.

De igual manera, en San Luis Potosí, la gestación por encargo no es permitida, especificando en el artículo 243 del Código Familiar para el Estado, lo siguiente: "Es inexistente la maternidad substituta y por lo mismo, no producirá efecto legal alguno" en este sentido, la figura de gestación por encargo no existe como alternativa para la procreación; así mismo, se señala que

⁹ Más adelante se profundiza sobre dichas deficiencias encontradas en la regulación sobre gestación por encargo en el Estado de Tabasco.

si un embrión es implantado en una mujer distinta a la cónyuge o concubina, la maternidad se le atribuirá a la primera, es decir a la mujer gestante.

El Código Civil de Colima señala que es posible la utilización de inseminación artificial o fecundación in vitro con la participación de una mujer gestante; dicho procedimiento se regirá mediante la adopción plena del producto del embarazo, siempre y cuando se haya convenido con los solicitantes en darlo en adopción (Martínez, 2015:19); aunque en dicho estado se contempla esta modalidad, no se puede afirmar que la gestación por encargo sea un procedimiento regulado, aunque sí tolerado.

En la regulación de Coahuila, hasta antes del 15 de diciembre del 2015, en el artículo 491 del Código Civil del Estado de Coahuila, se decretaba la inexistencia del contrato de maternidad subrogada, prohibiendo explícitamente este procedimiento; a partir de esa fecha, dicho artículo fue derogado y se eliminó todo lo relacionado con la fecundación humana asistida, debido a que cualquier asunto relacionado con la composición familiar fue integrado a la Ley Para la Familia de Coahuila de Zaragoza, en donde en el Capítulo Tercero se refiere a la filiación resultante de la reproducción humana asistida, sin mencionarse nada específico a la gestación por encargo.

No obstante, considera la filiación resultante de la reproducción humana asistida, haciendo referencia a prácticas clínicas y biológicas que permiten la concepción in vitro, la transferencia de embriones y la inseminación artificial, así como toda técnica equivalente que permita la fecundación fuera del proceso natural (Ley para la Familia de Coahuila Zaragoza, Artículo 366).

En Sonora, en el artículo 203 del Código de Familia, se contempla el parentesco consanguíneo, por afinidad y voluntario; éste último se describe en el artículo 206 de la siguiente manera:

El parentesco voluntario es el que nace de la adopción; del nacimiento mediante técnicas de reproducción asistida con gametos ajenos, autorizadas por los cónyuges y concubinos, y de la afiliación o acogimiento de menores huérfanos, abandonados o entregados lícitamente por sus padres, siempre que la relación se prolongue por más de un año con todas las características y fines de la relación paternofamiliar.

En el marco de la revisión anterior, se puede observar que no se limita la posibilidad de recurrir a una gestación por encargo, siempre y cuando sea mediante un trámite de adopción producto de un parentesco voluntario; por lo tanto, se puede afirmar que en el estado de Sonora también es admitido el procedimiento, aunque no en forma clara y específica. Después de lo antes expuesto, se hará especial énfasis en las regulaciones que tienen los estados de Tabasco y Sinaloa, en donde la gestación por encargo es permitida, aunque es necesario señalar que es en Tabasco en donde ha tenido mayor auge esta alternativa para la procreación.

a) Tabasco

La práctica de la gestación por encargo se permite en el estado de Tabasco desde 1997 y este estado es considerado por Martínez (2015:363) como uno de los pioneros en el reconocimiento del uso de las TRHA como alternativa para la procreación, así como de la gestación por encargo. En el Código Civil del estado se plasma la existencia de un contrato gratuito u oneroso, es decir, es posible que la mujer gestante sea partícipe a cambio de una remuneración, o sin ella.

En vista de que esta investigación se enfoca en las percepciones de las mujeres gestantes dentro del proceso, se hace énfasis a la mención que se hace de ellas en la regulación de este estado. En el mismo código, en su última modificación de enero de 2016, se clasifica la participación de la mujer gestante bajo las siguientes modalidades:

Subrogada: implica que la gestante sea inseminada aportando sus propios óvulos y que, después del parto, entregue el recién nacido a la madre contratante mediante adopción plena.
Sustituta: implica que la gestante sea contratada exclusivamente para portar en su vientre un embrión obtenido por la fecundación de gametos¹⁰ de la pareja o persona contratante.

El abordaje jurídico del fenómeno en Tabasco evidencia una falta de conocimiento sobre el tema, así como sus implicaciones éticas, médicas, psicológicas y sociales, por parte de quienes redactan, proponen y aprueban las leyes; esto se puede observar en las distintas inconsistencias¹¹ que se encuentran en el Código Civil aprobado en 2016; por ejemplo, se llama a la mujer que gesta para otros como *madre gestante* y en otros apartados para referirse a la misma figura se le llama *mujer gestante*; se confunden también los términos de *mórula* con *embrión* y *feto*¹².

Adicionalmente se hace referencia a la Ley General de Salud, cuando en ésta no existe nada en torno a gestación por encargo. A pesar de estas inconsistencias, es preciso señalar que el procedimiento ya está en la mesa de discusión, y que, en México, aunque falta mucho por hacer, empieza a verse un interés sobre el tema. Actualmente, en la Ley General de Salud no se contempla una regulación; sin embargo, en su artículo 68 hace alusión a los servicios de planificación familiar que comprenden el apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana.

¹⁰ El desarrollo comienza con la fecundación, proceso por el cual el gameto masculino (el espermatozoide) y el gameto femenino (el ovocito) se unen para dar origen al cigoto o célula huevo. Los gametos derivan de las células germinales primordiales que se forman en el epiblasto, durante la segunda semana del desarrollo y se desplazan hacia la pared del saco (Sadler y Langman, 2007)

¹¹En el capítulo de Marco Teórico, se encuentra, dentro del apartado sobre la perspectiva jurídica, una sección en la que se profundiza sobre las inconsistencias observadas en el artículo 380bis, que en el 2016 fue añadido al Código Civil para el Estado de Tabasco.

¹² Ovocito (del latín ovum, huevo): las células germinales que se producen en los ovarios. Espermatozoide: célula germinal masculina producida en los testículos. Cigoto: célula formada por la unión entre un ovocito y un espermatozoide. Segmentación: divisiones celulares mitóticas del cigoto que dan lugar a las primeras células embrionarias, los blastómeros. Mórula: masa sólida de 12 a 32 blastómeros aproximadamente, se forma por la segmentación del cigoto. Blastocisto: a los 2 o 3 días, la mórula entra en el útero desde la trompa uterina, enseguida aparece una cavidad llena de líquido en su interior, la cavidad blastocística, las células centrales, la masa celular interina representa la porción embrionaria del embrión. Néurula: embrión primitivo durante la tercera y cuarta semana, cuando se desarrolla el tubo neural, primera aparición del sistema nervioso. Embrión: el ser humano en desarrollo durante los primeros estadios, el período embrionario se extiende hasta el final de la octava semana (56 días), momento en el que están presentes los esbozos de todas las estructuras principales. Primordio: primer indicio discernible de un órgano o de una estructura, el primordio de la extremidad superior aparece como esbozo a los 26 días. Feto: desde la semana 8 hasta el nacimiento, el ser humano en desarrollo se llama feto, en esta etapa tiene lugar la diferenciación y el crecimiento de los tejidos y órganos formados durante el período embrionario (García, 2018).

b) Sinaloa

En el estado de Sinaloa es permitido el proceso de gestación por encargo. En el Código Familiar se establece, en el artículo 282, la utilización de técnicas para la reproducción humana asistida, definiéndolas como “prácticas clínicas y biológicas para la creación de un nuevo ser humano”; así mismo, se enumeran los requisitos para la participación de mujeres en la gestación por encargo y las distintas modalidades de su colaboración:

- I. Subrogación total, implica que la mujer gestante sea inseminada aportando sus propios óvulos y que, después de la gestación y el parto, entregue el hijo a la pareja o persona contratante;
- II. Subrogación parcial, es la que se da cuando la gestadora es contratada exclusivamente para portar en su vientre un embrión fecundado in vitro que le ha sido trasplantado, pero que proviene de la unión de espermatozoide y óvulo de la pareja o persona contratante;
- III. Subrogación onerosa es la que se da cuando una mujer acepta embarazarse en lugar de otra, tal y como si se tratase de un servicio, por el cual se paga una cantidad cierta y determinada, además de los gastos de la gestación; y
- IV. Subrogación altruista, es la que se da cuando una mujer acepta gestar por cuenta de otra de manera gratuita.

En el contenido del Código Familiar del Estado de Sinaloa, en relación con la donación de material genético, ya sea esperma u óvulos, no es permitido que lo realicen personas casadas y que después reclamen la progenitura, lo cual representa una confusión, ya que permite cuestionarse si en el caso de personas solteras sí podrían reclamar dicha progenitura; así mismo, se contempla la realización de un contrato suscrito por las partes, en el que se especifiquen las condiciones de la participación de todas las partes, sin asegurar que esto represente la resolución de algún conflicto que se presente en el proceso.

Los aspectos anteriormente señalados permiten visualizar algunos escenarios jurídicos de la participación de la mujer gestante en el procedimiento de la gestación por encargo en el estado de Sinaloa y que, al igual que en el estado de Tabasco, muestran que dicha regulación no es suficiente para alcanzar a visualizar los escenarios personales, sociales y familiares que experimentan las mujeres gestantes, dado que el jurídico es apenas uno de los aspectos que conforman el complejo engranaje de la gestación por encargo.

En 2016, con la intención de dar respuesta a las lagunas jurídicas que hay en torno al tema a nivel nacional, se propuso, sin ser aprobada, una iniciativa en el Senado de la República por parte de las Comisiones Unidas de Salud y Estudios Legislativos, con opinión de la Comisión de Familia y Desarrollo Humano, con la finalidad de dar forma a una regulación en materia de maternidad subrogada; en esta propuesta se contemplaba la prohibición del pago de una contraprestación a cambio de participar como gestantes; adicionalmente quedaba prohibido el uso de violencia, aprovecharse de situación de pobreza o ignorancia para lograr la gestación subrogada; en cuanto a las veces que una mujer podría participar en la práctica, se señalaba que no podía ser en más de dos ocasiones. Con relación a los solicitantes, quedaba prohibido que fueran extranjeros; así mismo, quedaba fuera la posibilidad de que el proceso lo coordinara una agencia intermediaria; del mismo modo, se exigía la cobertura de gastos médicos para la mujer gestante.

Dicha propuesta de ley consideraba a la gestación por encargo como un proceso que permite la explotación de la mujer con fines reproductivos, y proponía que el procedimiento pudiera ser permitido únicamente si existía vínculo de parentesco entre la gestante y los solicitantes y únicamente bajo estricta indicación médica, entre nacionales y sin fines de lucro; así mismo, proponía de seis a diecisiete años de prisión a quienes no cumplieran con dichas especificaciones.

En el marco de las observaciones anteriores, se coincide con la reflexión de Arámbula (2008), quien refiere que ante el proceso de la gestación por encargo, no sólo el mundo jurídico se ve implicado, sino también el moral, las relaciones sociales, la integridad familiar, las normas éticas, las instituciones jurídicas que entran en crisis; ante este escenario, hace un llamado para que en las legislaciones se revisen los conceptos de paternidad, filiación, propiedad, tutela, herencia, entre otros, pues ante estos cambios tecnológicos, son aspectos que deben ser considerados (Arámbula, 2008:4) para que el procedimiento se lleve a cabo sin perjuicio de ninguna de las partes involucradas.

Las limitaciones jurídicas que aborden las perspectivas de quienes participan en los procedimientos, invisibiliza situaciones que ponen en riesgo su integridad física y emocional, con el riesgo de que los derechos de las mujeres gestantes se vean vulnerados; por otra parte es necesario ahondar en los contextos de las experiencias de las gestantes y conocer las particularidades que generan impactos en los ámbitos familiar y social de las participantes, a manera de visibilizar sus opiniones y discursos de dicha participación e identificar la posibilidad de la exposición de la mujer a diversos riesgos.

1.1.4 La mujer gestante y la maternidad

Hablar de una mujer que lleva en su vientre a un producto que posteriormente será entregado a terceros, precisa la idoneidad de abordar distintos escenarios, como las motivaciones para su participación, las implicaciones de la gestación y todos aquellos aspectos sociales que rodean el contexto de esta.

El término *mujer gestante*, ha sido utilizado para describir la acción que realiza dentro del procedimiento de gestación para otros; dicha observación parte del uso de otros términos por distintos autores; por ejemplo López Faugier (citado en Arámbula, 2008:31), se refiere a la madre gestante y la conceptualiza como: “llevar o sustentar la madre en las entrañas el fruto vivo de la concepción hasta el momento del parto”, en lo que se encuentra una controversia, puesto que gestar no es comparable, en términos de conceptualización, a *ser madre*.

Con relación a la entrega del recién nacido, es posible que surjan otras implicaciones de carácter familiar y social, debido a que la idea de la procreación se tiene construida en el imaginario colectivo con las figuras de una madre, un padre y un hijo, el cual es concebido dentro de una familia, que es genéticamente de ellos y que es gestado por la que ejercerá las funciones de madre; por lo tanto, es necesario conocer, a partir de los discursos de las mujeres gestantes, qué tipo de reacciones detectaron en sus círculos familiares y sociales en relación con la entrega del recién nacido, y en caso de existir, si surtieron algún efecto a sus emociones.

Respecto a lo anterior, se hace referencia a la reflexión de Van Den Akker (2006), quien dice que, si bien se han encontrado antecedentes de la gestación por encargo, no existe precedente de la aceptación social sobre gestar y luego renunciar al recién nacido.

En este sentido, es pertinente mencionar que hay todo un imaginario social sobre la gestación que está estrechamente vinculado con el concepto de maternidad; con la utilización de las TRHA surge una nueva realidad que ha rebasado estos imaginarios y que, a su vez se contrapone a conceptos tradicionales sobre la maternidad; por ejemplo, la desvinculación de la gestación con los cuidados del recién nacido.

El significado de la maternidad y del ser madre implica que el ser que se gesta en el vientre es parte de sus pertenencias; es mediante el cual obtiene identidad femenina, siendo ésta un constructo social y cultural, por lo que la gestación tiene su expectativa en el ejercicio de la maternidad y todo lo que ella implica. Los argumentos anteriores, permiten cuestionar la posible existencia de implicaciones producto de la práctica de la gestación por encargo, debido a que la gestación posiciona a la mujer en un rol socialmente construido y que, sin embargo, en este caso no va a desempeñar.

La mujer gestante no realizará el rol de madre que conlleva la práctica de crianza y de cuidados del recién nacido; esto permite suponer una diversidad de escenarios propios del contexto social, cultural y familiar que forman un ideal de una mujer embarazada; este planteamiento permite cuestionarnos si la mujer gestante identifica estas cargas sociales y culturales que envuelven el proceso del embarazo y, en caso de que sí existan, qué implicaciones conlleva para ella en sus emociones y en sus relaciones familiares.

1.2. Objetivos y preguntas de investigación

Las discusiones anteriormente expuestas muestran un contexto en el que es importante recapitular varios cuestionamientos como el motivo por el cual las mujeres deciden participar como gestantes para otros; la descripción y conocimiento de las implicaciones físicas por el uso de las TRHA; el análisis de las implicaciones en sus relaciones familiares, tanto de su familia de origen como de su familia actual, por el hecho de decidir participar como gestante para otros. Todo esto dentro de un contexto mexicano en un momento en el que la regulación en Tabasco impide la mediación de agencias de reproducción asistida para el enlace entre gestantes y solicitantes y, en donde en el resto del país, a excepción de Sinaloa, los procedimientos no se encuentran regulados y, se siguen llevando en la clandestinidad.

Es importante conocer la realidad social de las mujeres gestantes y describir su contexto económico, familiar y social que presupone una estrecha relación con los motivos para gestar para otros, así como la descripción y el análisis de las implicaciones para ella dentro de un entorno en el que la gestación está estrechamente vinculada con la maternidad. Como consecuencia de las reflexiones anteriores, se plantean las preguntas y los objetivos que guiarán el curso de esta investigación:

1.2.1. Preguntas de la investigación

1. ¿Cuáles son los motivos de las mujeres para gestar por encargo?

2. ¿Cuáles son las implicaciones físicas y emocionales que perciben las mujeres gestantes en función de la gestación?
3. ¿Cuáles son las implicaciones emocionales que perciben las mujeres gestantes por la entrega del recién nacido?
4. ¿Qué cambios, si los hay, perciben las mujeres gestantes con relación a su dinámica familiar y social a partir de su participación en la gestación por encargo?

1.2.2. Objetivo general

Analizar las implicaciones de la gestación por encargo en los ámbitos personal y social, desde la perspectiva de las mujeres gestantes.

1.2.3 Objetivos específicos

1. Analizar los motivos de las mujeres gestantes para participar en la gestación por encargo.
2. Examinar las implicaciones físicas y emocionales en las mujeres gestantes en función de la gestación.
3. Examinar las implicaciones físicas y emocionales de las mujeres gestantes con relación a la entrega del recién nacido.
4. Identificar la existencia de cambios en el entorno familiar y social de las mujeres gestantes, a partir de su participación en la gestación por encargo. Analizar dichos cambios; si los hay.

1.3. Pertinencia y justificación de la investigación

La utilización de la gestación por encargo como alternativa para la reproducción humana, plantea retos en distintos ámbitos, como el jurídico y el social. Este último da la pauta para preguntarse, ¿qué sucede en la dinámica social de quienes participan en el procedimiento?; en este sentido, el conocimiento sobre las implicaciones de los solicitantes y las gestantes podría sentar las bases para la toma de decisiones, principalmente en el ámbito regulatorio y de salud.

Estas nuevas opciones tecnológicas han estado avanzando de manera acelerada, de manera que la gestación por encargo se ha vuelto una opción al alcance de más personas; no obstante, como ya se ha comentado en párrafos anteriores, la regulación no ha estado a la par de este avance; así mismo, la falta de investigación que describa la realidad social que envuelve este procedimiento ha resultado en una falta de visibilización y documentación sobre la perspectiva de los distintos actores que participan en dicho proceso.

En el marco de las observaciones anteriores, es pertinente mencionar que los principales actores que participan en este procedimiento son los solicitantes y las mujeres gestantes; en consecuencia, se decidió realizar la investigación desde la perspectiva de las mujeres gestantes debido principalmente al interés de conocer una realidad social de la que se han manifestado tantas posturas, tanto a favor como en contra, y en la que pocas veces se encuentra el discurso de quienes facilitan su vientre; más allá de cualquier problemática que ello pudiera representar, es la relevancia de ir a esta realidad a partir de sus propios discursos.

En cuanto a descartar la postura de los solicitantes para este estudio, sin menospreciar las implicaciones que representa tomar la decisión y utilizar a la gestación por encargo para tener descendencia, se considera que su voz se ha visto reflejada en algunos estudios, principalmente aludiendo a sus motivaciones. Por ejemplo, se han encontrado algunos estudios desde la

perspectiva de los solicitantes, como el de Arranz, Blum e Ito (2000) en México y el de Sardiñas, Savers, Padilla y Cordero (2014) en Puerto Rico, en los que se abordó principalmente la problemática de la infertilidad, o sobre las motivaciones a utilizar las TRHA; también algunos otros en torno a parejas o personas homosexuales que optan por la utilización de TRHA, como el de Álvarez (2009) en España, en el que se abordó el tema de la transexualidad y la reproducción asistida.

Debido a las razones anteriores, la pertinencia de realizar un estudio enfocado en la gestación por encargo descansa en la relevancia de indagar la perspectiva de la mujer gestante, rescatar las implicaciones que se experimentan en el contexto mexicano, así como identificar las motivaciones y las implicaciones sociales que por su participación en la práctica de gestación por encargo han experimentado.

1.4. Perspectiva metodológica

Por la naturaleza propia del tema, que pretende recoger las percepciones de las mujeres gestantes, resulta pertinente realizar una investigación mediante un método cualitativo, debido a que se indagará sobre las experiencias propias de las mujeres gestantes y sus apreciaciones en cuanto a la dinámica familiar y social, relacionadas con la vivencia de haber gestado un hijo para otros. El enfoque cualitativo de la investigación se guía por áreas o temas significativos; la acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso “circular”, y no siempre la secuencia es la misma, varía de acuerdo con cada estudio en particular (Hernández, Fernández y Baptista 2010).

La investigación cualitativa centra su riqueza en las cualidades de los datos recolectados; así el investigador acumula los textos provenientes de distintas técnicas —en este caso la entrevista semiestructurada— para posteriormente realizar un análisis que, según Goetz y Le Compte (1981), debe realizarse en forma sistemática, orientada a generar constructos y relaciones entre ellos, para poder llegar de manera coherente a una teorización. Esta epistemología cualitativa implica comprender el conocimiento mediante un proceso de construcción que deriva en la capacidad del investigador para confrontar sus reflexiones con los eventos empíricos que se dan durante el proceso de la investigación; además de que se caracteriza por la legitimación de lo singular, como instancia de producción de conocimiento científico (González 2007).

La investigación cualitativa, se enriquece con el uso de las palabras, las descripciones, las viñetas y los relatos; la intención de conocer las percepciones, da pie para que sea precisamente el enfoque cualitativo el que da respuesta a lo que se busca conocer y analizar; se identifica como cualitativo a todo modo de recoger información, uso de variables cualitativas, formulación de cuestiones abiertas (Denzin y Lincon, 2005), con la finalidad de que exista flexibilidad para recoger la mayor cantidad posible de expresiones que aporten las percepciones de las entrevistadas y se logren los objetivos de la investigación.

Con referencia a lo anterior se concluye con la propuesta de la realización de entrevistas en profundidad, dado que es la técnica que permite ahondar sobre aspectos relacionados con las percepciones y vivencias de estas mujeres; de igual manera, da la oportunidad de que se obtenga, más allá de una entrevista formal, una plática en la que se logre la confianza para obtener la información que dé respuesta a las preguntas de investigación.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

El presente capítulo tiene el propósito de mostrar los conceptos a que se hace referencia en la investigación, así como, exponer la discusión sobre la utilización del término “gestación por encargo”, aludiendo a la construcción socio cultural de la maternidad que podría sustentar teóricamente un escenario bajo el cual las gestantes realizan el procedimiento. De igual forma, se presenta un resumen de cómo distintas perspectivas se han acercado al fenómeno en cuestión.

2.1. Las TRHA como respuesta para la infertilidad y la esterilidad

La reproducción asistida se conceptualiza como el “conjunto de métodos médico-quirúrgicos cuyo objeto es lograr la fecundación de un ser humano de manera diferente a las condiciones naturalmente establecidas” (Garzón, 2007:97). La utilización de las TRHA surge como una alternativa para enfrentar las dificultades a las que se han enfrentado algunas personas para reproducirse. La relevancia de este tipo de reproducción tiene fundamentos en la significancia de la fertilidad y la reproducción, así como en el estatus de las personas prolíficas como valiosas, lo cual tiene su origen, al menos para la cultura occidental, en nociones bíblicas: “ser fructíferos, multiplicaos y repoblar la tierra” (Génesis, 1, 28; citado en Mendiola y otros, 2005:16 y en López, 2016: 20), lo que otorga un significado a la reproducción humana, que se ha asumido como un deber y un objetivo.

El significado cultural de la reproducción humana se ha construido desde una perspectiva religiosa, con un valor tal que ha dejado entrever a la infertilidad o la imposibilidad de concebir como un castigo divino, representándose y reproduciéndose así en la cultura tradicional, pues en varios pasajes de la biblia se describe a la negación de la descendencia como un castigo consecuencia de un pecado (Jeremías 22, 30, citado en Mendiola y otros, 2005:16); por lo tanto, se plantea esta incapacidad de concebir como un problema al que se debe dar solución.

Para algunas parejas, según Gafo (1986), los hijos representan la confirmación del amor conyugal, por lo que buscan la forma de vencer cualquier dificultad que exista para lograr tener hijos; el uso de las TRHA habilita la posibilidad de paternidades y/o maternidades que sin estas herramientas podrían considerarse imposibles, como lo ejemplifica Lamm (2013:78): “la maternidad de mujeres estériles, la paternidad de hombres estériles, la maternidad sin paternidad, la paternidad sin maternidad, la paternidad y/o maternidad de ambos miembros de una pareja homosexual, la maternidad de mujeres a edades muy avanzadas”; por tal motivo, se puede deducir que va más allá de lograr la consolidación del amor en una pareja y la motivación estriba en lograr la descendencia biológicamente vinculada (Viera, 2014).

Si es tal el significado de la fertilidad y la reproducción, en el caso opuesto se identifica a la infertilidad y a la esterilidad como algo negativo; Gafo (1986) señala que la imposibilidad de reproducirse puede llegar a tener repercusiones en la vida de las parejas las cuales pueden alcanzar incluso la vida social, debido a la exacerbada valoración de la fecundidad.

La infertilidad es definida como “la inhabilidad para llevar un embarazo a término después de un año de vida sexual activa no protegida por algún tipo de contracepción” (Parada, 2006:151). Según la Real Academia Española (2014) es la enfermedad caracterizada por la falta de aptitud de fecundar en el macho y de concebir en la hembra; en este sentido, es importante denotar la

diferencia que existe entre infertilidad y esterilidad; ésta última es definida como la imposibilidad de lograr un embarazo (Brugo, Chillik y Kopleman, 2003:228). Cabe mencionar que los problemas, tanto de infertilidad como de esterilidad, han sido, desde la antigüedad, atribuidos erróneamente a la mujer.

En los inicios de la medicina occidental, cuando surgieron las primeras teorías y prácticas médicas, Hipócrates desarrolló recetas inspiradas en los egipcios para diagnosticar y tratar la infertilidad (Mendiola y otros, 2005), aunque no se tiene por parte de los egipcios ningún tratamiento satisfactorio de fertilidad satisfactorio que se conozca hasta el día de hoy (López, 2016). Hipócrates, determinó algunas causas de la infertilidad como: mala posición del cérvix, debilidad de la cavidad interna debida a un origen congénito, obstrucción del orificio uterino debido a una amenorrea, flujo menstrual excesivo (López, 2016).

En la cultura árabe, entre los años 700 y 1200, el médico Avicena señaló que la infertilidad podía tener no sólo origen en el cuerpo de la mujer, sino también en el hombre, y lo relacionó con una anomalía de los espermatozoides producidos por el hombre o a una anomalía en el tracto genital; incluso lo atribuyó a problemas psicológicos (López, 2016: 22).

Como parte de los antecedentes del uso de TRHA, se encontraron registros sobre el primer prototipo de la inseminación artificial que data de 1462, con el caso de Enrique IV, quien luego de haber sido conocido como “El impotente” era tal su deseo de tener descendencia y los médicos que lo atendían fabricaron una cánula de oro que debía introducirse en la vulva de la reina Juana, su esposa; de acuerdo con la historia no se tiene certeza del éxito de este intento.

En 1543, en Italia, Bartolomeo Eustachio realizó el primer dibujo de un útero, con la intención de detectar cualquier problema de infertilidad en la mujer, y recomendaba a los hombres que, después del acto sexual, pusieran el dedo en la vagina de sus mujeres para favorecer la concepción, que fue una forma de intervención externa para lograr la concepción (López, 2016; Mendiola y otros, 2005).

En 1707, el anatomista alemán Martín Naboth, publicó su tratado de infertilidad; en 1752, el padre de la obstetricia inglesa, William Smellie, fue el primero en llevar a cabo procesos de fecundación. Por su parte, Lázaro Spallanzani, en 1784, realizó una inseminación con éxito, la cual fue llevada a cabo con perros. La primera inseminación artificial humana se llevó a cabo por el cirujano escocés John Hunter en 1785, “cuyo resultado fue el nacimiento de un niño sano en ese mismo año” (Mazaira, 2015: 13). Posteriormente, se tiene el registro de un evento sucedido en 1799, cuando el cirujano escocés John Hunter recogió semen en una jeringa y lo depositó en la vagina de su mujer con resultados positivos (Bernal, 2009; Garzón, 2007; López, 2016; Mendiola y otros, 2005).

En América, los diagnósticos que dieron la pauta para la búsqueda de solución a la infertilidad se basaron principalmente en problemas de la mujer, y no fue sino hasta 1884, en Filadelfia, E.U., cuando un adinerado comerciante expuso su caso de infertilidad ante William Pancoast en el Jefferson Medical College, donde su esposa fue anestesiada e inseminada utilizando el semen de uno de los estudiantes de medicina; de esta manera, se obtuvo el primer caso confirmado de

inseminación artificial de un donante (Mazaira, 2015; Mendiola, Vivero y Bernabeu, 2005; Viera, 2014).

Por su parte, los albores de la gestación por encargo se registraron en 1891, cuando el científico Walter Heape recuperó un embrión para reimplantarlo mediante el lavado del oviducto de una coneja; éste fue transferido a una “receptora”, con la que continuó un desarrollo normal¹³ (Mendiola y otros, 2005); este es el ancestro de la gestación por encargo, que si bien se realizó en animales, fue un caso exitoso que sentó un precedente y que alentó el desarrollo del cultivo de embriones de animales en laboratorio.

En 1930, en Estados Unidos, Rubín fabricó un test de insuflación tubárica¹⁴ para diagnosticar obstrucciones tubáricas; en 1944 se creó la Sociedad Americana de Fertilidad (ASF) y el equipo de John Rock en Harvard comunicó uno de los avances más importantes en medicina reproductiva, la fecundación in vitro (FIV) en animales; la primera transferencia satisfactoria de embriones bovinos se registró en 1951 (López, 2016:24); sin embargo, no fue sino hasta 1978 cuando se dio el primer caso de una gestación humana mediante FIV en el Reino Unido, con el nacimiento de Louise Brown, “primer niña en el mundo tras FIV e implantación embrionaria” (Mazaira, 2015:14). A partir de este hecho siguieron muchos otros, entre ellos los de los médicos australianos de Lopata, Wood y Trounson, quienes consiguieron, en 1980, el nacimiento de la primera niña australiana mediante FIV (López, 2016:25). Este hecho, según Benavente y Farnós (2015), propició el desarrollo y evolución de los procedimientos médicos para lograr asistencia en la reproducción humana; de igual manera, incrementó la demanda de estos y su diversificación y renovación constante.

Las primeras donaciones de ovocitos para lograr embarazos mediante FIV y transferencias embrionarias se realizaron en 1983 y, a partir de 1990, gracias a la biología molecular, surgió el diagnóstico genético preimplantacional, con la intención de determinar el sexo de los embriones y la detección de enfermedades; en 1992 se realizó la primera microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (Mazaira, 2015).

2.2. Discusión conceptual en torno a la gestación por encargo y la elección del término

Existe una diversidad de conceptos utilizados para denominar la gestación por encargo; el más utilizado por los distintos autores que hablan sobre el tema es *maternidad subrogada* (Álvarez y Romo, 2015; Arámbula, 2008; Arteta, 2011; Bernal 2009; Beorlegui 2014; Camacho, 2009; González, 2012; Núñez, 2014); también se utiliza *gestación subrogada* (Brena, 2012); *embarazos por encargo*, (Casal, 2011); *gestación por sustitución* (Albornoz y López, 2017; Lamm, 2013); *maternidad intervenida* (Mir Candal, s/f); *maternidad de alquiler* (Santander, 2012); *gestación por encargo* (Mendoza, 2018); *vientres de alquiler* (Casal, 2011), *maternidad portadora* (Leonseguí, 1994), *explotación de mujeres con fines reproductivos (emfr)* (Bartolini,

¹³ El procedimiento de lavado del oviducto se realiza mediante la utilización de agujas con punta roma insertada en el oviducto (conductos moleculares que sirven de unión entre los ovarios y los cuernos uterinos); cada oviducto se lava con suero bovino para recolectar los embriones en copas de vidrio, previamente temperadas (Hidalgo, 2006; Lorenzo, 2002).

¹⁴ Insuflación tubárica: introducción transvaginal de un gas, normalmente dióxido de carbono, dentro de útero con la finalidad de determinar si las trompas de Falopio están obstruidas (Instituto Bernabeu España 1970).

Pérez y Rodríguez, 2014), si bien este último no se puede considerar como un sinónimo de gestación por encargo, estos autores han decidido denominarla bajo este término, a manera de crítica y descalificación de la práctica.

Como se mencionó en el párrafo anterior, el término más utilizado es maternidad subrogada, expresión que, como es evidente, se compone de dos elementos fundamentales: la palabra maternidad y la palabra subrogación. En un sentido gramatical, y según el Diccionario de la Lengua Española, el primer concepto alude “al estado o cualidad de la madre” y el segundo a la “acción de sustituir o poner a alguien o algo en lugar de otra persona o cosa”.

Santander (2012:1) define a la maternidad subrogada como un acuerdo de voluntades entre dos sujetos, mediante el cual una mujer fértil acepta embarazarse y llevar a término la gestación, para posteriormente entregar al recién nacido a otra persona; este procedimiento puede ser oneroso o gratuito. Bernal (2009) argumenta, que la maternidad subrogada es consecuencia de un alquiler de vientre, por lo tanto, meramente un acuerdo comercial en el que está implícito una remuneración económica, aunque las evidencias muestran que no siempre es así.

Las definiciones de maternidad, dado que algunos autores insisten en utilizar este término, se fundamentan en la experiencia de la maternidad; los desarrollos conceptuales tienen que ver con la dinámica y con las relaciones en constante evolución; con relación a lo anterior, se considera que el concepto de la gestación no debería estar ligado inherentemente a la actividad de la maternidad, dado que dichas prácticas serán realizadas por los solicitantes.

Leonseguí (1994) propone la utilización del término maternidad portadora; también se le ha llamado maternidad sustituta o suplente, frase que utiliza el concepto de maternidad, por lo que surgen cuestionamientos sobre el ejercicio de la gestación y la maternidad. De acuerdo con lo anterior, es pertinente señalar que este procedimiento implica la gestación, no el ejercicio de la maternidad como tal; por lo tanto, se ha optado por utilizar el término “gestación por encargo o por sustitución”, como lo han abordado tanto Lamm (2013) como Mendoza (2018) y Ruíz,(2013), en una aspiración de apegarse al objeto del proceso, ya que para la mujer gestante implica exclusivamente la gestación, en tanto, que para la persona que lo encarga, implicará el ejercicio de una maternidad y/o paternidad; de igual forma, para fines de este estudio, se utilizarán los conceptos de mujer solicitante, varón solicitante o pareja solicitante, al referirse a las personas o persona que solicitan el procedimiento y que fungirán en un futuro como padres o madres.

Lamm (2013) clasifica el procedimiento en dos modalidades, gestación por sustitución tradicional y gestacional. En el proceso de gestación por sustitución tradicional, la gestante aporta sus óvulos y el gameto masculino puede proceder del hombre solicitante (ya sea en pareja o sólo), de una donación o haber sido comprado. En estos casos la mujer gestante tiene plena participación en el procedimiento toda vez que, como se mencionó, aporta su propio material genético. En el caso de la sustitución gestacional; la gestante sólo aporta la gestación, los óvulos y los espermatozoides son aportados por el o los solicitantes, ya sean propios, donados o comprados (Lamm, 2013).

Por su parte, Martínez (2015:361) realiza una clasificación del procedimiento atendiendo la aportación de los gametos y la divide en subrogación total, plena o tradicional. Parcial o gestacional, altruista u onerosa, cuya descripción ya se realizó en apartados anteriores.

Mendoza (2011:158) señala que la maternidad subrogada implica “que una mujer preste su vientre para concebir a un ser humano, el alquiler de útero femenino puede ser utilizado tanto para la fecundación in vitro como para la inseminación artificial [...] la subrogación de matriz [...] distingue las siguientes dos hipótesis: la primera cuando la mujer aporta su propio óvulo y la segunda cuando no aporta material genético”.

De acuerdo con la clasificación que realiza Mendoza (2011:160, 161), y para el tema que nos ocupa, es necesario identificar cuál es la participación de la mujer gestante en el proceso; por lo tanto, se alude a dicha clasificación que visualiza distintos escenarios con base a la aportación de la gestante. La visión de las distintas alternativas se muestra de la siguiente manera:

1. Gestación por encargo de una pareja casada o estable:
 - a) Con embrión producto de espermia y óvulo de la pareja solicitante.
 - b) Con embrión producto de espermia donado y óvulo de la mujer solicitante.
 - c) Con embrión producto de semen y óvulo donado.
 - d) Con embrión producto de semen del varón solicitante y óvulo de la mujer gestante.
2. Gestación por encargo de una mujer soltera con la utilización de FIV.
 - a) Con embrión producto de espermia donado y óvulo de la mujer que demanda el servicio.
 - b) Con embrión producto de espermia donado y óvulo de la mujer que ofrece el servicio.
 - c) Con embrión recibido en donación, sin vinculación con ninguna de las dos mujeres.
3. Gestación por encargo de un hombre soltero, con utilización de FIV.
 - a) Con embrión producto de espermia y óvulo donado.
 - b) Con embrión producto de espermia donado y óvulo de la mujer que ofrece el servicio.
 - c) Con embrión producto de espermia del varón con óvulo donado.
 - d) Con embrión producto de espermia del varón y óvulo de la mujer que presta el servicio.

En esta clasificación, Mendoza (2011) hace referencia a las opciones que se tienen cuando son mujeres u hombres solteros quienes realizan la solicitud del procedimiento; es necesario aclarar que, en México, el procedimiento es permitido en Tabasco sólo para parejas heterosexuales y unidas en matrimonio, mientras que en Sinaloa sí es permitido para parejas homosexuales y personas solteras; en ambos casos sólo es permitido para personas con nacionalidad mexicana.

Ante la descripción de los distintos escenarios para contextualizar la participación de la mujer gestante, se puede observar que su contribución está regulada para que pueda ser altruista u onerosa, total o parcial, aunque de acuerdo con Olavarría (2018), en el estudio realizado con mujeres gestantes mexicanas, no encontró ningún caso en el que la mujer, además de su vientre, aportara su material genético; no obstante, al ser contemplada esa posibilidad en la legislación, se deja abierta la opción para el cuestionamiento, en este estudio, sobre las diferencias de las implicaciones en función de la participación total o parcial de las mujeres gestantes.

2.3. Principales perspectivas que abordan la gestación por encargo

La gestación por encargo ha sido analizada desde distintos campos de estudio, en los cuales, convergen diversos enfoques, perspectivas teórico-metodológicas y disciplinas; en la presente investigación se pretende analizar la perspectiva de la mujer gestante sobre su participación en dicha práctica y cómo ésta ha impactado en su vida, su salud, sus relaciones sociales y familiares.

Por lo anterior, es pertinente retomar los aspectos que se pretenden analizar luego de conocer las percepciones de las mujeres gestantes y que configuran la base fundamental que guía el estudio:

- Las motivaciones para participar en el proceso.
- Las implicaciones físicas y emocionales a causa del embarazo y del uso de las TRHA.
- Los cambios en las relaciones sociales y familiares a partir de su participación en la gestación por encargo.

La utilización de la gestación por encargo, que a su vez requiere el uso de TRHA como una alternativa para la procreación, ha sido estudiada desde distintos enfoques; éstos han podido documentar algunos de los aspectos que integran el proceso y que permiten la construcción de una base teórica que indica el camino a seguir para lograr los objetivos de esta investigación.

Se busca tener todos los elementos necesarios para entender la realidad y la subjetividad que comprende el fenómeno. La revisión de literatura ha dado como resultado una clasificación de perspectivas sobre los estudios que han abordado la gestación por encargo: jurídica, psicosocial, médica, bioética y antropológica.

De acuerdo con los objetivos de la investigación, es evidente que la perspectiva social es la que permite la revisión de las percepciones sobre las implicaciones personales y sociales de las mujeres que han sido gestantes por encargo; sin embargo, es necesaria la revisión de otras perspectivas que contextualizan el fenómeno y construyen los antecedentes del presente estudio, por lo que a continuación se exponen las perspectivas bajo las cuales ha sido analizado el fenómeno de la gestación por encargo: jurídica, psicosocial, biomédica, bioética y antropológica.

2.3.1. Perspectiva jurídica

El análisis jurídico de la gestación por encargo radica principalmente en la revisión de la legislación existente sobre dicha práctica. A partir de ésta, surgen algunos conceptos que ya se discutieron en el primer capítulo. Además de la revisión jurídica en torno a la prohibición o no de la práctica, un estudio presentado por Rodríguez y Martínez (2012) se enfocó en analizar los contratos que establecen los arreglos de la relación entre mujeres gestantes y solicitantes (pareja homosexual, heterosexual o persona soltera) en el contexto de Estados Unidos; en este sentido, se concluyó que hasta ese momento no existía una legislación general que regulara la gestación por encargo para evitar conflictos, dado que éstos han sido resueltos en el momento bajo la premisa de los mejores intereses para el menor, pero sin que exista protección para las demás partes.

Un elemento importante para considerar en la revisión jurídica del tema es la voluntad de las partes, que necesariamente debería verse reflejada en un contrato. Como ya se comentó en el primer capítulo, el estado de Tabasco es uno de los estados donde la práctica está permitida y se ha vuelto de alguna manera popular, y ahí, como en otras partes del mundo, se ha recurrido a la elaboración de contratos como medio para pactar las condiciones de la gestación por encargo en sus diferentes modalidades; éste debería integrar los acuerdos que deben cumplir los involucrados.

El contrato es el documento en el cual se especifican las responsabilidades de cada una de las partes. En el territorio mexicano, el Código Civil de Tabasco contempla la elaboración de un contrato, que, con respecto a los requerimientos de la gestante, especifica lo siguiente:

- Acreditar, mediante dictamen médico expedido por institución oficial de salud, que no estuvo embarazada durante los trescientos sesenta y cinco días previos a la implantación de la mórula.
- Que no ha participado en más de dos ocasiones consecutivas en el procedimiento.
- Que no posee imposibilidad física o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación.
- Que cuente con una edad de entre veinticinco y cuarenta años.
- Que otorgue aceptación pura y simple para que se lleve a cabo en su útero la implantación de la mórula.
- Que reconozca su obligación de procurar el bienestar y sano desarrollo del feto durante el periodo gestacional.

En este mismo sentido, Código Civil para el Estado de Tabasco, expresa que:

...el contrato deberá ser firmado ante notario público, para posteriormente ser aprobado por un juez competente, a través de un procedimiento judicial no contencioso, en el que se reconozca el vínculo entre los contratantes y el feto, a su vez que la gestante y, en su caso, su cónyuge o concubino renuncien a cualquier derecho de parentesco con el recién nacido.

La regulación jurídica ideal es la que estaría en concordancia con los hechos sociales vigentes; en este caso, la gestación por encargo debería contemplar el pleno cumplimiento de las voluntades de todos los involucrados; sin embargo, los esfuerzos realizados hasta el momento no han derivado en una sólida y congruente regulación. En enero de 2016 se añadió el Artículo 380 bis al Código Civil para el Estado de Tabasco. En éste se han encontrado algunas limitaciones e inconsistencias que a continuación se mencionan.

En el primer párrafo se hace referencia a que las técnicas utilizadas para la reproducción humana asistida serán las autorizadas en la legislación en materia de salud; sin embargo, en ésta no existe nada al respecto a este tema. En el segundo párrafo, y a lo largo del texto, se habla de los solicitantes como “padres” “cónyuges”, “concubinos”; por lo que se deja fuera a parejas homosexuales y personas solteras, situación que se considera un retroceso en la regulación, discusión que más allá de posturas morales, se contraponen al Artículo 4º constitucional: “*Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos*”, sin afirmar que esto represente la obligación del Estado para

proveer a los ciudadanos de TRHA o facilitar la gestación por encargo para garantizar el derecho a la decisión de la procreación.

En el tercer párrafo, se señala sobre el consentimiento de que los gametos de algún cónyuge o concubino sean utilizados después de su muerte, con las *formalidades de este Código*, sin especificar cuáles son dichas formalidades; así mismo, se habla exclusivamente de inseminación, que hace referencia a gametos masculinos, por lo que se podría concluir que esto no es aplicable a la utilización de gametos femeninos (óvulos).

En el apartado 380 bis 1, se menciona “...*cuando la madre pactante padece imposibilidad física o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación en su útero...*”; en primer lugar, no se señalan cuáles son las imposibilidades físicas; en segundo lugar, no abarca otras posibilidades para que se acceda a la gestación por encargo; es decir, las personas que opten por esta práctica deben tener “*imposibilidades físicas*” o contraindicaciones médicas.

En el apartado 380 bis 3, se señala al inicio que es la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado la que determinará el perfil clínico, psicológico y social de la “madre gestante”, para comprobar que su entorno social sea estable y sus condiciones sean las apropiadas para ser parte del proceso; ante esto, el primer cuestionamiento está en que en la Ley de Salud, que contiene los ordenamientos sobre los cuales se rige la Secretaría de Salud, no se encuentra nada al respecto; un segundo cuestionamiento es la utilización del término “madre” el cual, más allá de tener implicaciones de crianza y cuidado, en otros apartados se le denomina “mujer gestante” y ante esto la crítica radica en que no hay una homologación en la utilización de conceptos.

En el tercer párrafo del apartado 380 bis 3, en cuanto a las condiciones de la mujer gestante, se pide comprobación médica que acredite que no estuvo embarazada durante los trescientos sesenta y cinco días previos a la implantación de la mórula y no ha participado en dos ocasiones consecutivas en dicho procedimiento; para esta última condicionante no existe forma de comprobación.

En ese mismo apartado se señala que ante la muerte del padre o de la madre (haciendo referencia a los solicitantes), con uno de los dos que muera o acredite incapacidad, se cederán los derechos a la mujer gestante o a su cónyuge.

En el mismo sentido, en este apartado se sigue haciendo hincapié en que las clínicas o instituciones que se dediquen a la reproducción humana, así como el personal médico especializado, deberán estar acreditados por la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, sin que exista un órgano acreditador para ello; así mismo, se exige un informe conforme a la legislación federal aplicable en la materia, cuando a nivel federal no existe tal legislación.

En el apartado 380 Bis 4 se enumeran las causas para que el contrato de gestación se anule, entre las que se encuentra la intervención de agencias, despachos o terceras personas para lograr el proceso de gestación por encargo, pero no se propone otra forma para que las personas solicitantes puedan enlazarse con la mujer gestante.

Entre los requerimientos para los solicitantes, se pide que sean ciudadanos mexicanos, dejando fuera de esta opción a personas extranjeras; también se pide como requisito que la mujer contratante acredite, mediante certificado médico, la imposibilidad física o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación en su útero; además, ésta debe contar con entre veinticinco y cuarenta años. En este sentido, la gestación por encargo no es opción para parejas en las que sea el hombre con algún problema que le impida la procreación y no se señalan las razones por las que se elige esa edad para la mujer solicitante.

En el apartado 380 bis 5, en el que se hace alusión a la aprobación de un juez competente y la participación de un notario público para suscribir el instrumento jurídico del procedimiento, surge la duda sobre la capacitación y conocimiento que estos funcionarios tengan sobre el tema, y la posibilidad latente de que sean posturas morales, basadas en la poca información sobre el procedimiento, las que determinen sus decisiones de aprobar o no dicho instrumento jurídico.

Con relación a la implantación de embriones fecundados, se autorizan hasta dos en un mismo procedimiento¹⁵; no se dan razones por las cuales solo deberán ser dos embriones los utilizados, y como se menciona en la nota al pie, la producción de embriones, si bien es algo que se sigue discutiendo bajo posturas de la bioética, su finalidad consiste en que dicho procedimiento resulte efectivo; por ello el planteamiento genera una duda: ¿qué pasa si dos embriones no son suficientes para el éxito del procedimiento?.

En el apartado 380 bis 7, en el segundo párrafo, se señala lo siguiente: *“podrá la gestante demandar a la madre y al padre contratantes el pago de gastos médicos, en caso de patologías genéticas y las que deriven de una inadecuada atención y control médico prenatal y postnatal”*. Ante esto, es necesario señalar que las patologías genéticas del producto no pueden derivarse de un embarazo, por lo tanto, no debería la mujer gestante verse afectada; además no especifica hasta cuanto tiempo después del parto podrá la mujer gestante identificar alguna consecuencia de éste para proceder a una demanda, lo cual es una situación complicada, dado que ya el embarazo por sí sólo tiene implicaciones en la salud de una mujer y conlleva riesgos.

En el mismo apartado, el tercer párrafo enuncia que *“Será obligación de los padres contratantes garantizar con una póliza de seguro de gastos médicos mayores [...] También se señala que: ...se harán acreedores a las responsabilidades civiles aquellos médicos tratantes que realicen la implantación o fecundación de embriones humanos sin su consentimiento y sin la plena aceptación de las partes que intervienen”*. Ante esto, el cuestionamiento radica en dos sentidos; el primero ¿a qué se refiere con gastos médicos mayores? y ¿En qué consisten las responsabilidades civiles?

Después de las consideraciones anteriores, se puede afirmar que el instrumento que regula la gestación por encargo en Tabasco tiene en principio inconsistencias conceptuales, dudas sobre

¹⁵ Bernal (2009: 17) señala lo siguiente. “Dentro de los procedimientos que se utilizan en la fecundación in vitro, está “la hiperestimulación ovárica con el fin de fecundar entre 6 y 8 óvulos, de manera que se congelen para luego transferirlos al útero de la madre, produciendo, por lo general, entre 3 o 5 embriones. Durante todo el procedimiento se efectúa un control detallado con el fin de concluir en una gestación y un parto exitoso”; el procedimiento de crio preservación se efectúa en contenedores de nitrógeno líquido a una temperatura promedio de -197°C .”.

su implementación, así como argumentos que sólo producen confusión. La práctica de gestación por encargo ha evidenciado que, en Tabasco, aún hay mucho por hacer en materia de regulación. Hablar de regulación en torno a la gestación por encargo y el uso de TRHA, es hablar de constantes discusiones que están bajo visiones tanto conservadoras como liberales, las cuales derivan en infinidad de posturas que parecieran irreconciliables; por ello, entre otras cosas, ha sido lenta una legislación que aporte elementos útiles para contar con una regulación acorde a lo que sucede en la realidad.

La regulación de la gestación por encargo ofrece elementos para contextualizar el procedimiento, por lo que establece las condicionantes para la participación de cada uno de los involucrados; para el particular interés de esta investigación, nos proporciona elementos para describir las características generales de las mujeres gestantes.

2.3.2. Perspectiva psicosocial

El ámbito psicosocial del ser humano precisa la conexión entre lo individual y lo colectivo, permitiendo una comprensión de las situaciones humanas entendidas como la conjunción entre lo psicológico y lo social (Medina, Layne, Galeano y Lozada, 2007); en los casos de las mujeres gestantes, se han abordado estos dos ámbitos para conocer de qué manera la gestación por encargo tiene implicaciones en los ámbitos psicológico y social de las gestantes.

Desde esta perspectiva, es posible entender algunos de los objetivos que plantea la presente investigación, dado que son justamente los ámbitos personal y social los que se pretende analizar a partir de los discursos de las mujeres gestantes. Si hablamos de conjugar dos ámbitos de la vida del ser humano para tener un panorama global de esta perspectiva, el abordaje psicológico analiza las afectaciones a las emociones y mentales de una persona. Por su parte, el abordaje social describe las relaciones, analiza sus cambios y permite tener elementos para conocer una realidad social; en este abordaje se pueden estudiar las siguientes características: la pobreza de recursos psicológicos, recursos financieros limitados, ausencia de redes sociales de apoyo (Roa, 2007), entre otros.

En torno a esta perspectiva, Van Der Akker (2006) realizó una revisión centrada en el apego, las experiencias, características y motivaciones de las mujeres gestantes en Reino Unido; analizaron cómo las cuestiones relacionadas con la gestación por encargo impactaron la vida de otras personas, así como las opiniones que giraron en torno a la práctica; de igual manera, se encontraron diferencias en cuanto al sentir de las mujeres participantes, cuando en el procedimiento facilitaron únicamente su vientre, o, además de éste, también su material genético (óvulos).

Otra de las diferencias que pueden encontrarse en cuanto a las formas de llevar a cabo un procedimiento de gestación, y que se relaciona con la forma de percibir la participación en la práctica, es la forma de relacionarse con los solicitantes; existen casos en los que se construye una relación estrecha, un vínculo cercano; incluso después del nacimiento, los solicitantes envían fotografías del bebé y procuran dar informes sobre su crecimiento; en otros casos, se prefiere no tener ningún tipo de contacto (Van Der Akker, 2006).

Es pertinente mencionar, sobre el sentimiento derivado del desprendimiento del recién nacido. De acuerdo con Van Der Akker (2006), la concepción, la gestación, el parto y la entrega, son procesos que de alguna manera impactan a la mujer que gesta. Rubín, (1984, citado en Van Der Akker, 2006) señala que en el embarazo se establece un vínculo, y se desarrollan diversos grados de apego por parte de las mujeres hacia el feto; sin embargo, esto se ve influenciado por diversos factores, entre los que se encuentran, la edad de la mujer, la actitud hacia el embarazo (Marteau, 1988, citado en Van Der Akker, 2006) y tener, o no, familia propia (Blyth, 1994; Edelman, 1994, citados en Van Der Akker, 2006).

En cuanto a las distintas visiones desde la perspectiva psicosocial, respecto de la utilización de la gestación por encargo como opción para la reproducción humana, se puede encontrar una crítica, que alude a tomar en cuenta los derechos humanos de las mujeres en condiciones de pobreza y cuya práctica implique una explotación. Dicha crítica deja entrever que la mujer que participa en la gestación por encargo se ubica en una posición en la que corre el riesgo de que se le vulneren sus derechos humanos y la posibilidad de verse cosificada y usada con un mero instrumento para lograr un fin; en este sentido, en el año 2015, el Parlamento Europeo condenó la práctica de la gestación por encargo, argumentando que socava la dignidad humana de la mujer al utilizar sus funciones reproductivas como una mercancía, por lo tanto, debe prohibirse (Aparisi, 2017).

En el mismo sentido de la crítica, existen algunos autores que han propuesto cambiar el término de maternidad subrogada por Explotación de Mujeres con Fines Reproductivos (EMFR) (Tapia y Tarasco, 2014), bajo el argumento de que puede ser comparado con la trata de personas, delito que se debe evitar en todas sus formas. A pesar de las distintas posturas mostradas, es necesario apuntar que el uso de TRHA y la gestación por encargo representan una alternativa para la procreación y que es pertinente que todas las personas involucradas tengan la suficiente información para tomar una decisión, ya sea para solicitar un vientre para gestar un hijo o, facilitarlo con los mismos fines; bajo esta premisa, participar en un proceso de gestación por encargo no podría ser considerado como una explotación de las mujeres gestantes.

A la luz de las posturas anteriores, es necesario precisar, que una conclusión sobre lo que representa conocer el contexto social que rodea a las mujeres gestantes; conocer sus percepciones puede proporcionar elementos para conocer el proceso de gestación por encargo desde su perspectiva; en este sentido, se puede documentar el panorama global de lo que ellas experimentan y bajo qué condiciones lo hacen, es decir, cómo se sienten y qué perciben en torno al embarazo, los síntomas, los vínculos con el producto de la gestación, las relaciones con los solicitantes, los servicios médicos recibidos y las implicaciones de esto en el ámbito social y si es que esto representa un cambio significativo en sus dinámicas familiares y sociales.

2.3.3. Perspectiva biomédica

La mayor parte de los acercamientos o análisis que se han puesto en marcha en torno a la gestación por encargo se han hecho desde la perspectiva jurídica; en cuanto a la perspectiva médica, se abordan cuestiones técnicas como los diagnósticos que determinan que una pareja o persona sea infértil o estéril; por lo tanto, la responsabilidad del área médica, en este sentido, radica en la información y capacitación para brindar opciones basadas en adelantos tecnológicos, como el uso de TRHA a quienes así lo requieran o así lo prefieran.

La dimensión biomédica, como se mencionó en el párrafo anterior, enmarca los problemas de fertilidad y procreación. En la actualidad, dadas las propuestas tecnológicas para afrontar estos problemas, esta perspectiva ha abordado (en la mayoría de los documentos que hasta el momento se han encontrado) la perspectiva de los solicitantes y todo el proceso por el que pasan hasta optar por la gestación por encargo con el uso de TRHA.

Shapiro (1988, citado en Parada, 2006:153, 154) señala que la crisis de la infertilidad deriva en procesos complicados para individuos o parejas infértiles, ya que pueden desarrollar apegos a fantasías sobre el hijo deseado, visualizan cómo sería su vida si tuvieran un hijo o les agobia la imposibilidad de procrear. Cada individuo responde al diagnóstico de infertilidad de manera distinta y esto tiene implicaciones en la forma en como asume la situación; es posible que experimente culpa, desesperanza, soledad, agresión o pueda llegar a la aceptación. Si bien todas estas complicaciones pueden enlistarse en aspectos emocionales y no médicos, cabe precisar que son resultado de la infertilidad o esterilidad, según sea el caso, y ésta es parte de la dimensión biomédica en cuanto al uso de TRHA.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, no necesariamente son problemas de infertilidad o esterilidad los que obligan a una persona o pareja a considerar la gestación por encargo como una opción para la procreación, dado que se han registrado casos en los que las razones son estéticas (no exponerse a los cambios físicos propios de un embarazo), porque no se cuenta con una pareja con la cual procrear, o porque la pareja es del mismo sexo.

Es oportuno señalar que los temas de reproducción humana asistida y la gestación por encargo están inmersos en el ámbito de la salud y, en este tenor, el órgano principal es la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en su reunión de 2016 tuvo a bien señalar —en materia de gestación por encargo— que este órgano debe cumplir con sus funciones de dirección, prestando apoyo técnico y sirviendo de referencia institucional, por lo que emitió la definición, los tipos, las consideraciones legales a nivel internacional y los principales problemas en torno a la gestación por encargo.

Respecto a los aspectos médicos de la gestación por encargo, Rodríguez (2018:10-12) identifica cuatro etapas en la participación de las mujeres gestantes que a continuación se describen:

a) Condiciones médicas de la gestante

Corresponde a la selección de la gestante, debe ser mayor de edad y menor de 35 años y ser valorada médica y psicológicamente para determinar posibles riesgos. Dicha valoración consiste en:

- Historia general que valore la existencia de hábitos tóxicos, sexuales y estilo de vida.
- Historia clínica médica que incluya las enfermedades que pueden complicar la gestación. Antecedentes de alergias, vacunas y medicaciones.
- Evaluación psicológica y social.
- Historia clínica ginecológica y obstétrica, excluyendo a aquellas mujeres con más de 5 hijos y dos cesáreas, pues se incrementa el riesgo obstétrico.

- Análisis con hemograma, grupo y Rh, pruebas de coagulación, hormonas, infecciones de transmisión sexual y serología de hepatitis B, C, VIH y sífilis, rubeola, citomegalovirus y cultivo de orina.

b) Preparación del endometrio de la gestante

El endometrio se prepara con la administración de valerianato de estradiol vía oral y vaginal, o con parches transdérmicos, para alcanzar el grosor endometrial óptimo para la recepción de los embriones y que coincida con el momento de la extracción ovocitaria (ya sea de la donante o de la solicitante) que serán inseminados con semen de un donante o del solicitante.

c) Transferencia embrionaria

Una vez realizada la fecundación in vitro (FIV) y que se encuentren los embriones listos para ser transferidos, a la gestante se empieza a suministrarle progesterona desde el mismo día que se lleva a cabo la TE.

Por su parte, Cambrón (2001) describe la TE como la operación consistente en:

“...introducir un catéter por la vagina a través del cual se depositan los embriones en el útero acompañados de una pequeña dosis de líquido de cultivo [...] es una intervención simple, sin anestesia, que requiere pericia profesional y relajación de la mujer” (Cambrón, 2001:9).

d) Resultados obstétricos y perinatales

Los resultados obstétricos y perinatales se relacionan con el embarazo y el nacimiento del producto de éste. Rodríguez (2018:11) señala que la gestante tiene unos riesgos durante el embarazo similares a cualquier otra mujer embarazada: aborto, embarazo ectópico u otras complicaciones, las cuales se incrementan en gestaciones múltiples como hipertensión arterial, placenta previa o desprendimiento de placenta, partos pretérminos, entre otras.

De acuerdo con la perspectiva biomédica, la gestación por encargo supone un proceso que implica la obtención de gametos: óvulos y espermatozoides, la producción de embriones mediante FIV, y su transferencia al útero de la mujer contratada para la gestación; así mismo, que la madre genética, en algunos casos, es la que otorga los óvulos necesarios para la FIV; que la gestante debe disponerse para la creación de un ambiente hormonal en su cuerpo que favorezca la implantación de los embriones, los cuales, pueden ser frescos o descongelados (Jouve de la Barreda, 2017).

El procedimiento de FIV que se realiza para la gestación por encargo implica determinados tratamientos médicos a los que las gestantes deben someterse para lograr el éxito de la técnica, estos tratamientos deben ser del conocimiento tanto de la gestante, como de los solicitantes. De acuerdo con un estudio que toma como referencia Jouve de la Barreda (2017:157) realizado en Canadá en 333 ciclos consecutivos de gestación por encargo, en un periodo de 4 años (1998 a 2012) se observó un porcentaje de éxito de la FIV en un 42.6% de los casos. El logro de una gestación llevada a término no depende exclusivamente de la eficacia del procedimiento médico, de la calidad del material genético y de los tratamientos realizados previos y durante la

gestación, sino también de las condiciones psicológicas de los implicados, según resultados de dicho estudio.

2.3.4. Perspectiva bioética

La bioética es una disciplina que ha sido utilizada como criterio para tomar decisiones éticas en torno a la vida; etimológicamente refiere a la ética de la vida (bios = vida, ethos = ética); no contiene normas universales, puesto que hay muchas corrientes y escuelas bioéticas que tienen principios teóricos y prácticos distintos desde los puntos de vista ideológico, filosófico, religioso o político (Bueno, 2001:9).

La bioética, de acuerdo con la Enciclopedia de Bioderecho y Bioética (Dragy, 2012), es considerada como un nuevo enfoque de la ética en general, un enfoque laico y secular de los problemas relacionados con el cuerpo, la salud y la vida; es un movimiento de reflexión moral en los temas relacionados con la vida, la muerte, la gestión del cuerpo y de la sexualidad, aludiendo a la autonomía; de ahí que tiene un alto contenido jurídico; aunque la autonomía se define más con criterios jurídicos que morales, existe una enorme influencia del derecho en el nacimiento de la bioética.

Por su parte, la Encyclopedia Of Bioethics (citada en Buchanan y Brock, 2009), la define como: “Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención en salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales”; sin embargo, el mismo autor especifica ¿qué son valores y principios morales? La visión ética tiene principios en una propia coherencia interna y tiene que ver con la ética médica que se concibe en una relación entre religión, derecho y medicina (Buchanan y Brock, 2009: 142, 143).

Entre los objetivos de recurrir a la bioética para analizar este tema, está el abordado por Lamm (2013), quien señala que con las nuevas tecnologías han surgido nuevos modelos de familia, distintas filiaciones, reproducción sin sexo, entre otros; situaciones tales que generan cambios en la visión de la ética, por lo que la perspectiva bioética pone en la mesa de la discusión los valores que se deben proteger y cómo debe hacerse (Lamm, 2013: 78,79); es decir, hacer planteamientos éticos sobre la vida humana.

Scala (2004:38) señala que los principios éticos y bioéticos más generales son los siguientes:

- a) El derecho a la inviolabilidad de la vida humana.
- b) Derechos a la integridad física y a la salud.

A este respecto, concluye que los principios bioéticos que podrían enunciarse como inviolables, son la integridad y la salud corporales; estos principios deben imperar tanto en el inicio, como en el ocaso de la vida. De acuerdo con el reporte del Centro de Conferencias de Belmont (1979), la bioética se rige por 3 principios básicos:

1. Respeto a las personas
2. Beneficencia
3. Justicia

En función de los principios éticos básicos que integra la bioética, es importante visibilizar cómo éstos pueden influir en el ejercicio de los derechos de la mujer gestante. El respeto a las personas,

de acuerdo con el Informe de Belmont, incluye, en principio, que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. La autonomía es la capacidad del individuo para tomar decisiones sobre sus propios fines personales; en este sentido, es importante destacar que las mujeres gestantes deben ejercer una plena autonomía para participar, o no, en este procedimiento.

El principio de la beneficencia se entiende con dos expresiones fundamentales: 1) No causar ningún daño, y 2) maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños. En la ética médica ha sido principio fundamental el no causar ningún daño, por lo que, se puede presumir que, en cualquiera de los procedimientos médicos ante la aplicación de alguna de las TRHA, la mujer gestante puede tener la seguridad de que se asegure su máximo beneficio y el menor daño posible (Informe de Belmont, 1979: 4).

Con relación al principio de justicia, se afirma que la gente debe ser tratada con igualdad, considerando que cada persona tiene sus necesidades individuales; se deben dar beneficios a una persona que tiene derecho a ellos; en el Informe de Belmont (1979) se hace referencia a la justicia en los procesos de investigación científica con humanos y cómo deben tomarse en cuenta aspectos como la vulnerabilidad (personas con escasos recursos, enfermos, minorías raciales), quienes son sujetos de investigación con una mera conveniencia administrativa; en consecuencia, la justicia estará en función de que dicha investigación pueda contribuir a acrecentar el bienestar del individuo.

Beauchamp y Childress (2001 citado en Tubau y Alibés, 2011:1-7) señalan que, posterior a la postura del Informe de Belmont, en la década de los ochenta desarrollaron un trabajo cuyo objetivo era formular un conjunto de principios adecuados para la bioética, a la luz de un modelo de ética del cuidado de la salud basado en la beneficencia, que se modificara en la dirección de un modelo de autonomía, al tiempo que incorporara un conjunto más amplio de concreciones sociales, particularmente aquellas enfocada en la justicia social (Beauchamp, 2001, citado en Tubau y Alibés, 2011:1-7).

Los principios de la bioética desarrollados por Beauchamp y Childress son 4: el respeto por la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia. Estos autores definen cada uno de los principios de la siguiente manera:

Los principios en nuestro marco siempre se han agrupado en cuatro categorías generales:

1. Respeto a la autonomía: Un principio que requiere el respeto de las capacidades de decisión de las personas autónomas.
2. La no maleficencia: Un principio que requiere no causar daño a los demás.
3. Beneficencia: Un grupo de principios que requieren evitar daños, proporcionar beneficios y equilibrar beneficios contra riesgos y costos.
4. Justicia: Un grupo de principios que requieren una distribución adecuada de beneficios, riesgos y costos de manera justa (Beauchamp y Childress, 2001, citado en Tubau y Alibés, 2011:1-7).

Los principios anteriormente descritos, engloban las condiciones bajo las cuales se debe desarrollar la participación de una mujer gestante en el procedimiento de la gestación por

encargo desde una perspectiva bioética; visto de esta manera, proporciona elementos para contextualizar la participación de las mujeres, es decir, identificar elementos para argumentar si su participación se encuentra dentro de un marco mínimo de derechos.

2.3.5. Perspectiva antropológica

La antropología es la ciencia que estudia los aspectos físicos y las manifestaciones sociales y culturales de las comunidades humanas; por su parte la antropología social es la que se encarga de explorar los problemas y fenómenos sociales de indagación empírica (Garbulsky, 1992); la antropología brinda elementos para conocer y entender al ser humano.

El abordaje de la perspectiva antropológica, aplicado a este tema, alude a la producción de información sobre la problemática de las mujeres gestantes dentro de su contexto; este enfoque permitió a Ortega (2016) realizar un acercamiento etnográfico que arrojó datos sobre el perfil social y las motivaciones de las mujeres, así como los cambios sociales y personales que experimentan al insertarse en dicha práctica.

Esta perspectiva es la que más ha abonado a contextualizar y conocer la realidad social de las mujeres gestantes, puesto que brinda elementos para ahondar sobre su contexto que abarca el entorno social, familiar y comunitario; mediante este enfoque se ha podido acceder a la situación de algunas mujeres gestantes, principalmente en Tabasco (Olavarría, 2018), aunque también ha sido posible estudiar a mujeres gestantes en otras partes del país, quedando pendiente la exploración en el estado de Sinaloa.

Ortega (2016:8) considera que es pertinente el análisis desde la perspectiva de las mujeres gestantes, dado que son ellas sobre las que “recae gran parte de la responsabilidad, de las consecuencias y repercusiones que este proceso conlleva, no sólo físicas sino también psicológicas y sociales”.

Los estudios etnográficos que parten de un acercamiento antropológico aportan los elementos necesarios para acercarse a la realidad y brindan herramientas a la investigación para comprender el contexto social en el que se genera la dinámica de la mujer gestante con cada uno de los actores que participan en el procedimiento. Esto es lo que el presente estudio pretende al indagar sobre el conocimiento de la realidad actual de las mujeres gestantes, con el objetivo de brindar un aporte al conocimiento sobre este fenómeno social, a partir de la voz de las participantes.

2.4 Implicaciones de la gestación por encargo en la gestante

En este estudio, se parte de la premisa de que la participación de la mujer gestante es voluntaria, informada y responsable, condición que la hace consciente de que al término de la gestación deberá entregar al producto de ésta; sin embargo, no se puede ignorar que la gestación por encargo, por sí misma, lleva implícitos riesgos y situaciones que a continuación se abordan.

Como parte de los antecedentes en cuanto a las experiencias de la gestación por encargo, Rodríguez y Martínez (2012) realizaron un estudio sobre la experiencia estadounidense del contrato de la maternidad subrogada, en el que se describió la experimentación de efectos negativos que se producen en la mujer gestante por la renuncia al recién nacido, ya que

constituye un acto doloroso para ella que podría derivar en aparición de problemas psicológicos; por otra parte, también se señala la existencia de riesgos para la salud para la mujer, por el periodo de la gestación y todo lo que ello implica (Rodríguez y Martínez, 2012: 61).

Estos posibles riesgos se pueden explicar a partir del conocimiento del contexto y circunstancias específicas que respaldan la motivación de una mujer para participar en el proceso; así como de sus condiciones físicas, emocionales, familiares y sociales. Finalmente es innegable que, como lo dicen en su estudio Jadva, Blake, Casey y Golombok (2012:76) “aún existe cierto grado de prejuicio contra el uso de la subrogación” (traducción propia) y esto, inevitablemente, representa implicaciones sociales para la mujer gestante.

Es pertinente ahondar sobre las implicaciones físicas que tiene el periodo de la gestación en la mujer; éstas engloban síntomas fisiológicos, emocionales y repercusiones en la salud, las cuales dependen de las condiciones de cada mujer y, en función de esto varían. Según la Organización Mundial de la Salud (2013), una cuarta parte de las muertes maternas en América Latina están relacionadas con trastornos hipertensivos del embarazo; la preeclampsia y la eclampsia¹⁶ tienen mayor impacto en la morbimortalidad materna y neonatal. La preeclampsia se desarrolla aún en mujeres que no tienen antecedentes de problemas de hipertensión; por ello, sigue siendo un reto la predicción y la prevención, por lo que se puede asegurar que cualquier mujer que se encuentre en proceso de gestación puede desarrollar este padecimiento (Vargas, Acosta y Moreno, 2012).

De igual forma, la diabetes gestacional representa un factor de riesgo para la mujer; ésta se define como cualquier grado de intolerancia a los hidratos de carbono, proceso que se inicia o se detecta por primera vez durante el embarazo y representa la tercera categoría en la clasificación actual de la diabetes (Duarte, Muñoz, Rodríguez y Escorza, 2004).

A partir de una muestra de 583 mujeres españolas embarazadas¹⁷, Tosal, Pastor, Cabrero, Luque y Gutiérrez (2001) describieron el comportamiento de los signos y síntomas gastrointestinales más frecuentes a lo largo del embarazo y el puerperio inmediato, y señalan que 53% de las mujeres encuestadas presentaron náuseas y vómito en el primer trimestre, disminuyendo a 30% en el segundo trimestre; entre otros síntomas se encontraron enlentecimiento de la digestión y estreñimiento, que inició en el primer trimestre en 31% de la muestra y termina con 53% para el puerperio; estas afectaciones propias del embarazo no son únicamente en el ámbito fisiológico de la mujer, sino que hay también las que se manifiestan en el plano psicológico o emocional.

En el mismo orden de ideas, Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Almanza, Morales y Juárez (2006) presentan los resultados de un estudio de mujeres embarazadas, que fueron pacientes en tres instituciones de salud en la ciudad de México, de las cuales 30% mostró sintomatología depresiva significativa. De éstas, 19% mencionó que esto les impedía realizar sus actividades diarias, trabajar o asistir a la escuela; si bien hay factores que influyen en estos síntomas, como

¹⁶ Preeclampsia: Comienzo de un nuevo episodio de hipertensión durante el embarazo, caracterizado por: hipertensión persistente (presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg). Eclampsia: convulsiones generalizadas, además de los criterios relacionados con la eclampsia.

¹⁷Estudio realizado en mujeres españolas en una muestra de 583 mujeres embarazadas: 133 con 8 a 12 semanas de gestación, 155 con 18 a 22 semanas de gestación, 203 con 37 a 42 semanas de gestación y 92 con 2 semanas después del parto, procedentes de centros de salud y hospitales de la comunidad Valenciana y Murcia.

antecedentes familiares, apoyo social y antecedentes personales, cabe mencionar que estas manifestaciones están directamente relacionadas con el periodo del embarazo y es latente una posibilidad de que estos eventos ocurran y se repitan a lo largo de éste.

Existe la posibilidad de que las implicaciones fisiológicas que experimentan las mujeres durante la gestación repercutan en el ámbito social en el que se encuentran, por lo que a continuación se presentan antecedentes sobre las implicaciones sociales de la gestación y, posteriormente se contextualizará en el ámbito de la gestación por sustitución.

El embarazo es un proceso complejo que tiene distintas implicaciones en la mujer, tanto a nivel físico, como emocional, por lo que existe una alta probabilidad de que esto tenga influencia en su dinámica familiar y social; estas implicaciones intervienen en distintas esferas de la vida; sin embargo, cada mujer percibe estos cambios de forma distinta y tiene diversas herramientas para sobrellevarlos.

Los aspectos sociales de la gestación, según Olivar (2002), se relacionan con la cultura de la sociedad que sigue discriminando a la mujer que gesta en los ámbitos laborales y académicos; si bien el autor aborda estos aspectos desde un contexto latinoamericano, esta descripción no es ajena al contexto mexicano; referirse a una sociedad machista, junto con problemáticas como el divorcio, el abandono, la precariedad económica, así como una falta de redes familiares y sociales, son aspectos que propician percepciones de soledad y tristeza. Las dificultades que conlleva la condición de embarazada derivan en síntomas fisiológicos y psicológicos que inevitablemente causan efectos físicos y emocionales, así como en su relación con los demás en su entorno.

En el abordaje de estas implicaciones sociales, es pertinente mencionar que, posterior al parto, se hace necesaria la reintegración a actividades o quehaceres del hogar (Olivar, 2002), y para lograrlo, es necesario que la mujer cuente con el apoyo de redes familiares y sociales, que si bien, en el caso de la mujer gestante no tendrá que cuidar al producto de su gestación, es posible que sí requiera de cuidados particulares después del parto.

Por lo anterior, y con la finalidad de mencionar algunas implicaciones en la gestación por encargo, es necesario conocer qué función tuvieron las redes familiares (marido, hijos y otros familiares) y redes sociales (amigos, vecinos, instituciones) durante el proceso de la gestación, y si estas redes facilitaron o dificultaron el procedimiento.

Como ya se ha mencionado, cada mujer presenta síntomas distintos en función de factores personales y sociales; ahora bien, en el caso de las mujeres que gestan para otros, surgen cuestionamientos sobre si estas implicaciones aumentan o disminuyen cuando dicho embarazo es parte de un proceso de gestación por encargo, en el que la mujer debe entregar al recién nacido y cuyo procedimiento implica suministro de medicamentos previo y durante la gestación, así como la posible implicación emocional de gestar un ser que no es su hijo.

Esto abre la discusión sobre lo que representa la maternidad en nuestro contexto social, debido a que es difícil desvincular la gestación de la maternidad, o del ser madre; esta percepción en el ámbito de la práctica de la gestación por encargo trae consigo fuertes retos para la mujer que

gesta para otros, los cuales se relacionan con esta dificultad de desvincular un embarazo del hecho de ser madre.

En este orden de ideas, consideramos necesario que, al abordar las implicaciones en la mujer gestante, se profundice sobre aquellas que están estrechamente ligadas al proceso de embarazo, las condiciones propias de la gestación y el significado de la maternidad, que se presume son interpretadas en forma distinta por cada mujer; los primeros dos aspectos en función de efectos físicos y emocionales que conllevan el embarazo, y el tercero en función de la construcción social y cultural de la maternidad, que deriva que las mujeres gestantes perciban distintas repercusiones.

2.5 La construcción sociocultural de la maternidad

La revisión del concepto de maternidad en el ámbito de la gestación por sustitución desde la perspectiva de la mujer gestante, da pie a la explicación de que la mujer gestante no ejercerá el papel de madre; no obstante, como ya se mencionó existe, socioculturalmente hablando, un vínculo entre la gestación y la maternidad; ésta es una construcción social debido a que provee expectativas e idealizaciones luego de que concluye la gestación; esto se puede explicar a partir de lo que argumenta Molina (2006), al decir que el discurso sobre la maternidad está dominado por los aspectos más fisiológicos de la función: procreación, gestación, parto y amamantamiento, procesos mediante los cuales se reafirma la función que la naturaleza dio a la madre para nutrir al nuevo ser; bajo este argumento, la gestación, por sí sola, funge como un componente primordial de la maternidad y se establece en el imaginario social como un binomio difícil de desvincular.

La práctica de la maternidad tradicional está relacionada con la crianza del producto de la gestación; esto se ha ido modificado por distintas condiciones; una de ellas es la inserción de la mujer en el mercado laboral (Molina, 2006), lo que ha propiciado la modificación de dinámicas y arreglos familiares; otra de ellas es el involucramiento de la figura masculina en la crianza (Burín, 1998); sin embargo, la mujer sigue siendo la principal responsable de la crianza de los hijos, reafirmando el vínculo de la gestación con la crianza.

Es posible que la mujer gestante, por el hecho de encontrarse gestando para otros, se enfrente a prejuicios sociales, debido a que, según Van Den Akker (2006), el apoyo social a la práctica de gestación por encargo no existe todavía; por ello, existe una posibilidad de que las mujeres gestantes puedan sentirse bajo presión por las expectativas que se tienen de la gestación en sí, y la construcción social que conlleva ser madre después de gestar.

Estas implicaciones podrían estar relacionadas, en un primer plano, con su círculo más cercano (pareja, familia); posteriormente con la relación que se establezca con los solicitantes (quien o quienes esperan el producto de la gestación); además, es posible visualizar cómo las percibe la comunidad en la que ellas se desenvuelven, en función de su decisión de gestar para otros (Van Den Akker, 2006).

Si bien el concepto de maternidad es una construcción de creencias y significados en permanente evolución, influidos por factores socioculturales que poco a poco han ido cambiando con las transformaciones tecnológicas y de roles estereotipados (Molina, 2006), prevalecen aspectos

tradicionales del concepto, y éste parece ir heredando discursos respecto a comportamientos que se consideran o no apropiados; estos discursos podrían provocar que la sociedad condene el hecho de que la mujer esté embarazada y no se vaya a quedar con el recién nacido.

La segmentación de la sociedad de acuerdo con el género determina el lugar que los individuos ocupan en la sociedad (Etchezahar, 2014), por lo que, antes de abordar la construcción social en torno a la maternidad, es necesario describir la construcción del género, ya que, de acuerdo con estas condicionantes socialmente construidas, se generan acciones en función de las expectativas de un hombre y de una mujer. De tal suerte, se perpetúan los roles y se constituye una identidad de género, así como sus formas de participación en la sociedad (Escartí, 1988, citado en Etchezahar, 2014).

Cada sociedad asigna significados a su mundo cotidiano, cada cultura interpreta su existencia, pensando y organizando la realidad de una manera determinada (Fairclough, 1992, citado en Pelcastre, Villegas, De León, Díaz, Ortega, Santillana y Mejía, 2005). Así mismo, la función de la reproducción social ha sido parte medular del sistema de género, debido a que esta función conjuga, como parte de un modelo, las diferencias biológicas de los sexos y las producciones culturales en torno a éstas (Palomar, 2005).

En este sentido, los roles sociales y sus expectativas forman parte de los valores culturales y, en consecuencia, del comportamiento de las personas (Geis, 1993, citado en Etchezahar, 2014); en función de estos comportamientos, se desarrollan ciertas interpretaciones y significados en cuanto a actividades y roles de género, como la maternidad.

Estas interpretaciones se aplican casi a cualquier evento que se desarrolla dentro de una dinámica social, como es el caso de la maternidad, la cual está cargada de creencias, valores, adjetivos y costumbres; en palabras de Palomar “se trata, por una parte, de una experiencia subjetiva, pero es también una práctica social que —paradójicamente, respecto a la sobrecarga que conlleva— no suele ir acompañada de un proceso reflexivo acerca de lo que motiva la experiencia ni acerca de las formas que adopta” (Palomar, 2005: 12).

Para Glenn, Brown y Forcey (1994:357, citados en Arendell, 2000) la maternidad es “un conjunto socialmente construido de actividades y relaciones involucradas en la crianza y el cuidado de las personas”. Se trata, entonces, de un proceso que no puede definirse únicamente como un hecho natural, biológico, ligado únicamente al ejercicio de la plena fertilidad y mediante el cual se concreta la reproducción humana, sino que se trata de un “fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso, que es fuente y efecto del género” (Palomar, 2005:36).

Algunos estudios de maternidad realizados en Estados Unidos de América que ha recopilado Terry Arendell (2000), presentan hallazgos sobre el bienestar de las madres y abordan algunas variables como las emociones, la satisfacción maternal, la angustia, el apoyo social, el empleo, las estrategias para coordinar el trabajo y la familia, las dificultades económicas, los significados e identidades, las relaciones, las experiencias y actividades y su contexto (Arendell, 2000); estos estudios se ubican en un contexto de maternidad que conlleva la crianza del ser que se gestó, y

en este aspecto radica la diferencia con la gestación por encargo; la coincidencia es la gestación y sus respectivas implicaciones.

Al hablar de una construcción cultural no se puede dejar de lado que la gestación tiene una relación estrecha con el complejo término de maternidad; en este sentido, es aventurado decir que las implicaciones del ejercicio de la maternidad dejan fuera al proceso de la gestación, aún y cuando se excluya el hecho de la crianza del ser que se gestó, ya que la mujer gestante está inmersa en un contexto social, en el que difícilmente se hace una separación de la maternidad y la gestación.

Como se ha dicho, la maternidad tiene una relación estrecha con el género y con el significado de ser madre, ya que son las mujeres quienes tienen la capacidad biológica para ejercerla; así mismo, tiene una fuerte noción de feminidad. MacMahon (1995, citado en Arendell, 2000) afirma que la identidad de género de las mujeres se ve reforzada por la maternidad, pues, en términos prácticos, es el evento mediante el cual se legitima culturalmente el hecho de ser mujer.

En cuanto al significado de ser madre, Marcus (2006) señala que es un mandato cultural dominante y recae sobre toda mujer, sin importar la clase social, aunque los significados que se desarrollen estarán en función del sector social y la cultura que predomine, así como las pautas que la sociedad reproduce.

El hecho de ser madre está estrechamente relacionado con la gestación, y aunque existen diversos modos de percibir y vivir la maternidad según el contexto, Marcus (2009) explica que ser madre otorga identidad como mujer, pues se declara al hijo como su alegría y su justificación; es decir, se les atribuye cierto valor a los hijos, así como gratificación emocional.

Los conceptos, la discusión y las perspectivas anteriormente expuestas dan elementos para el desarrollo de la interpretación de los resultados y la elaboración de las conclusiones; así mismo, muestran las áreas de oportunidad que pueden ser cubiertas por esta investigación en torno a la forma de abordaje de la gestación por encargo. La búsqueda de la bibliografía relacionada con el tema se desarrolló con el objetivo de identificar la mayor diversidad de perspectivas y conceptos que se han manejado en torno a los implicados en él y las formas en las que se ha investigado el mencionado procedimiento para complementar o mostrar otras perspectivas de acercamiento, en este caso desde las experiencias personales y sociales de las mujeres gestantes en el contexto mexicano.

CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

El término método, en el ámbito de la investigación, hace referencia al “modo en el que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas” (Taylor y Bogdan, 1996:15); en este sentido, en el presente capítulo se describen las estrategias que se utilizaron para lograr dar respuesta a las preguntas de la investigación, en función de lo que se quiere conocer y los medios para lograr ese conocimiento.

El primer paso para encontrar estas respuestas fue ubicar a la población sujeto de estudio. Cuando inició este estudio, se pensó que el mejor camino sería buscar a las mujeres gestantes en los estados de Tabasco y Sinaloa, ya que, como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, la gestación por encargo está legalmente permitida en dichos estados, siendo estos los lugares potenciales en dónde parecería que con mayor facilidad se pudiera encontrar la población informante; sin embargo, se pudo identificar que las redes sociales en internet se han convertido en uno de los principales foros para la gestación por encargo y lograr reunir padres de intención con mujeres gestantes; por lo tanto, uno de los primeros hallazgos es que el lugar de residencia de las gestantes, no fue precisamente en las entidades antes mencionadas.

Así como los avances tecnológicos han alcanzado al proceso de procreación, de igual forma el acceso a internet ha facilitado las estrategias para ubicar los servicios en reproducción asistida, clínicas de fertilidad y asesorías virtuales en torno a la aplicación de TRHA y gestación por encargo; por lo que las redes sociales virtuales (Facebook, Twitter, Messenger) y páginas web (blogs) se han convertido en un punto de encuentro entre solicitantes y gestantes. En consecuencia, se decidió, para la realización de esta investigación, buscar a las informantes mediante las redes sociales.

A continuación, se explicará la idoneidad del abordaje del fenómeno social con un enfoque cualitativo, así como la exploración en internet como una herramienta para: 1. Acceder a una realidad social virtual en torno a la gestación por encargo y, 2. Ubicar a mujeres que proporcionen sus experiencias como gestantes para otros. Al hablar de métodos virtuales, se puede hablar de la netnografía como un nuevo enfoque para indagar sobre lo que sucede en las comunidades virtuales (Turpo, 2008:81); no obstante, la instrumentalización de esta no fue suficiente para la indagación en la presente investigación, pues si bien, fue el internet el espacio virtual de búsqueda y acercamiento a las gestantes, como más adelante se describirá, se retomó y se logró el ejercicio presencial del intercambio cara a cara con las gestantes.

3.1. Enfoque cualitativo

Es necesario recordar que los objetivos de este estudio hacen referencia a conocer y analizar las *percepciones* de las mujeres gestantes sobre las implicaciones de su participación en el proceso de gestación por encargo; por lo tanto, es pertinente recalcar que las percepciones surgen de los significados que las mujeres gestantes otorgan a todos los sucesos que rodean su participación, y que fue a partir de sus discursos y su lenguaje como se logró conocer dichos significados.

La forma en la que se buscó conocer, para posteriormente analizar y describir las percepciones que una persona tiene sobre sucesos y fenómenos sociales en los que está inmersa, se pudo

lograr profundizando en sus discursos; para conseguirlo, se buscó entablar una comunicación cercana con las mujeres que gestaron para otros, este acercamiento permite el estudio de:

... la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales como la entrevista, la experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (Rodríguez, Gil y García, 1996:32).

La elección del enfoque cualitativo responde al hecho de que su visión alude a que las investigaciones sociales tengan bases metodológicas sustentadas y que haya un espacio de reflexión teórica; además, abarcan el uso de diversas corrientes interpretativas y su uso ofrece una amplia gama de conceptos para el estudio de problemas sociales (Tarrés, 2008:40) que enriquecen el enfoque y el análisis a partir de éste.

Por la naturaleza del tema, sustentada en la intención de ahondar en las percepciones del sujeto, el enfoque cualitativo permitió indagar sobre la experiencia propia de las mujeres gestantes, conocer su percepción en cuanto a cambios en la dinámica familiar y social relacionada con la experiencia de haber gestado un hijo para otros; éste enfoque se guía por áreas o temas cuya significancia se otorga por ellas mismas y por el contexto en el que se desenvuelven.

Dado que la investigación social con enfoque cualitativo da acceso a una flexibilidad en el sentido de ir y venir del fenómeno a la revisión teórica, se pudo ir adaptando el sentido de la investigación de acuerdo con el contexto social y con el discurso de las informantes; por lo anterior, es preciso describir los contextos desde distintas perspectivas; en ese sentido, y al ser un fenómeno que se puede ver reflejado en foros de internet, éste se convierte en un espacio obligado para el análisis, dado que su revisión arrojará importantes elementos para la construcción del contexto y para llegar a la población objetivo.

La elección del enfoque cualitativo se relaciona también con las especificidades de las condiciones de localización de las informantes, ya que no existe una base de datos que sirva para elegir una muestra representativa, lo cual dificulta la elección de un instrumento cuantitativo; así mismo no hay muchas mujeres gestantes y es difícil localizarlas para lograr una muestra grande, aunque no sea representativa, en consecuencia, este estudio no pretende la generalización de los resultados, sino la especificidad de cada caso, característica propia de una investigación con dicho enfoque.

La técnica que permite mantener un diálogo y que a su vez ofrece elementos para identificar las experiencias y las percepciones que las mujeres tienen sobre su participación en la gestación por encargo y sus implicaciones, es la entrevista en profundidad. Esta técnica, facilitará la obtención de los elementos necesarios para realizar el análisis del fenómeno.

Por lo anteriormente expresado, la elección del procedimiento apropiado, según Martínez (2007), tiene que ver con un enfoque fenomenológico, el cual deberá reflejar la realidad vivida por cada sujeto, su mundo y su situación en la forma más auténtica; por lo tanto, la realización

de una entrevista en profundidad no estructurada logrará identificar la experiencia de las mujeres y su sentir en torno al contexto en el que llevaron a cabo la gestación.

Si bien el objetivo es tener un acercamiento cara a cara con las mujeres mediante las entrevistas, es pertinente, como parte del plan de acercamiento a la población, explorar las comunidades virtuales que ofrecen una posibilidad de acceso a la población objetivo; también se pueden observar diálogos en blogs y redes sociales que son el reflejo de una realidad social de la gestación por encargo, convirtiendo al internet en una herramienta para contextualizar el fenómeno, tomar decisiones, así como una de las posibilidades para acercarse a las mujeres gestantes.

El diálogo directo o virtual con las mujeres gestantes en el proceso de la recogida de los datos se puede lograr mediante la entrevista, que es la “forma para obtener los datos acerca de las experiencias a que es expuesto el sujeto”; esta información “puede ser interpretada a la luz de otros conocimientos” (Selltiz, Wrightsman, y Cook 1970: 268). Debido a la posibilidad de tener un acceso vía internet, la entrevista puede realizarse cara a cara o en comunicación virtual.

3.2. Exploración en internet como herramienta para contextualizar y observar la gestación por encargo

En internet se despliega una gran oferta sobre reproducción asistida, dirigida tanto a padres y madres de intención quienes pueden encontrar la posibilidad de acceder a cualquier tipo de TRHA (Olavarría, 2018:65) de acuerdo con su necesidad y presupuesto; esta oferta llega también a las mujeres gestantes de intención, quienes bajo una motivación, ya sea económica o por empatía, o cualquier otra, pueden enlazarse, ya sea con una agencia, o directamente con los solicitantes.

El número de usuarios de internet en el mundo creció un 9.1% y alcanzó los 4,388 millones en 2019, de acuerdo con cifras del informe Global Digital 2019 que presenta We Are Social y Hootsuite¹⁸. En 2018 el número de usuarios de internet en el mundo era de 4,021 millones, que representaba 53% de la población mundial; en 2019 la cifra se incrementó a 57%. México se encuentra en el lugar 34 a nivel mundial con una penetración de internet de 67%.

Aunado a las cifras que se tienen sobre la penetración del internet en México, en el Informe Global Digital 2019 se señala que Google es uno de los sitios web más visitados en el mundo; en segundo lugar se encuentra YouTube, mientras que Facebook ocupa el tercer lugar; lo anterior sirve como marco de referencia para retomar lo encontrado por Olavarría (2017) en su estudio sobre la figura de la gestante en México y la noción de trabajo reproductivo, ya que algunas de las mujeres gestantes entrevistadas manifestaron haberse enterado de la subrogación de vientre debido a un anuncio en internet, así como por “recomendación de un conocido o

¹⁸ We Are Social y Hootsuite es una agencia global que realizó el informe Global Digital 2019 con gráficos en más de 200 informes globales y locales, siendo uno de los estudios más completos y actualizados del mundo sobre los usuarios en internet, tendencias, conocimientos digitales. El análisis fue posible a socios de datos entre los que destacan: Global Web Index, Inteligencia de GSMA, Statista, Locowise, App Annie y SimilarWeb, entre otros. La información fue publicada en enero del 2019 y recuperada en febrero del mismo año en: <https://wearesocial.com/blog/2019/01/digital-2019-global-internet-use-accelerates>.

conocida, pariente o amiga que entraron en contacto con clínicas/agencias que las convocan” (Olavarría, 2017:4).

3.3. La técnica: entrevista en profundidad

La relevancia de conocer las implicaciones de la gestación por encargo desde la perspectiva de la mujer gestante hace idónea la utilización de la técnica de entrevista cualitativa en profundidad; entendida por Taylor y Bogdan (1996:103) como “encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”.

El proceso de la entrevista se inició procurando abordar temas cotidianos, para entablar un ambiente de confianza; algunos autores consideran adecuado formular preguntas en tres niveles de análisis: las descriptivas, las estructurales y las de contraste (Spradley, 1979, citado en Varguillas y Ribot, 2007). De esta manera, se buscó abordar a las entrevistadas con preguntas que tuvieron estos tres niveles de acercamiento, hasta que se logró obtener la información requerida.

La entrevista en profundidad tiene la ventaja de que puede adecuarse a los intereses del investigador, que deben ser muy claros y estar relativamente bien definidos; además, tiene la apertura necesaria para que surjan durante el proceso intereses distintos a los iniciales, y la flexibilidad natural de este enfoque permite ir adecuando los procesos de acuerdo con la información que los mismos sujetos van aportando; es decir, ir analizando conforme la entrevista va fluyendo.

En este sentido, se buscó que la entrevistadora se relacionara con las informantes en un nivel personal, pues la relación que se desarrolle entre la entrevistadora y las informantes, a medida que transcurre el tiempo de la entrevista, será la clave de una buena recolección de información (Taylor y Bogdan, 1987).

Partiendo de que la investigación cualitativa y sus técnicas son flexibles para el trabajo de campo, el diseño consecuentemente también fue flexible; es decir, se elaboraron grandes temas que se cubrieron con la entrevista y, a su vez, se elaboraron subtemas que contuvieron la especificación de la información que finalmente se pudo obtener.

3.3.1. Las ventajas y desventajas de la entrevista

Se decidió utilizar la entrevista en profundidad ya que, como lo señalan Selltiz, y sus colaboradores (1970) permite la obtención de una riqueza informativa en las palabras expresadas en la entrevista; así mismo, de acuerdo con Valles (1999:196):

- Proporciona al investigador la oportunidad de clarificación y seguimiento de preguntas y respuestas, en un marco de interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo que la entrevista estructurada o la encuesta.
- Sobresale la ventaja de generar en la fase inicial de cualquier estudio, puntos de vista, enfoques, hipótesis y otras orientaciones útiles.

- Se puede compartir durante el proceso de la investigación con otras técnicas cualitativas y esto representa una doble ventaja: la de ofrecer contraste cualitativo a los resultados obtenidos mediante procedimientos cuantitativos y la de facilitar la comprensión de los mismos datos cuya lectura requiere un análisis estadístico más o menos complejo (Valles 1999:196).

En cuanto a las desventajas de la realización de entrevistas, Selltiz y sus colaboradores (1970) consideran que no se puede hablar de una uniformidad de la información, pues las particularidades de las percepciones del entrevistado pueden diferir una de otra; otra desventaja es que no se puede garantizar al entrevistado el anonimato total, dado que está de frente con el entrevistador, expresando sus experiencias; esta desventaja podría derivar en que el informante no hable abiertamente sobre su sentir y sus expresiones; en cuanto a los resultados del análisis de la información obtenida mediante entrevistas, ésta no puede generalizarse, no es representativa de la población objeto de estudio.

En referencia a la desventaja de la desconfianza que puede producir el estar cara a cara con el entrevistado con el riesgo de desconfianza para expresarse, podría contrarrestarse con el establecimiento del rapport, que a continuación se describe:

Rapport es una palabra francesa que significa *relaciones*, que es utilizada por los investigadores para designar el proceso por el cual los sujetos establecen relaciones de afinidad, de complicidad, de confidencialidad con las personas con el fin de compartir sus conocimientos, sus secretos, sus percepciones (Schettini y Cortazzo, 2015:57)

Otra forma de disminuir esta desventaja es proporcionar a cada entrevistada un formato de confidencialidad, en el que exista un compromiso por escrito y con la firma del entrevistador y del entrevistado, en donde especifique que la información obtenida de la o las entrevistas realizadas, será con fines académicos y de investigación, así mismo, enfatizar en que la identidad de la entrevistada no será exhibida.

Tomando en cuenta las ventajas y las desventajas de la entrevista, finalmente se concluye que la entrevista en profundidad cumple con los requerimientos para llevar a cabo la recolección de la información en una investigación, cuya naturaleza es indagar sobre percepciones y perspectivas sobre el fenómeno en mención.

3.3.2. Guía de entrevista

La entrevista en profundidad, como técnica de investigación cualitativa, aportó los elementos para dar respuesta a las preguntas de investigación; si bien este se desarrolló como un diálogo con las entrevistadas, fue necesario establecer una guía de modo que todos los aspectos a tratar quedaran cubiertos en una sola entrevista, sin embargo, hubo comunicación vía redes sociales con todas las entrevistadas.

La siguiente guía de entrevista está elaborada en tres grandes apartados:

1. Los aspectos demográficos que fungen como introducción a la vida de la entrevistada y son de carácter general.

2. Descripción de sus experiencias desde el primer acercamiento a la gestación por encargo, hasta los momentos posteriores a la entrega del recién nacido.
3. Finalmente, una etapa de conclusiones en la que se dejará la libertad para que la mujer entrevistada pueda aportar lo que ella considere que no fue tratado en la entrevista o tenga necesidad de expresar.

De esta manera, la guía de entrevista está conformada por 18 dimensiones que se plantean como principales categorías:

Tabla 3. Dimensiones que integran la guía de entrevista

Dimensión	Descripción
1. Aspectos demográficos.	Información general sobre las gestantes: edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, escolaridad, estado civil, ingresos.
2. Aspectos personales y familiares.	Composición familiar (número de hijos, situación conyugal, en caso de existir).
3. Aspectos sociales.	Relación con su familia de origen, relación con amigos y vecinos e información compartida con ellos sobre su participación en la gestación por encargo.
4. Primer acercamiento a la GPE	Narración de su primer acercamiento a la gestación por encargo (cuando se enteró, cuando obtuvo la primer información al respecto).
5. Segundo acercamiento a la GPE.	Narración de su segundo acercamiento a la gestación por encargo (inicio del tratamiento, contacto con la agencia o con los solicitantes).
6. Motivos para participar en la GPE.	Refiere a las circunstancias familiares, sociales y económicas que sustentan la decisión de participar como gestante.
7. Solicitantes.	Aborda detalles de la relación o la inexistencia de ella con los solicitantes (padres de intención).
8. Regulación actual de la GPE.	Conocimiento y opinión de la gestante sobre la regulación de la gestación por encargo.
9. Especificaciones del contrato.	Conocimiento de la gestante sobre los puntos que se inscriben en el contrato de gestación por encargo y su participación en su elaboración.
10. Participación en el procedimiento.	Aborda todos los aspectos relacionados a la participación de la gestante en el procedimiento de la gestación por encargo.
11. Reacciones personales.	Percepción de la gestante sobre todas las implicaciones en su cuerpo previo, durante y

	posterior al procedimiento de gestación por encargo.
12. Gestación.	Síntomas y emociones percibidas durante la gestación.
13. Entorno familiar.	Percepción de aceptación o rechazo por parte de la familia de origen y actual, en torno a su decisión por participar como gestante para otros.
14. Entorno social.	Percepción de aceptación o rechazo por parte de amigos, vecinos, compañeros de trabajo y demás miembros del entorno social, en torno a su decisión por participar como gestante para otros.
15. Puerperio.	Síntomas y emociones percibidas durante el periodo de puerperio.
16. Entrega del recién nacido.	Sentimientos y emociones percibidos al momento de la entrega del recién nacido.
17. Proyecciones a futuro.	Narración sobre planes o metas relacionadas con un nuevo procedimiento de gestación por encargo.
18. Aspectos no contemplados en la entrevista.	Aspectos que la gestante quiera añadir en torno a su experiencia y que no hayan sido tocados por la entrevistadora.

Así mismo, cada dimensión contiene subcategorías, temas particulares, que dan la pauta para preguntas específicas que cubren cada uno de los temas que tendrán que ser cubiertos en la entrevista (Ver Anexo 1. Guía de entrevista semi estructurada).

3.3.3. Criterios de inclusión

Las mujeres gestantes participantes en el estudio cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Haber participado al menos una vez en un proceso de gestación por encargo en cualquiera de sus modalidades.

Los siguientes aspectos no influyen en que sea elegida para el estudio:

- Tener o no vínculo de parentesco consanguíneo con los solicitantes de la gestación.
- Que haya participado más de una vez en el procedimiento.
- Que el proceso de gestación haya sido remunerado o no.
- Que el proceso de gestación no haya llegado a término.

3.4. Consentimiento informado

Debido al requerimiento de la grabación del audio de la entrevista, fue necesario hacer partícipe a la mujer gestante de las intenciones de la entrevista y del objetivo de grabarla; por lo que, se solicitó su autorización por escrito mediante la firma de un consentimiento informado mediante el cual se le dio a conocer el título de la investigación, los objetivos de esta, las obligaciones de la investigadora de mantener la confidencialidad de su identidad así como la disposición de la

entrevistada para participar y el consentimiento para que la entrevista fuera audio grabada (Anexo 2 Consentimiento informado).

3.5. Plan de acercamiento a las entrevistadas

La planeación de la exploración en redes sociales en internet se inició por la búsqueda en la red de grupos de gestantes, en donde se encontraron algunas páginas dedicadas a la promoción de la gestación por encargo; al parecer son páginas creadas por las mismas gestantes para contactar a solicitantes y ofrecer sus servicios. Esta es la forma en la que el internet, principalmente la red social de Facebook se ha vuelto un foro tanto para candidatas a gestantes, como para personas solicitantes.

En la revisión de distintas páginas se pudo observar amplia participación de mujeres gestantes, ya sea manifestando su interés de participar en los procedimientos, o siendo contactadas por los solicitantes, así como por algunas clínicas de reproducción asistida para lograr un primer encuentro; la exploración en el ciberespacio reflejó una dinámica de oferta y demanda de los servicios de gestación por encargo, así mismo, se pudo observar que es uno de los puntos de enlace entre gestantes y solicitantes; debido a lo anterior y retomando las reflexiones de Casas, Gázquez, Forgas y Huertas (2013:90) que el ciberespacio retoma lo que se está desarrollando en la sociedad.

Por las consideraciones anteriores se realizó una revisión a las páginas de internet, foros y conversaciones en grupos de Facebook en las que las gestantes ofertan sus servicios y tratan de contactar con solicitantes o viceversa, en esta red social virtual se enviaron mensajes personales a aproximadamente doce gestantes, de las cuales únicamente se obtuvo respuesta de una de ellas, con la que se sostuvo una comunicación sobre los objetivos de la investigación y la intención de tener un entrevista cara a cara con ella.

De esta manera se tuvieron elementos para la organización del trabajo en campo, que concluyó finalmente con el acercamiento físico a las mujeres gestantes, población objetivo de esta investigación.

3.5.1 Trabajo de campo

Fue a través de las mismas mujeres gestantes localizadas en redes sociales virtuales como se pudo llegar a la información requerida, y el lugar en donde se llevaron a cabo las entrevistas fue en la Ciudad de México y Estado de México. La razón por la cual se decidió no acudir al Estado de Tabasco o al Estado de Sinaloa, como inicialmente se tenía planeado para lograr el acercamiento a la población, fue que en esta entidad se aprobó una reforma al Código en 2016, en la cual se eliminó la posibilidad de que extranjeros, parejas del mismo sexo y personas solteras accedieran al procedimiento de gestación por encargo, así como la existencia de agencias que servían como intermediarias entre las partes; a raíz de esto muchas de las agencias que se encargaban de estos procedimientos desaparecieron; esto se corroboró en una exploración en línea, así como en acercamientos a investigadores e instituciones que realizaron entrevistas en este estado, antes del 2016.

La elección de la Ciudad de México como lugar para abordar a las entrevistadas, surge de una primera exploración en el ciberespacio, en donde se pudo contactar a potenciales entrevistadas;

con el afán de tener una segunda propuesta para la búsqueda de mujeres gestantes, se planea utilizar la técnica de *bola de nieve*, que se basa en la idea de la red social y consiste en ir llegando a los sujetos en el campo, partiendo de contactos facilitados por otros sujetos (Salamanca y Martín-Crespo, 2007), proceso que podría facilitarse por medio de las mismas mujeres.

3.5.2. Proceso de abordaje a las mujeres gestantes por encargo

Como se mencionó en apartados anteriores, tras la búsqueda sin éxito de intermediarios para contactar a mujeres gestantes, se decidió utilizar a las redes sociales en internet para localizar a las posibles participantes para esta investigación. La búsqueda se dio de la siguiente manera: se realizó una exploración en Facebook, y tras la revisión de varias páginas en esta red social, se pudo conocer la identidad virtual de algunas mujeres que ofrecen sus servicios como gestantes para otros.

El contacto con gestantes para otros se obtuvo mediante la revisión de comentarios en una publicación de la página de Facebook llamada “Vientres de Alquiler”, la cual tiene la finalidad de contactar gestantes con solicitantes; se enviaron mensajes en privado, explicando los propósitos de la investigación a varias mujeres que, en dicha red, habían mostrado su interés de alquilar su vientre argumentando tener la experiencia de haber participado en el procedimiento. Luego de algunos meses se tuvo la respuesta de una de ellas que se descartó como posible entrevistada, ya que nunca había participado en el procedimiento; se encontraba en la etapa de exámenes de salud y psicológicos para poder entrar a una primera etapa como candidata a una transferencia embrionaria, lo cual se proyectaba a futuro.

Posteriormente se recibió la respuesta a la solicitud de mensajes de una mujer que ya había participado en dos ocasiones como gestante para otros, y que, a su vez, había hecho labor de reclutamiento de algunas mujeres, poniéndolas en contacto con la clínica en la que ella participó. Se mantuvo comunicación con ella por la red social Messenger hasta ganar su confianza, con pláticas en donde se le explicó sobre la investigación y su finalidad, Ella fue el primer enlace para estar en contacto con otras mujeres gestantes que participaron en esta investigación.

Las ubicaciones de las entrevistadas fueron: la Ciudad de México, incluyendo zonas del Estado de México, y la ciudad de Pachuca, por lo que fue necesario acudir al área metropolitana de la Ciudad de México, para realizar las entrevistas; el encuentro con la gestante radicada en Pachuca se tuvo que dar en forma virtual, pues a pesar de haber concretado la cita para visitarla en dicha ciudad, tuvo un inconveniente personal, que, sin embargo, no afectó su intención de proporcionar información.

Las estrategias para conseguir que las gestantes accedieran a describir sus percepciones sobre las experiencias de gestar para otros, fueron las siguientes:

- Ofrecer una compensación económica por el tiempo proporcionado a la entrevista.
- Que el lugar de encuentro para realizar la entrevista fuera propuesto por la entrevistada.
- Ofrecer anonimato de sus datos personales¹⁹.

¹⁹ Aunado a ello, al momento de la entrevista se les otorgó, para su revisión y firma, un consentimiento informado en el que se expone el compromiso de anonimato y del uso meramente académico de la información proporcionada (Anexo 2).

- Resaltar la importancia de conocer las experiencias de la gestación por encargo, desde su propia perspectiva.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este capítulo integra, en principio, las características de cada una de las entrevistadas, así como la descripción de su participación como gestantes; posteriormente se muestra el análisis de los discursos de las mujeres gestantes entrevistadas; en primer lugar, se abordaron los motivos, y a partir de lo expresado, se planteó el cuestionamiento sobre ubicar a la gestación por encargo como un empleo; posteriormente, se describe en qué momento de su vida familiar y personal se encontraba la mujer cuando decidió buscar información para convertirse en gestante para otros.

En el tema de los motivos, se consideró pertinente abordar el tema de las expectativas de su participación, pues se relaciona con lo que ellas querían lograr al término del procedimiento. Todo esto muestra un contexto previo a su participación.

Posteriormente se muestra lo que las mujeres compartieron sobre los efectos en su cuerpo desde los exámenes previos a la aplicación de la FIV, que fue la técnica que utilizaron la totalidad de las entrevistadas (a excepción de una, que además de la FIV participó en un procedimiento con inseminación artificial, sin éxito); así mismo, se exploró sobre los efectos en su cuerpo por la aplicación de la TRHA, el desarrollo de la gestación, el parto y el puerperio, con la finalidad de contextualizar las implicaciones físicas de su participación como gestantes para otros.

También se hace una descripción y análisis de los sentimientos y emociones que experimentaron las mujeres al participar en este procedimiento, tomando en cuenta las emociones en la gestación, al momento de la entrega del o de los recién nacidos, y su sentir posterior a su participación; esto con la finalidad de explorar si hubo alguna implicación ya sea favorable o desfavorable en sus emociones.

A continuación, se muestran las implicaciones en el entorno familiar, es decir, todas aquellas reacciones que su familia, tanto de origen, como la de procreación, mostraron debido a su decisión de gestar para otros, así como la existencia de inconformidad, reclamos o enojos, y la aprobación y apoyo hacia la gestante; esto muestra una parte del contexto social- familiar de la gestante.

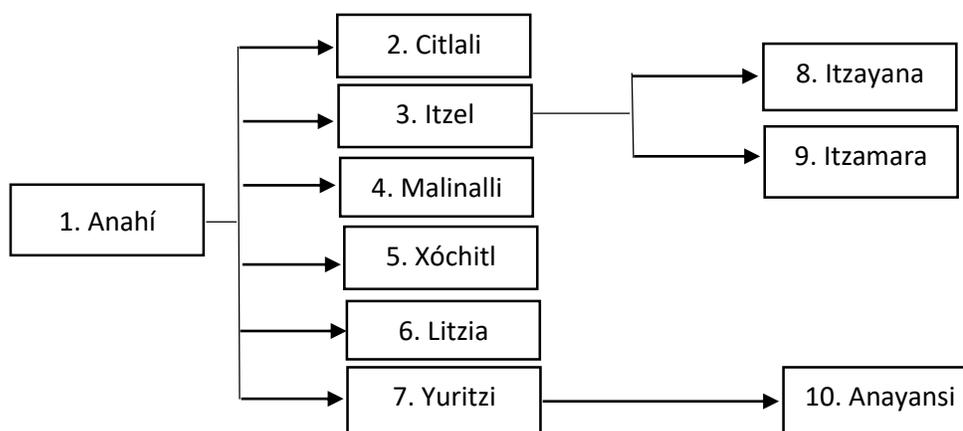
Por último, se muestra qué percibieron las gestantes en torno a las reacciones que tuvieron otros miembros de la comunidad en la que habitan y personas que forman parte de su círculo social, que pueden ser vecinos o amigos, retomando las reacciones sobre su participación, lo cual forma parte del contexto social de la gestación por encargo, desde la percepción de las gestantes, para así conformar las implicaciones sociales.

Si bien, los aspectos anteriores están considerados en el plan de análisis, con las categorías y subcategorías previamente establecidas, no se pueden dejar de lado otros hallazgos, que, durante las entrevistas, las gestantes pudieron compartir y que se muestra en una parte final de este apartado.

La primera entrevista se realizó a la *gestante contacto* Anahí, quien, citó a la investigadora en casa de su prima, que a su vez también fue gestante para otros, y en donde se pudo iniciar el procedimiento de la obtención de la información con la realización de dos entrevistas. El acuerdo con la *gestante contacto* fue obtener datos sobre otras gestantes, por lo que, ella, a su vez, realizó una búsqueda por medio de las redes sociales de otras gestantes, de esta manera, ella proporcionó los contactos por medio de Facebook para convocarlas a colaboración para la realización de entrevistas. Finalmente, la gestante contacto proporcionó datos de un total de ocho mujeres, logrando contactar y recibir respuesta de seis de ellas, para posteriormente concretar la entrevista con cada una. Así mismo, una de las mujeres facilitó la vinculación con otras dos gestantes, y otra de ellas, proporcionó información de una más, para finalizar con un total de 10 mujeres gestantes entrevistadas (véase la figura 1).

Con la finalidad de salvaguardar la identidad de las mujeres, en el contenido de la entrevista no se solicitó información de sus nombres, ni nombres de familiares, ni domicilio de sus viviendas; así mismo, se le asignó a cada una de ellas un nombre ficticio.

Figura 1. Contacto con las gestantes



Respecto al desarrollo de las diez entrevistas, en todos los casos los primeros contactos fueron mediante redes sociales (Facebook), posteriormente, los acuerdos del lugar y la hora se hicieron mediante Messenger o WhatsApp, y en 9 de ellos se concretó la cita para la realización de la entrevista cara a cara. Una de ellas tuvo que realizarse en forma virtual, vídeo llamada y WhatsApp, ya que por motivos personales de la gestante tuvo que acudir a un hospital a cuidar a un familiar. Tres de las 10 entrevistas se llevaron a cabo en sus viviendas, dos en parques públicos, dos en plazas comerciales, una en el negocio propio de la gestante y una en un negocio de helados. (Véase la Tabla 4).

Tabla 4. Generalidades de las entrevistas

Entrevistada	Lugar	Modalidad
1. Anahí	Casa de una prima (También gestante)	Personal
2. Citlali	Casa propia	Personal
3. Itzel	Plaza comercial en Ecatepec	Personal
4. Malinalli	Parque deportivo en Pantitlán	Personal
5. Xóchitl	Heladería en Iztapalapa	Personal
6. Litzia*	WhatsApp	Virtual
7. Itzayana	Casa propia	Personal
8. Yuritzi	Parque en Mixcoac	Personal
9. Itzamara	Negocio propio	Personal
10. Anayansi	Plaza comercial en Cuatro Caminos	Personal

* Esta entrevista se realizó en varias sesiones mediante WhatsApp, (llamada, videollamada, envío de audios y mensajes).

A pesar de que la mayoría de las entrevistas se desarrollaron en espacios públicos, se pudieron obtener grabaciones nítidas y claras. En la mayoría de ellas se pudo lograr un ambiente de confianza (necesario para propiciar una plática amena y fluida), a excepción del caso de Itzayana, quién por una experiencia negativa²⁰ relacionada con el procedimiento de ser gestante, expresó temor al proporcionar información y, en ocasiones, sus respuestas las expresaba en voz baja, sin que esto haya representado un problema para captar la totalidad de su narración.

Es pertinente señalar que la información recabada de cada una de las mujeres no fue únicamente mediante la entrevista, pues antes del acercamiento cara a cara, en todos los casos hubo pláticas

²⁰ Experiencia que se pudo captar mediante apunte de notas anterior a la grabación de la entrevista.

previas y posteriores, principalmente mediante redes sociales como Facebook (Messenger) y WhatsApp, así como llamadas telefónicas. De igual manera, en cada una de las entrevistas se pudo detectar información que fue recabada en notas escritas y contienen anécdotas que no fueron grabadas y que se consideran importantes para la contextualización de la información de algunas entrevistadas. En todos los casos se dejó abierta la vía de comunicación para aclaraciones, dudas, o posibles segundas entrevistas en caso de ser necesario.

4.1 Características de las entrevistadas

Todas las mujeres entrevistadas han tenido al menos un hijo propio, dado que es uno de los requisitos de las clínicas para iniciar el procedimiento; las edades de las gestantes están entre los 28 y 39 años. Cabe mencionar que, aunque la mayoría de los partos se realizaron en la Ciudad de México, algunas gestantes se trasladaron a Tabasco o a Sinaloa²¹ para realizar diversos trámites, como la firma del contrato de subrogación, el registro civil del recién nacido; así como para dar a luz y realizar la entrega del o los recién nacidos a sus padres. Los traslados a dichos estados de la República se debieron principalmente a la falta de regulación sobre el tema en la Ciudad de México y en el Estado de México, por lo que, las clínicas referidas por las entrevistadas utilizan algunos de los requerimientos establecidos en la regulación de Tabasco y Sinaloa.

Ocho de las diez mujeres gestantes entrevistadas se encuentran unidas con una pareja, ya sea en unión libre o matrimonio; únicamente dos de las 10 mujeres son solteras. En cuanto a su actividad laboral actual, 9 de las 10 mujeres gestantes están desempeñando un trabajo remunerado. La gestante restante se encuentra en el periodo de puerperio, luego de haber participado recientemente en un procedimiento de gestación para otros.

Con relación a la actividad laboral actual, es pertinente destacar que tres de las entrevistadas se han profesionalizado en los procedimientos y gestiones relacionadas con la gestación por encargo, dando como resultado que, además de haber sido gestantes, son reclutadoras de otras mujeres para posteriormente fungir como orientadoras en dicho proceso, proporcionando información para que otras mujeres puedan ser gestantes. De acuerdo con la información proporcionada, se dedican a explicar los contenidos de los contratos de subrogación, realizan visitas domiciliarias a las gestantes, contactan con clínicas y con los solicitantes, entre otras actividades; esto les permite obtener ingresos económicos.

Cuatro de las entrevistadas están al frente de un negocio propio, el cual fue producto del recurso económico que obtuvieron por su participación como gestantes, modificando su dinámica familiar, personal y laboral; el objetivo del dinero obtenido de la gestación estaba planeado para proyectos particulares, que, por un lado, les permitiera tener un medio de sustento económico a sus familias, y por otro, poder seguir ejerciendo labores de cuidado a sus hijos. Las características generales de cada una de las entrevistadas se concentra en la Tabla 5:

²¹ Estados en los que existe regulación sobre el tema y en donde está permitido el procedimiento de gestación por encargo.

Tabla 5. Características de las gestantes

Mujeres Gestantes	Edad	Origen	Edo. civil	Religión	Escolaridad	Ocupación	Hijos propios
1. Anahí	36	Edo. Mex.	Unión Libre	Cristiana	Preparatoria	Reclutadora Gestora ante el Registro Civil	3
2. Citlali	35	CDMX	Unión Libre	Católica	Licenciatura Gastronomía	Encargada de negocio propio	2
3. Itzel	26	Edo. Méx.	Soltera	Católica	Licenciatura en Enfermería	Enfermera en hospital	1
4. Malinalli	38	Edo. Mex.	Soltera	Católica	Secundaria	Empleada en negocio de comida	3
5. Xóchitl	39	CDMX	Casada	Cristiana	Bachillerato	Reclutadora de MG	5
6. Litzia	30	CDMX	Casada	Creyente	Bachillerato	Encargada de negocio propio	2
7. Itzayana	34	Tabasco	Casada	Católica	Bachillerato	Encargada de negocio propio	2
8. Yuritzi	28	CDMX	Casada	Ninguna	Carrera técnica en Admón. de empresas	Ama de casa	2
9. Itzamara	32	Edo. Mex.	Casada	Católica	Fotógrafa	Encargada de negocio propio	2
10. Anayansi	28	CDMX	Casada	Creyente	Estudia enfermería	Reclutadora, orientadora de gestantes	2

Como se muestra en la anterior tabla 5, cada una de las gestantes tiene experiencias particulares en torno a su participación; ocho de ellas tuvieron al menos un procedimiento de gestación que llegó a término y a la entrega del o de los recién nacidos; y, dos de las entrevistadas tuvieron gestaciones que llegaron a cuatro y cinco meses de gestación, respectivamente; es decir, sin llegar al término de la gestación.

Todas las mujeres entrevistadas tuvieron tratamientos médicos previos, consistentes en el suministro de hormonas y otros medicamentos que logran el engrosamiento del útero, con la finalidad de preparar sus cuerpos físicamente para la implantación del embrión e iniciar la gestación.

A continuación, se presenta cada uno de los casos con sus particularidades, con la finalidad de describir a cada uno de ellos para contextualizar el entorno y condiciones de su participación como gestantes. La mayoría de las entrevistadas son originarias de la Ciudad de México o del Estado de México; sólo una de ellas es originaria de Tabasco. Con relación a la escolaridad de las gestantes, seis de ellas terminaron su educación media superior, dos de ellas son profesionistas, una concluyó la secundaria y una tiene una carrera técnica y actualmente estudia una carrera profesional.

a) Anahí

Mujer de 36 años, en unión libre y madre de 3 hijos consanguíneos. Recibió tres transferencias embrionarias, una de ellas por encargo de una pareja heterosexual mexicana, la cual no tuvo éxito. Posteriormente recibió dos TE más, por encargo de una pareja homosexual de extranjeros; una de ellas sin éxito y la última dio como resultado la entrega de gemelos no idénticos. Actualmente sigue en contacto con clínicas de reproducción asistida en donde realiza el enlace de mujeres que buscan ser gestantes y personas que quieren convertirse en padres; además, realiza gestiones extraoficiales ante el Registro Civil para facilitar trámites de correcciones y expedición de actas de nacimiento, gracias a ello ha colaborado con algunas clínicas para el registro de algunos recién nacidos bajo el procedimiento de gestación por encargo.

b) Citlali

Mujer de 35 años, profesionista, casada y con dos hijos propios. Participó como gestante para una pareja heterosexual mexicana. Ella mostró interés de querer compartir su experiencia negativa sobre la gestación por encargo; ella narra que debido a una negligencia médica su gestación tuvo afectaciones que dieron como resultado la pérdida del producto y complicaciones en su salud que pusieron en riesgo su vida. Ella ya no está interesada en volver a participar en el procedimiento; sin embargo, argumenta que no todas las experiencias son similares a la de ella, por lo que, no duda en recomendarlo como una opción para las mujeres que desean apoyar a quienes no tienen hijos a cambio obtener un beneficio económico que ayude a sus proyectos personales y familiares. Actualmente ella está a cargo de un negocio familiar (tienda de abarrotes), en el cual invirtió el dinero que recibió por haber participado en el proceso de gestación por encargo, aunque no llegó a término.

c) Itzel

Mujer de 26 años, soltera, licenciada en enfermería y con una hija propia. Ha participado en dos ocasiones con éxito; la primera para una pareja homosexual procedente de China; la segunda para una pareja heterosexual de Guadalajara. Actualmente se encuentra ejerciendo su profesión de enfermera en un hospital privado y tiene intenciones de volver a participar por tercera ocasión como gestante para otros.

d) Malinalli

Mujer de 38 años, con secundaria terminada, divorciada y con 3 hijos propios. Participó en una ocasión como gestante para una pareja heterosexual mexicana; fue receptora de dos transferencias embrionarias, una fallida y la segunda dio como resultado la formación de gemelos; sin embargo, debido a algunas complicaciones su gestación duró 20 semanas, por lo que el embarazo no llegó a término. Actualmente es empleada en un negocio de comida. Le gustaría volver a participar, pero ya no cumple con el requisito de la edad²² para ser candidata.

e) Xóchitl

Mujer de 39 años, casada, madre de 5 hijos propios, con bachillerato terminado. Participó en una ocasión como gestante para un hombre soltero heterosexual con óvulo donado; la primera transferencia embrionaria dio como resultado una gestación que llegó a término con la entrega de una recién nacida; posteriormente fue receptora de tres transferencias embrionarias que no tuvieron éxito. Actualmente se encuentra desarrollando labores de reclutamiento de gestantes en colaboración con una clínica de reproducción humana asistida.

f) Litzia:

Mujer de 30 años, casada, madre de dos niños, con bachillerato terminado; actualmente es encargada de un negocio establecido de ropa. Ella gestó para una pareja homosexual luego de 3 transferencias embrionarias, las primeras dos sin éxito. Ella manifiesta no volver a participar en el procedimiento, puesto que lo compara con una donación de un órgano, y teme que haya repercusiones que afecten su salud.

g) Itzayana

Mujer de 34 años, originaria de Tabasco, casada, madre de dos hijos y con bachillerato terminado. Actualmente tiene un negocio propio de comida. Ella participó como gestante para una pareja heterosexual de extranjeros a quienes les entregó gemelos. Actualmente ella muestra su interés por volver a participar, únicamente si pudiera cambiar de domicilio durante la gestación, ya que su participación le ocasionó problemas con algunos vecinos.

h) Yuritzi

Mujer de 28 años, casada, con una carrera técnica terminada y madre de dos hijos propios. Intentó ser gestante para otros desde 2015, fue receptora de 8 transferencia embrionarias sin éxito; una de sus participaciones fue con su propio material genético mediante la técnica de inseminación artificial sin éxito. Finalmente, en la novena transferencia embrionaria logró gestar para una pareja de homosexuales mexicanos por medio de una FIV. Al momento de la entrevista se encontraba en el periodo de puerperio y recuperación de una cesárea.

i) Itzamara

Mujer de 32 años, casada, madre de dos hijos; cuenta con bachillerato terminado y actualmente es encargada junto con su esposo de un negocio propio de fotografía. Luego de dos transferencias embrionarias, en el tercer intento se logró la gestación para una mujer soltera extranjera. Asegura estar en disposición de volver a participar dado que fue una experiencia satisfactoria que quisiera repetir.

²² Requisito establecido por algunas clínicas en Ciudad de México dedicadas a la reproducción asistida y que ha sido retomado de la regulación en los estados de Tabasco y Sinaloa.

j) Anayansi

Mujer de 28 años, casada, madre de dos hijos. Ella participó como gestante concluyendo el proceso en 2018 para una pareja de homosexuales mexicanos; al momento de la entrevista se encontraba en la semana 25 de gestación para otra pareja de homosexuales mexicanos. Se dedica a contactar personas solicitantes y mujeres gestantes con clínicas de reproducción asistida, presta sus servicios en distintas clínicas en las que se dedica a reclutar, contactar, orientar, llevar el control de citas y seguimiento de las gestantes. Tiene bachillerato terminado, y actualmente se encuentra estudiando la carrera de enfermería.

A continuación, se muestra la información de cada una de las gestantes en donde se presenta el número de veces que ha participado como gestante para otros, qué tipo de TRHA utilizó, el número de transferencias embrionarias que recibió, el número de veces que fue inseminada artificialmente. De acuerdo con las características de las gestantes entrevistadas, se pudo identificar que hubo quienes llevaron a término la gestación por encargo, sin embargo, también se encontraron gestantes que antes de lograrlo vivieron gestaciones que no llegaron a término; así como quienes únicamente participaron en una ocasión luego de una gestación que no llegó a término. Se muestra también la información de quienes sí lograron llevar una o dos gestaciones a término y los recién nacidos que entregaron a los solicitantes (Véase Tabla 6).

Tabla 6. Particularidades de los procedimientos de gestación para otros de las entrevistadas

MG	PART	TRHA	TE	IA	GI	GC	RN E	Solicitantes
1. Anahí	2	FIV	3	0	1	1	2	1 Pareja homosexuales extranjeros 2 Pareja heterosexuales mexicanos
2. Citlali	1	FIV	2	0	1	0	0	Pareja heterosexuales mexicanos
3. Itzel	2	FIV	4	0	0	2	2	1 Pareja homosexuales extranjeros 2 Pareja heterosexuales mexicanos
4. Malinalli	1	FIV	2	0	1	0	0	Pareja heterosexuales mexicanos
5. Xóchitl	1	FIV	2	0	0	1	1	Hombre soltero heterosexual mexicano
6. Litzia	1	FIV	3	0	0	1	1	Pareja homosexuales extranjeros
7. Itzayana	1	FIV	2	0	0	1	2	Pareja heterosexual extranjeros
8. Yuritzi	1	IA FIV	9	1	0	1	1	Pareja homosexuales mexicana
9. Itzamara	1	FIV	3	0	0	1	1	Mujer soltera heterosexual mexicana
10. Anayansi	2	FIV	3	0	0	1	1*	1 Pareja homosexuales extranjeros 2 Pareja homosexuales extranjeros

*Hasta el momento de la entrevista la gestante había hecho entrega de un recién nacido y se encontraba gestando por segunda ocasión.

MG: Mujer Gestante.

PART: Número de veces que ha participado como gestante.

TRHA: Técnica de reproducción humana asistida para lograr la gestación.

TE: Número de veces que la gestante recibió una transferencia embrionaria.

IA: Número de veces que la gestantes fue inseminada artificialmente

GI: Gestaciones por encargo interrumpidas.

GC: Gestaciones por encargo concluidas.

RNE: Número de recién nacidos entregados a los solicitantes.

Solicitantes: Características generales de los solicitantes.

Es pertinente señalar que el número de transferencias no se relaciona con el número de embriones transferidos; a decir de las propias gestantes, no se pueden implantar más de dos por transferencia; no obstante, Itzamara señala que, ante la imposibilidad de la implantación de los embriones en su útero, luego de dos intentos de TE, en el tercer procedimiento se implantaron 3 embriones, de los cuales sólo uno de ellos permaneció en el útero.

En el caso de Anahí, quién participó en dos ocasiones, como aclaración a los datos presentados en la tabla 6, hizo entrega de dos recién nacidos a una pareja de homosexuales extranjeros. En su segunda participación, gestó para una pareja heterosexual mexicana; aunque la gestación no llegó a término. En el caso de Itzel, la entrega de dos recién nacidos, corresponden a una pareja homosexual de extranjeros y a una pareja heterosexual de mexicanos.

Yuritz es la única gestante que utilizó inseminación artificial para lograr la gestación; sin embargo, ésta no llegó a término; la causa fue que los solicitantes no aportaron la cantidad económica requerida para suministrarle los medicamentos que necesitaba para que se generaran las condiciones adecuadas en su cuerpo para retener al embrión, por lo que al mes de la IA se presentó un aborto espontáneo.

4.2 Plan de análisis de la información

El análisis de la información se estructuró a partir de los objetivos de la investigación y las experiencias encontradas en los discursos de las gestantes; la organización de la información se realizó mediante codificación de cada una de las categorías y subcategorías para su análisis, con el objetivo de recopilar, organizar y analizar los datos.

Los objetivos específicos de esta investigación dieron la pauta para la elaboración de cinco dimensiones generales para iniciar el análisis de las narraciones de las mujeres gestantes entrevistadas, y son los siguientes: motivos, implicaciones físicas, implicaciones emocionales, cambios en el entorno familiar y cambios en el entorno social. Cada una de las dimensiones generales implica diversas dimensiones específicas las cuales se describen en la tabla 7.

Tabla 7. Dimensiones generales y específicas

Dimensiones generales	Dimensiones específicas
1 Motivos	- Origen de la intención para participar.

	<ul style="list-style-type: none"> - Circunstancias al momento de tomar la decisión de participar. - Expectativas de su participación.
2 Implicaciones físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos corporales de los exámenes médicos previos. - Efectos corporales del tratamiento previo a la Transferencia Embrionaria o Inseminación Artificial. - Síntomas de la gestación. - Síntomas y efectos del puerperio.
3 Implicaciones emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de emociones durante la gestación. - Percepción de emociones en la entrega del o los recién nacidos. - Percepción de emociones en el momento actual.
4 Percepción de cambios en el entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Reacciones de la familia de origen. - Reacciones de la familia actual. - Cambios en la dinámica familiar. - Percepción sobre las reacciones en su entorno familiar.
5 Percepción de cambios en el entorno social	<ul style="list-style-type: none"> - Reacciones de amigos por su participación como gestante. - Reacciones de sus vecinos. - Percepción sobre las reacciones en su entorno social y estrategias de afrontamiento.

La selección de las narrativas que dieron respuesta a las preguntas de investigación y la codificación de acuerdo con las dimensiones generales y específicas planteadas en la Tabla 7, se realizaron en forma artesanal, con la división del texto de las transcripciones y en donde se seleccionaron los discursos de acuerdo con las palabras que concordaban con las utilizadas en la estructura de las dimensiones.

4.3 Motivos

Como ya se mencionó en capítulos anteriores, el objetivo de esta investigación fue analizar las implicaciones de la gestación por encargo desde la perspectiva de la mujer gestante; en este sentido, y con el propósito de contextualizar dicha participación, a continuación, se presenta la descripción de los motivos que tuvieron las mujeres para convertirse en gestantes para otros, considerando las circunstancias específicas en las que se encontraban al momento de tomar la decisión.

Para cumplir con lo anterior, el análisis de los motivos de las mujeres entrevistadas se centró en tres aspectos: 1. El origen de la intención; es decir, se identificó el primer acercamiento de la gestante con la gestación por encargo y cómo surgió la idea de participar. 2. Las circunstancias

al momento de decidir; en este sentido, se buscó describir el escenario de las mujeres, para identificar las causas de su participación, y, finalmente 3. Las expectativas de su participación antes de iniciar el procedimiento.

4.3.1 Motivos para ser gestante

En México, las modalidades de la gestación por encargo, en cuanto al aspecto monetario pueden ser altruista o remunerada. En el caso de la muestra de esta investigación, la totalidad de las mujeres entrevistadas participaron a cambio de una remuneración económica. Cabe recordar que, de las 10 participantes, 8 tuvieron gestaciones que llegaron a término; en estos casos recibieron cantidades que varían entre 180 mil y 230 mil pesos mexicanos; quienes no concluyeron la gestación, también recibieron remuneración, aunque no completa.

En todos los casos, incluyendo aquellos en los que las gestaciones no llegaron a término, los acuerdos establecidos al inicio incluían la entrega de una remuneración. De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, la forma de entregar la cantidad fijada se reparte en el tiempo que dura su participación, a partir de la transferencia embrionaria, para los casos de FIV, hasta la entrega del recién nacido; esto lo explica Anahí de la siguiente manera:

Te van dando, de hecho, cuando tu empiezas ya te empiezan a pagar los intentos, quedas o no quedas [embarazada] tú te ganas 3 mil 500 pesos, cada intento te lo pagan en 3 mil 500, cuando tú ya quedas, entonces ya te van a dar, por ejemplo, yo que quedé al segundo intento, me dieron 3 mil 500 para el segundo me dieron otros 3 mil 500, ya ahí iban 7 mil pesos; cuando quedas embarazada y a la semana 8 escuchas el latido del corazón del bebé, me depositaron 13 mil pesos más para completar 20 mil. A partir de ahí, cada mes te dan 10 mil pesos y al final ya te dan el restante de los 180 mil pesos que pagan, a mí me dieron 200 mil porque fueron dos (Anahí).

Para el resto de las entrevistadas fue similar la entrega de la remuneración, con algunas variaciones menores; las mujeres cuyas gestaciones no llegaron a término fueron Citlali (4 meses de gestación) y Malinalli (5 meses), ellas recibieron, además de los pagos iniciales de las TE respectivamente, los pagos mensuales de 10 mil pesos.

Retomando el tema de los motivos para participar, al cuestionar a las mujeres sobre ello, algunas contestaron lo siguiente: “*por el dinero*” (Anahí), “*El dinero, la necesidad, yo tenía en mente un terreno para mis hijos, para tener más estabilidad*” (Malinalli), “*lo hice por la remuneración y la flexibilidad que me daba para poder cuidar a mi hijo*” (Litzia), “*la economía*” (Anayansi).

De acuerdo con lo anterior, podría argumentarse que la única motivación de las gestantes es la remuneración económica; sin embargo, se encontraron algunos otros casos cuya motivación fue distinta. Por ejemplo, Itzamara disfrutaba estar embarazada, y en sus primeras búsquedas de convertirse en gestante estaba segura de que el procedimiento era exclusivamente altruista y aun así siguió investigando para participar:

...lo hice en primer lugar por gusto, mucha ansia por estar embarazada quería estar embarazada, y cuando me enteré de que pagaban, dije “de aquí soy”; yo me había enterado de que esto era altruista, lo que yo estuve investigando por Internet, era altruista [...] pero,

digo, al final creo que no hay un pago, digo, no hay forma de que te paguen dar una vida, no [...] te podrán pagar mucho, pero si no está en ti hacerlo, no lo haces (Itzamara).

Además, en el relato de Itzamara se pudieron identificar argumentos sobre una especie de vocación por gestar para otros; ella puso en segundo plano la remuneración económica, y señaló que dar vida no tiene un precio, por lo tanto, no hay pago que lo cubra. En cuanto al disfrute del embarazo, lo mismo sucedió con Xóchitl, quien tiene 5 hijos propios y ha gestado para otros en una ocasión y, además, señaló que buscará volver a hacerlo:

A mí me gustan mucho los embarazos, yo los disfruto mucho, incluso pensar en el trabajo de parto, pensar en todo lo que hace mi cuerpo, todo lo que tiene que pasar; a mí no me deja de sorprender que un bebé pueda crecer dentro de mí, entonces yo lo disfruto mucho (Xóchitl).

En el caso de Yuritzí, su principal motivación fue colaborar a un deseo genuino de tener hijos: *“Darle la oportunidad a las personas que quieren tener un bebé y no pueden gestarlo y que de verdad sean personas que les den amor incondicional, que no sea nada mas de que quiero un hijo, para mí es eso”* (Yuritzí). Itzel señala que su principal motivación fue *“querer ayudar”*, aunque también deja entrever su beneplácito por la remuneración:

El querer ayudar, me gusta mucho ayudar, yo me siento feliz con mi gorda (su hija), esté con alguien o no esté con alguien, yo me siento feliz, [...] entonces yo dije *“¿Por qué no ayudar?”* o sea, tanto ellos me ayudan como yo les ayudo, es mitad y mitad (Itzel).

Con relación a las motivaciones para ser gestante, Ortega (2016) en un estudio realizado en México, señala que si bien, las mujeres deciden entrar al proceso por cuestiones económicas, ocultan su intención de buscar remuneración, debido a que es una práctica poco aceptada por la sociedad; en los discursos de las mujeres entrevistadas para esta investigación, surgieron dos tipos de motivos: la recepción de un pago y la intención de ayudar a una familia a cumplir su deseo de tener hijos.

En los casos de las entrevistadas que dicen no dar prioridad a una remuneración, argumentan el placer de estar embarazadas y la importancia de tener hijos; por lo que, además de cubrir una necesidad económica, que sí mencionan, se cubre también una idea social de seguir perpetuando a la presencia de hijos para lograr una familia completa, según lo expresa Malinalli:

... sí es muy padre, bueno, como yo ya tengo mis 3 hijos, sí es bonito tener hijos, y para quienes no pueden, al tener hijos logran tener una familia completa, a veces no pueden porque son homosexuales, pero, por ejemplo, cuando es una pareja normal, a veces no pueden tampoco, y esto es darles la oportunidad de tener una familia como debe ser (Malinalli).

De acuerdo con lo anterior, no es únicamente la familia nuclear la que se sigue perpetuando, puesto que estas mujeres gestaron para parejas heterosexuales, homosexuales y personas solteras (véase Tabla 6); por lo tanto, está presente en el discurso de las mujeres la importancia de la descendencia biológica y valor que esto le da a la familia.

Los discursos de las gestantes sobre la intención de tener otro embarazo, pero no tener más hijos propios y recibir una remuneración por ello, denota una visión de trabajo productivo – reproductivo, en el que, además de cubrir un objetivo tanto de los otros (de tener una familia) como propio, (de colaborar en el logro de una familia y obtener remuneración económica), hay algunos análisis que se centran en la recepción de esta remuneración como el pago de un trabajo, este análisis se discute en el siguiente apartado.

4.3.2 ¿La gestación por encargo es un empleo?

Al retomar los motivos por los cuales las mujeres participan como gestantes para otros, algunas de ellas señalaron que les motivó pensar que esto podría ser como un empleo, incluso con mayores beneficios, dado que se encuentran en sus casas, con mayor comodidad, sin la presión de cumplir un horario: *“mi trabajo fue de cigüeña entonces, y sin salir de mi casa”* (Xóchitl).

La reflexión que hace Xóchitl en cuanto a ver esto como un trabajo remunerado, precisa que no es únicamente el intercambio de un servicio a cambio de dinero, puesto que como en otros empleos, aquí hay implicaciones físicas y emocionales, asegura que todo trabajo remunerado implica situaciones de riesgo:

... es justo que haya un pago, una mujer disminuye su capacidad física, [...] porque finalmente está desempeñando un trabajo, es lo mismo como si dijeras: “a una niñera no le pagues porque está cuidando niños ajenos, entonces que lo haga por altruismo porque son humanos” ¿no?, no puedes hacer eso, no puedes pedirle a la niñera que haga su trabajo gratis únicamente porque son humanos, es lo mismo con nosotras, tampoco puedes pedirnos a nosotras que lo hagamos gratis o pensar que porque nos pagan nos están explotando, porque no es así de ninguna manera; si lo ves de esa manera; cualquier trabajo es explotación, cualquier trabajo te desgasta físicamente y emocionalmente, entonces si lo ves así, hay explotación en todos lados (Xóchitl).

Por su parte, Anayansi, señala que desde el momento en que hay una remuneración por la participación en el procedimiento, se puede hablar de que es un empleo: *“todas estamos super ansiosas de que llegue el día de tu pago, yo creo que eso es lo que todas queremos, y si te pagan, desde ahí estás consciente de que no es tuyo, de que es un trabajo”* (Anayansi).

En un estudio realizado en el contexto estadounidense (Jacobson, 2016, en Pérez, 2018:103), el análisis cuestiona si este servicio de 24 horas al día, siete días a la semana, por nueve meses puede considerarse un empleo y, de ser así “¿De quién son empleadas las gestantes, de las agencias o de los padres/ madres de intención? (Pérez, 2018:104), debate que es pertinente para el caso de México, sobre todo por la prevalencia de los contratos en los que hay un pago o compensación económica de por medio.

Si se centra el análisis en el empleo, podríamos cuestionarnos si a lo largo del procedimiento, las mujeres gestantes cuentan con seguro de vida, prestaciones médicas para ellas y sus familias, y algún seguro de riesgo en caso de cualquier eventualidad durante la gestación. En los casos de las mujeres entrevistadas, señalaron que contaron con atención médica antes, durante y después de la gestación; así mismo, atención psicológica para ellas y sus familia.

Esto lo manifestaron las 10 entrevistadas, de las cuales, solo algunas utilizaron estos servicios, y otras no: *“hay que seguir yendo a revisiones después de la entrega del bebé, hasta que pasa la cuarentena y ya estás bien”* (Anahí). *“...la atención psicológica sí, yo la tuve, ahora sí que lo tuve previo, hasta hablaron con mis hijas, cómo ellas lo veían, y yo estuve yendo durante el embarazo y después también”* (Itzamara). En cuanto a atención médica para sus familias, únicamente se ofrece el servicio de psicología.

Respecto al seguro de vida, Anayansi, quien además de ser gestante, es promotora de la gestación por encargo, da asesorías a futuras gestantes y realiza el contacto de la gestante con la clínica o con los solicitantes, señala lo siguiente: *“todas las mujeres que participan aquí están super bien atendidas, super bien. Ahorita lo que estamos metiendo es un seguro de vida por 100 mil pesos”* (Anayansi). *“Sí, me hablaron sobre un seguro de vida, siempre hablaron de eso, el asunto es que no me quedé con una copia del contrato en donde se establecía, es muy importante pedir una copia”* (Malinalli). No obstante, es imposible asegurar que esto sucede en todos los casos.

Si la gestación por encargo pudiera ser considerada como un empleo, es pertinente discutir sobre una relación laboral, y sobre quien recae la responsabilidad de ofrecer prestaciones para la gestante, así como acuerdos claros descritos en el contrato de subrogación; otra posibilidad es que mediante el intercambio monetario se refuerce la tan criticada idea de la comercialización de los seres humanos. La realidad es que las condiciones actuales distan mucho de la posibilidad de visualizar a la GPE como un empleo formal; sin embargo, algunas gestantes sí la perciben como tal.

4.3.3 Origen de la intención

Como parte de los motivos, en este apartado se describe el origen de la intención de participar como gestantes para otros, dado que, en ocasiones, la primera idea es la que las llevó a concretar su participación. En este sentido, Itzel, señala que sintió empatía con quienes no pueden tener hijos por situaciones al interior de su familia; lo mismo sucedió con Xóchitl:

Pues, de hecho, hay varias personas en mi familia que no pueden tener hijos; hace muchos años una de mis primas me sugirió que le rentara mi vientre, ahí empecé a pensar primero si eso era posible, y empecé a investigar por debajo del agua, encontré una revista en donde más o menos explicaba el proceso y ya me quedó un poco más claro, y ya empecé a investigar más y me llamó la atención, y pensé: “estaría padre” y ahí es en donde surge el “clic” con esto (Itzel).

... primero yo ya tenía la intención ¿no? fue algo que yo siempre quise hacer [...] una cuñada, hermana de mi esposo nunca pudo tener hijos, nos tocó ver de cerca su sufrimiento; yo, con la dicha de tener a mis hijos, pensaba ¿cómo podría ayudarlo? Me dolía ver por lo que estaban pasando, y luego todo el tiempo y dinero que invirtieron en un proceso de adopción que nunca se dio, finalmente alguien les regaló un niño, y ahora ya está grande, pero en aquel momento imaginaba si se podría que yo tuviera un hijo para ellos, pero entonces no sabía que existía la subrogación (Xóchitl).

En estos dos casos, los primeros acercamientos con la gestación por encargo surgen de la vivencia cercana con historias de dolor por no poder ser padres. En el caso de Itzayana, la

intención surge por curiosidad; eso la llevó a seguir investigando y conocer el procedimiento para finalmente tomar la decisión de participar.

Pues, porque yo ya me hice el salpingo y no puedo tener bebés, yo quería ver si era cierto que después de haberte cortado las trompas, te puedes volver a embarazarse con la subrogación y no creía y dije “voy a intentarlo” (Itzayana).

A pesar de que el origen de la intención de los casos anteriormente expuestos no fue de inicio la remuneración económica, las tres (Itzel, Xóchil e Itzayana) manifestaron que al indagar y enterarse de que, a cambio de su capacidad gestante, concepto utilizado por Olavarría (2018), podrían recibir una cantidad de dinero a cambio, les resultó atractiva la participación.

Por lo anterior, se puede concluir que existe un origen para decidir ser gestante para otros, y se pudo identificar a quienes tuvieron empatía con parejas con dificultades para procrear; a quienes disfrutaban los embarazos y a quienes únicamente buscaban una remuneración económica para lograr proyectos específicos, o simplemente para dar estabilidad económica su familia.

4.3.4 Circunstancias al momento de decidir

Conocer las circunstancias al momento de decidir recrean el contexto de las mujeres en su vida familiar y económica cuando tomaron la decisión de convertirse en gestantes; en este sentido, se complementa el tema de los motivos para participar. En cuanto a las circunstancias económicas, se encontraron algunas favorables y otras desfavorables al momento de decidir. En el caso de Itzel, quien se desempeña como enfermera en un hospital, señaló que su situación económica se encontraba estable:

Pues estaba muy bien [...] me iba muy bien en el hospital, en el que sigo trabajando; estaba muy bien; tomé la decisión porque me llamó mucho la atención; dije: ¿Por qué no ayudar a la gente de esa forma? Y va a ser para siempre, porque un hijo es para siempre (Itzel).

Así mismo, se tienen los casos de mujeres que, aunque sus situaciones económicas eran estables, los recursos obtenidos se utilizaron en proyectos u objetivos específicos, como sucedió en los casos de Itzamara, Anayansi y Litzia: “*Estábamos bien, yo soy fotógrafa y mi esposo graba; ya teníamos trabajo, ya teníamos muchos clientes*” (Itzamara). “*Estaba bien, mi marido siempre ha trabajado y todo eso; yo fui la que decidió hacerlo por salir adelante, por no quedarme estancada nada más*” (Anayansi). “*Mi situación era buena; antes de la subrogación estábamos bien, ahora estamos mejor*” (Litzia).

Situación similar a las anteriores, es la de Citlali, quien tiene licenciatura en gastronomía, y trabajaba en un restaurante; su esposo es maestro de primaria y tenían una situación económica estable: “*Pues es que realmente no estábamos mal, mi esposo es maestro y su trabajo nos daba para estar bien; en esa parte pues yo también tenía un buen trabajo*” (Citlali).

Casos contrarios a los anteriores, son los de Anahí y Malinalli, quienes señalan que fue precisamente su situación económica deficiente la que detonó la decisión de participar en el procedimiento de gestación por encargo: “*... económicamente no estábamos bien, después de eso mi economía y de mi familia cambió. Teníamos para comer y lo del diario, nada más...*” (Anahí).

Pues no tenía trabajo, yo siempre he trabajado, y no tenía trabajo; mi esposo me daba para el gasto, pero íbamos al día; no me quejo, sin comer no me quedaba, pero sí, bueno, yo cuando supe de este proceso pues sí me llamó la atención, más que nada, la compensación que nos dan (Malinalli).

Entre las circunstancias favorables al momento de decidir, se encuentran también situaciones familiares; sólo en el caso de Malinalli había una situación familiar compleja que terminó en un divorcio después de su participación como gestante; el resto de las mujeres argumentan que se encontraban en condiciones favorables, tanto con sus parejas, como con sus hijos. “*En cuestiones emocionales, estaba bien, estaba muy bien con el papá de mis hijos, dentro de lo que cabe, bien*” (Anahí).

4.3.5 Expectativas de su participación

Las expectativas que las mujeres tuvieron antes de participar en el procedimiento se relacionan con los motivos de su participación; es decir ¿qué esperaban lograr luego de entregar al recién nacido?; de acuerdo con los relatos de las entrevistadas, las expectativas, en la mayoría de los casos, se relacionaban con cuestiones materiales que deseaban obtener con la remuneración recibida.

Anayansi, quien además de ser gestante veterana²³, se desempeña como reclutadora de mujeres gestantes expresó que tuvo distintas expectativas económicas a partir de su participación: “*Un negocio, yo quería poner un negocio y lo logré* (Anayansi). *Uno de mis objetivos era tener un carro, ya lo tengo y ahora voy por otra casa* (Anayansi).

Situación similar sucedió con Anahí, quien también realiza funciones de reclutadora de otras gestantes: *Simplemente que yo quería tener una vivienda para rentar, para tener dinero; además tenía ganas de tener un carro, aun no lo logro del todo* (Anahí). Las expectativas de la participación en el caso de Anayansi y Anahí, no se limitan a su participación como gestantes, pues ellas continúan laborando en cuestiones relacionadas con la gestación por encargo, por lo que lo han asumido como un empleo basado en su experiencia y conocimientos sobre el procedimiento.

Itzamara y Litzia, lograron sus objetivos de invertir y fortalecer sus negocios que ya tenían antes de participar como gestantes; actualmente ambos negocios han florecido y les han dado la posibilidad de generar recursos económicos para el bienestar de ellas y sus familias:

[...] con el dinero de la subrogación pudimos comprar un local (estudio fotográfico) y tener más equipo y ya así, nos llega más gente; ya teníamos una muy buena base de clientes [...] esto nos ayudó para impulsar el negocio que ya teníamos (Itzamara).

Lo vi como una oportunidad para poder invertirle a mi negocio de ropa y estar al pendiente de mi hijo [...]; ahora, tengo un negocio de venta de blusas para dama [...]; me sirve para solventar algunos gastos y apoyar a mi esposo (Litzia).

Es pertinente señalar que las expectativas de estas mujeres fueron alcanzadas; actualmente, quienes tuvieron la intención de mejorar sus condiciones de vida, iniciar un negocio propio, o

²³ Término designado por Olavarría (2018:11) a mujeres que han gestado para otros en una o más ocasiones.

familiar, mejorar las condiciones de su vivienda, adquirir un vehículo, cursar estudios universitarios, incluso, adquirir una vivienda, lo han logrado.

Caso contrario a lo que sucedió con las dos mujeres que no pudieron concluir en su totalidad el periodo de gestación, debido a que la cantidad de dinero que en un inicio se tenía programada que recibieran, se suspendió; en el caso de Malinalli a los 5 meses y en el caso de Citlali a los 4 meses; en el primer caso, la expectativa era comprar un terreno para construir una vivienda; y en el caso de Citlali, tener un restaurante y ejercer su profesión de gastronomía; así mismo ellas experimentaron un episodio triste y frustrante, por poner en riesgo su vida, por la pérdida de los productos gestados y por la imposibilidad de cumplir los planes que tenían al inicio de su participación.

De igual manera, el proyecto que tuvo Xóchitl de mejorar su vivienda y en el que invirtió todo lo que recibió, se vio obstaculizado, pues lo construido se vino abajo con el sismo del 2017 y hasta el momento de la entrevista el apoyo gubernamental para recuperar su vivienda, no se había concretado, situación que la hizo replantearse el uso de los recursos económicos si repitiera la experiencia.

4.4 Implicaciones físicas

Las implicaciones físicas de la gestación por encargo conllevan todo aquello que las mujeres gestantes experimentan en su cuerpo antes, durante y después de un embarazo inducido; para abordar dicho procedimiento, iniciaremos situando cuatro momentos de éste, los cuales se ubicaron en el análisis de las percepciones expresadas por las gestantes:

- i. Tratamiento previo a la transferencia embrionaria (TE) que corresponde a la fecundación in vitro (FIV) o para la inseminación artificial (IA).
- ii. Realización de la TE o IA.
- iii. Gestación y nacimiento (o en su caso, la interrupción de ésta).
- iv. Puerperio.

Para analizar las implicaciones físicas, es necesario contextualizar, en primera instancia, los aspectos médicos de la gestación por encargo. Rodríguez (2018:10-12) identifican 4 etapas en la participación de la mujer gestante que a continuación se describen. Posteriormente se abordarán desde la experiencia plasmada en las narrativas de las gestantes. Como ya se mencionó en el marco teórico, dichas etapas son:

- a) Condiciones médicas de la gestante
- b) Preparación del endometrio de la gestante
- c) Transferencia embrionaria
- d) Resultados obstétricos y perinatales

De acuerdo con lo anterior, las entrevistadas comparten las experiencias percibidas durante algunas de estas etapas, que, en cada una de ellas, dado lo subjetivo de la percepción, son distintas y arrojan diferentes elementos para su análisis e interpretación.

4.4.1 Efectos corporales de los tratamientos médicos previos a la aplicación de los procedimientos para lograr la gestación

Las 10 mujeres entrevistadas para esta investigación buscaron por su cuenta participar como gestantes por encargo; en un inicio se encuentran en un estatus de aspirantes, conforme van pasando algunos filtros o exámenes médicos, van avanzando hasta convertirse en gestantes, debido a que actualmente en las clínicas que llevan a cabo la aplicación de las técnicas de Fecundación In Vitro o Inseminación Artificial²⁴ (entre otras), para lograr la gestación por encargo, cuentan con una serie de requisitos para que las mujeres puedan participar en un procedimiento de gestación por encargo, estos incluyen los tratamientos médicos pertinentes.

Anahí - una gestante veterana- señala que hace algunos años no existían estos filtros, y básicamente cualquier mujer que buscara participar podía hacerlo; posteriormente, ante la serie de dificultades que algunas gestantes²⁵ presentaban se estableció una especie de protocolo, el cual incluye: exámenes de salud, entrevista personal y familiar por parte de personal de psicología; en algunos casos visitas domiciliarias, entrevista personal y familiar por personal de trabajo social, así como la aplicación de tratamientos médicos previos y durante la gestación.

Respecto a estos primeros estudios médicos que se aplican a las aspirantes a ser gestantes, Anahí expresa lo siguiente:

...te sacan sangre, para checar que no tengas alta la glucosa y todo esté bien, examen de orina, la presión arterial, ultrasonido para revisar que todo esté en orden y también uno psicológico para ver si eres candidata a ser gestante, y pues te explican que vas a tomar medicamento, te hacen un ultrasonido vaginal para fijarse que tu útero este en buenas condiciones (Anahí).

Por su parte, Itzayana, describe los exámenes médicos previos de la siguiente manera:

Pues primero fui al contacto, después fue con la clínica, que me tuvo que hacer exámenes físicamente, que estuviera sana, que tengas buen cuerpo, no que tengas buen cuerpo, sino que estés delgada, que estés apegada a tu peso, que no tengas ninguna enfermedad, que seas apta, una vez que eres candidata, te pasan con el médico para que te cheque y luego ya inicia el proceso (Itzayana).

Cuando las mujeres se convierten en candidatas para ser gestantes, viene una segunda etapa que consiste en crear las condiciones adecuadas en el cuerpo de la mujer para lograr la gestación. De acuerdo con Rodríguez (2018), posterior al diagnóstico médico previo de la mujer, es necesario, mediante el suministro de algunos medicamentos, crear las condiciones en su cuerpo para la efectividad de la TE o IA.

En cuanto a la percepción de algunas de las mujeres entrevistadas, en torno a esta primera etapa, describen su experiencia de la siguiente manera:

²⁴ Los casos de las mujeres gestantes entrevistadas en este estudio, las TRHA utilizadas fueron Fecundación In Vitro e Inseminación Artificial, aunque esta última sólo en una de las entrevistadas y no tuvo éxito.

²⁵ Al hablar de dificultades presentadas en la gestación por encargo, se hace referencia a cuestiones de salud o incapacidad física que imposibilite que la gestación llegue a término y que ponga en riesgo la salud de las gestantes, también se refiere a dificultades psicológicas que dificulten la entrega del o de los recién nacidos.

Debes tener cierto grosor en el endometrio para que te puedan hacer la transferencia del embrión; para eso pues te empiezan a dar medicamento, te dan hormonas [...] el gesglutin son perlas vía vaginal y el primogin son pastillas; la verdad yo el primer intento sí lo sufrí, porque me dolía la cabeza de una forma muy pesada [...] me sentía como si estuviera drogada (Anahí).

...hay que preparar el endometrio con hormonas, y engrosarlo para que pueda recibir al embrión, hay que elevar los niveles hormonales en la sangre, como si la mujer ya estuviera embarazada para que pueda alojar al embrión [...] es muy estresante, debes tener mucho control de tus emociones para que el estrés no afecte el resultado, porque como te digo, te están preparando y te están elevando las hormonas como si estuvieras embarazada, pero aún no lo estás (Xóchitl).

Empieza todo en tu periodo, empiezas a medicarte, a darte medicamento que genera la progesterona; esto te genera mucho malestar, uno se lo empieza a poner, dependiendo de cómo va a reaccionando el cuerpo; yo iba cada semana a la clínica para ver qué tanto impacto estaba teniendo en mí el medicamento y ya como a los 15 o 18 días de que empiezas con el medicamento y te ven si estas apta (Itzamara).

El discurso de Itzel coincide en que el suministro de medicamentos para preparar el cuerpo de la mujer para recibir la TE es pesado: “... *el medicamento te provoca muchos cambios hormonales, que dije ¡no puede ser!, es meterte mucha hormona [...] para poder tener al bebé, es pesado*” (Itzel). Por su parte, Itzayana, señala que: “...*nos dan medicamentos algo fuertes, básicamente te ponen débil para cuando venga la transferencia tu cuerpo no la rechace*” (Itzayana).

Todas las mujeres entrevistadas narran que los primeros exámenes médicos previos a la TRHA se efectúan sin mayor complicación para ellas; sin embargo, cuando se habla del tratamiento previo que incluye suministro de medicamentos, coinciden en identificar cambios en su cuerpo; describen los efectos corporales con dolores de cabeza, cambios en sus emociones, percepción de debilidad, malestar y además estrés por la presión de que todo avance favorablemente rumbo a una TE con éxito.

Aunado al tratamiento médico, Itzayana compartió que, además de los medicamentos, deben estar en un estricto control anticonceptivo:

Empieza el procedimiento con los anticonceptivos [...] para que no te puedas embarazar de nadie más [...] ellos te regulan tu periodo, y ya saben los días exactos de cuándo vas a ovular [...] ellos tienen como una tabla para que en ese momento saquen los embriones para cuando sea la transferencia, porque ellos tienen que tener ciertos días para hacer la transferencia embrionaria y aparte te preparan el cuerpo para que sea más fértil de lo que sería normalmente; el endometrio tiene que estar preparado, debe de estar de un tamaño grande para que te puedan hacer la transferencia (Itzayana).

Ante estos discursos se puede identificar que las mujeres otorgan total control de sus cuerpos al personal médico, en una relación de poder que se replica en todos los ámbitos de la relación médico- paciente; la manipulación de los cuerpos de las mujeres se puede discutir desde dos perspectivas planteadas por Leyva (2014) y Sánchez (2017) ya sea desde la libertad reproductiva, o desde la dominación del cuerpo.

Es necesario puntualizar que el procedimiento de inicio a término incluye la modificación de varios ciclos en el cuerpo de la mujer gestante que dejan de ser naturales, como la estimulación externa para crear las condiciones apropiadas en el útero de las mujeres y poder recibir y alojar el embrión sin ser expulsado.

El éxito de la gestación representa el logro de tener un hijo para los solicitantes y el pago del procedimiento completo para la clínica y todo el personal que participa en él; por lo tanto, la responsabilidad del éxito de la gestación, después de los procedimientos médicos, recae sobre la gestante. Las expectativas de distintas partes involucradas dependen de que la mujer lleve a término la gestación, lo cual representa una carga de estrés para la gestante: *“la verdad es que es un proceso en el que se vive un poco de estrés por querer que todo se dé”* (Litzia).

Es estresante, la parte de la preparación y hasta la beta (que es la prueba de embarazo) es muy estresante, sí tienes como que tener mucho control de tus emociones para que el estrés no afecte el resultado, porque como te digo, te están preparando y te están elevando las hormonas como si estuvieras embarazada (Xóchitl).

Para las mujeres gestantes, la discusión sobre los beneficios que pueden recibir implica diversas premisas: un sometimiento de su cuerpo a cambio de una remuneración, que en sus condiciones económicas y sociales no podrían obtener de otra manera; por otro lado, la libertad reproductiva, basada en el reconocimiento de su autonomía y la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo, partiendo de la premisa de que las mujeres gestantes entrevistadas tomaron la decisión de participar; así mismo y de acuerdo con sus propios discursos, la satisfacción de colaborar con el deseo de otras personas para formar una familia.

4.4.2 Efectos de las transferencias embrionarias o inseminación artificial

Como se señaló antes, las 10 mujeres entrevistadas para esta investigación experimentaron una o varias transferencias embrionarias y sólo una de ellas recibió una inseminación artificial, que cabe recordar, ese caso no llegó a término.

Entre las experiencias de las gestantes sobre las implicaciones de las transferencias embrionarias, se rescata el caso de Yuritzi, a quien se le practicaron 9 TE, de las cuales 8 fueron sin éxito, dado que la práctica de la TE no garantiza la gestación. Ella narra el procedimiento de la siguiente manera:

Cuando ya estoy lista, me pasan a quirófano para la transferencia embrionaria, no hay dolor, nada más es un poco molesto, porque te meten el famoso “pato” como cuando te hacen el Papanicolau; no te sedan, nada más te acomodan en la camilla, y no sientes nada, te implantan el embrión con una como sondita y listo; ni siquiera se puede percibir el embrión, te lo ponen en la pantalla y a veces lo distingues y a veces no, yo nunca lo distinguí en 9 veces que me hicieron transferencias embrionarias, yo nada más lo distinguí en la última que fue cuando ya quedé embarazada; y otra cosa incómoda es que tienes que ir con la vejiga llena porque es como se puede distinguir el aparato para el ultrasonido y quieres ir al baño y no puedes, tienes que esperarte, para que se vea bien la matriz y la jeringuita, lo implantan, esperas diez minutos en reposo y luego ya puedes ir al baño, pero a partir de ahí ya tienes que cuidarte mucho (Yuritzi).

De acuerdo con la narración de Yuritzí, basada en su experiencia la TE es un procedimiento médico muy sencillo, que no provoca dolor, no requiere hospitalización y sólo genera incomodidades leves; lo mismo experimentaron algunas otras mujeres entrevistadas: *“las transferencias duran como medio minuto, es como un Papanicolaou porque te meten el pato, el espejo y con una cánula se insertan los embriones al útero y es todo”* (Anayansi).

Es como si fuera un papanicolaou, pero nada más que introducen una cánula, un popote super delgadito y tú estás viendo cómo te ponen los embriones, no te enteras de nada, no sientes nada, nada más porque lo estás viendo, te dejan 15 minutos acostada y después caminando te vas a tu casa (Itzamara).

Después de los 15 días que te dan el tratamiento de las hormonas, te mandan a hacer estudios y, sigues con el medicamento, y ya después te hacen, el ¿cómo se llama? La primera transferencia y te mandan a tu casa, ya después de que se hizo el tratamiento, te vas a tu casa porque no hay complicaciones (Itzayana).

En la experiencia de Litzia, si bien coincide con algunas gestantes al señalar que la TE no provoca dolor ni mayor complicación, sí señala que después de una primera experiencia que no se concreta, a partir de la siguiente la experimentó con mucho estrés, por el temor de que no se volviera a concretar:

Tuve 3 transferencias, la verdad es que es un proceso en el que se vive un poco de estrés por querer que todo se dé, pues las primeras 2 no se lograron; la primera no se logró, el saquito gestacional no tuvo latidos; la segunda, en la prueba beta salió alta, pero al hacer ultrasonido ni había nada en mi útero (Litzia).

De acuerdo con los discursos de las gestantes entrevistadas, se puede identificar que tienen en común la descripción de la transferencia embrionaria, algo que perciben menos agresivo que el suministro de medicamentos; sin embargo, la efectividad de la TE es lo que determina si la gestación se lleva a cabo o no, por lo tanto, implica afectaciones debidas al estrés y la preocupación.

Por otro lado, la generación de los embriones mediante la FIV constituye el momento clave que - antes de que existieran estos avances tecnológicos - estaba relacionado exclusivamente con el acto sexual, en algunos casos con el amor conyugal y lo cual eventualmente generaba la vida. La descripción técnica de generar vida desde un laboratorio, Sánchez (2017) lo describe como *“la conquista científica para que la voluntad de procrear se desligue de la sexualidad y la reproducción pierda como únicos fines la reproducción natural, y que, por lo tanto, las posibilidades de reproducción en manos de la ciencia sustituyan el calor de los cuerpos por la frialdad de los laboratorios”* (Sánchez, 2017:94).

El objetivo es lograr el éxito de la gestación, lograr la descendencia dentro de las familias solicitantes, y, de acuerdo con los significados otorgados socialmente a la existencia de hijos en estas familias, esto para la gestante se convierte también en un motivo de preocupación y estrés a tal grado de que disponen a su cuerpo a todo lo que sea necesario para lograrlo. Por lo que se puede concluir que además de las implicaciones físicas de las transferencias embrionarias, también experimentan estrés por lograr la gestación, dado que juntamente con las intervenciones

médicas, ellas son responsables y elementos claves para el éxito o el fracaso de la entrega del recién nacido.

4.4.3 Síntomas de la gestación

Como se mencionó antes, los síntomas de una gestación por encargo suelen ser similares a los síntomas de una gestación tradicional; en ambos casos depende de muchas circunstancias, tanto personales como contextuales; no obstante, es necesario puntualizar que una de las diferencias radica en que las mujeres gestantes están bajo el suministro de medicamento para favorecer el éxito de la gestación; con las implicaciones que esto pudiera conllevar. Por otro lado, todas han experimentado embarazos previos con sus propios hijos, por lo tanto, pueden identificar algunas diferencias basadas en sus experiencias anteriores.

Anahí, quien es madre de 3 hijos consanguíneos, y quien además experimentó en dos ocasiones un embarazo por encargo, señala que el primero de ellos fue múltiple. Ella experimentó distintos síntomas e incomodidades, debido a distintos factores; con relación a los síntomas, ella señala lo siguiente: *“Tuve todo al doble, yo tuve mucho vómito, no náuseas, vómito, mucho, que dicen que, porque eran dos, y a parte la incomodidad del medicamento”* (Anahí).

Con relación al suministro de medicamentos, ella explica lo siguiente:

Te tienes que meter 9 perlas diarias vía vaginal [...] porque es lo que mantiene a ese bebé ahí [...] las perlas te provocan como resequedad, te sientes mal, es incómodo, es molesto, no es un embarazo natural, es un embarazo forzado, tienes que estar tomando mucho medicamento y es cansado [...] Todo el embarazo fue pesado, o sea, con muchas molestias, y es que el medicamento sí es bastante agresivo, es muy feo el que te metes vía vaginal (Anahí).

Así mismo, señala que su segunda gestación por encargo no llegó a término, y duró relativamente poco tiempo, por lo que no experimentó, a pesar del suministro de medicamentos, síntomas fuertes. Situación similar sucedió con Itzel, quien también participó en dos ocasiones como gestante, aunque, en este caso, las dos llegaron a término; ella señaló que en la primera gestación no tuvo síntomas mayores, y en las segunda sí:

En el primero no tuve síntomas, yo hice mi vida normal; mi pancita, yo no hago mucha panza; no se notó mi embarazo casi nada; ya hasta los 8 meses y eso apenas una bolita; el primero nada de náuseas, ni de sueño; yo trabajé hasta los 8 meses en el hospital. En el segundo eran muchos los cambios de humor y en el primero no lo sentí así; en el segundo sí sentí muchas náuseas, fue un embarazo como más agresivo (Itzel).

En el caso de Malinalli, cuya gestación no llegó a término, señaló que los síntomas fueron diferentes a los que experimentó en los embarazos por sus hijos; indicó que en la gestación por encargo debido a que fue múltiple, tuvo indicación de reposo absoluto con las incomodidades que esto genera; además hizo énfasis en que fue diferente porque *“éstos no eran suyos”*:

Sí, me dio mucho asco, sí estuvo un poquito pesado el proceso por los ascos, que de alguna manera es algo normal, pero no podía yo casi salir, debía tener mucho reposo. No fue como el embarazo de mis hijos, no, era más pesado, porque estos eran dos, sí me sentía diferente; además, me sentía rara porque no eran míos (Malinalli).

Xóchitl argumenta que ella disfruta estar embarazada, que la de sus hijos fue una experiencia satisfactoria y lo mismo sucedió con la gestación por encargo; sin embargo, esto no limita la percepción de algunos síntomas incómodos, que los justificó diciendo que es algo que disfruta:

A mí me gustan mucho los embarazos, yo los disfruto mucho, incluso pensar en el trabajo de parto, pensar en todo lo que hace mi cuerpo, todo lo que tiene que pasar, a mí no me deja de sorprender que un bebé pueda crecer dentro de mí, entonces yo lo disfruto mucho a pesar de todos los malestares, yo lo disfruto mucho (Xóchitl).

En cuanto a las diferencias de los síntomas entre la gestación por encargo y la gestación propia, Xóchitl narra que uno de los factores para la percepción de diferencias de los síntomas de uno y otro fue la calidad de la atención que recibió, esto debido a que las circunstancias económicas no son las mismas en uno que en otro caso. Por lo general los controles prenatales y partos de sus hijos, se llevaron a cabo en instituciones públicas; en la gestación por encargo fue en una institución privada:

La diferencia con los embarazos de mis hijos y el de la subrogación, es que desde el principio supe que yo estaba embarazada, desde que tenía 3, 4 semanas [...] con mis hijos tuve muchos malestares, las náuseas, los dolores de cabeza y cuando yo iba al médico yo le decía: “me siento mal” y me contestaba: “Y te vas a sentir peor”, doctor: “me duele” y me decía: “y te va a doler más”. Entonces, no es lo mismo irte con el médico general del centro de salud, que con un médico especialista ginecólogo especializado en reproducción asistida al que le decía: “doctor, me siento así”, y me decía: “es por esto, es por esto y lo que tienes que hacer para reducir los síntomas, los ascos, los dolores de cabeza, pues toma más agua, no consumas mucha azúcar, cuida tu alimentación”; es decir, una atención completamente diferente y durante todo el embarazo y cualquier cosa que yo sentía, a lo mejor no le llamaba al doctor, pero le mandaba mensaje y la atención estaba ahí todo el tiempo, muchos cuidados y la verdad eso yo nunca lo había tenido (Xóchitl).

De acuerdo con los discursos de las mujeres, se puede señalar que los síntomas físicos de los embarazos podrían equipararse en algunos aspectos a los ya experimentados anteriormente con sus propios hijos; a diferencia de los embarazos múltiples o el efecto de alguno de los medicamentos. En cuanto a la percepción de algunos síntomas, en el caso de Xóchitl comenta que la diferencia no fue tanto en los síntomas, sino en la forma de aminorarlos de acuerdo con las indicaciones médicas, derivadas de una atención de calidad y constancia de la atención médica que en la gestación por encargo recibió.

4.4.4 Experiencias y síntomas del puerperio

El puerperio es conocido también como posparto o cuarentena, y se refiere al periodo que va desde el momento posterior al parto o cesárea y hasta los 35 o 40 días posteriores, que es el tiempo que necesita el organismo de la mujer para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse la gestación (Cunningham, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey y Spong, 2015). Así mismo, en este periodo de recuperación es cuando pueden surgir algunas complicaciones por no haberse practicado de manera adecuada la cesárea o el parto.

En cuanto a las implicaciones físicas correspondientes a este periodo en las mujeres gestantes por encargo, existen algunas diferencias que ellas identificaron en comparación con los

embarazos de sus hijos. Algunas de ellas coincidieron en señalar que esta etapa fue mucho mejor en las gestaciones para otros, que en las propias:

... lo que si noté es que fue muy rápida la recuperación, mucho antes de los 40 días; yo creo que cuando tienes un hijo como que te entregas al bebé, quien sabe cómo, pero lo cargas, haces el esfuerzo, pero aquí no, aquí la prioridad eres tú, tú primero, tu recuperación, aquí sí duermes, sí te recuperas como deberías hacerlo siempre (Litzia).

La cuarentena fue básicamente pura recuperación, pero hay muchas recomendaciones (por parte del personal médico) y sí, las acatas con más atención que si fuera tu hijo, porque cuando es tu hijo, la prioridad es él, lo atiendes a él sin importar cómo te sientas, sí, pues cuando tienes un hijo es toda la atención al bebé, al rato me baño, al rato me atiendo, y pues aquí no, y pues consecuentemente te recuperas más rápido, hasta las atenciones en el hospital, es todo diferente (Itzamara).

Sí, ellas me cuidaron (su mamá y su hermana), pero no fueron tantos cuidados; pronto me sentí muy bien; realmente no hubo situaciones que me hicieran sentir mal; y, pues al mes, me puse a trabajar otra vez; no puedo aguantar tanto estar sin actividad; yo regresé al hospital a trabajar como enfermera. Cuando tuve a mi hija, no fue así, la recuperación fue lenta, tuve algunas complicaciones con la herida, se me acabó la incapacidad y regresé a trabajar, pero no quería (Itzel).

En los discursos de las gestantes entrevistadas y en las diferencias de la vivencia del puerperio en relación con las experiencias con sus propios hijos, se pueden identificar dos factores que ellas expresaron; uno se relaciona con la atención que se le dedica a un hijo y los cuidados que ellos requieren proporcionados principalmente por ellas, condición que no tuvieron al gestar para otros. Por otro lado, algunas de ellas percibieron como favorable para su pronta recuperación la atención médica que recibieron como parte del procedimiento posterior a la gestación.

En los casos de Itzayana y Anayansi, al compartir su experiencia en torno al periodo de recuperación en el puerperio, expresaron lo siguiente:

Pues después viene lo propio de una cesárea, los cuidados necesarios; tuve muy buena atención médica, y no sólo después de la cesárea, sino en el mes siguiente; tenía que ir a checarme que todo estuviera perfecto, eso me pareció bien, pues se aseguran de que tú quedes en las mejores condiciones después de la cesárea, que no surja ningún problema ni nada (Itzayana).

La cuarentena la viví pues como lo normal en una cesárea, cuidados con la herida, muchas recomendaciones y sobre todo mucha atención para la recuperación de la operación, porque es una operación, creo que las atenciones médicas son distintas, pues contrario a lo que mucha gente piensa, que nada más nos usan para que tengamos a los bebés y ya, hay muchas atenciones médicas después, nos dan un seguimiento tanto médico como psicológico, cosa que con el nacimiento de mis hijos, ni pensarlo (Anayansi).

Si bien las implicaciones emocionales se tratarán en un apartado posterior, se considera importante señalar aquí que, respecto de la atención médica después de la cesárea, en algunos casos iba aunada con atención psicológica. Así fue en los casos de Anayansi e Itzel. Cabe

mencionar que, si bien, no se tuvo acceso a los contratos previos a la realización de los procedimientos, y se desconoce si la atención médica y psicológica - tanto a la gestante como a su familia- constituye una de las obligaciones por parte de las clínicas para garantizar el bienestar de las gestantes, se pudo identificar que las 10 entrevistadas para esta investigación, señalaron haber recibido la atención médica, antes, durante y después de la gestación; en cuanto a la atención psicológica, se mantuvo el ofrecimiento algunas lo tomaron, y algunas, por considerarlo innecesario, lo rechazaron.

Itzel señaló que, a pesar de no haber sentido alguna complicación emocional al respecto, aunado a sus revisiones médicas, acudía a sesiones terapéuticas: *“todavía tuve como cuatro sesiones más (de terapia psicológica), de cómo me sentía después, porque viene la cuarentena, viene a lo mejor la depresión postparto, o sea, sí me prepararon”*. Ante la pregunta de si tuvo diagnóstico de depresión postparto, ella respondió que se sentía bien y que era mero protocolo para asegurarse que no tenía ningún problema emocional luego de la entrega del recién nacido.

En cuanto a las vivencias de la cuarentena, se encuentran también quienes viajaron a otras ciudades para el procedimiento de la cesárea y la entrega del o los recién nacidos; tal fue el caso de Anahí, quien viajó a Tabasco y el de Itzel, quien en su segunda participación como gestante viajó a Puerto Vallarta.

Anahí, quien después de una gestación múltiple y tener mediante cesárea dos bebés (niño y niña), experimentó algunas complicaciones en la cuarentena, pero no propiamente por cuestiones médicas o producto de la cesárea, pues para ella la mayor complicación fue permanecer en el periodo de recuperación lejos de sus hijos y hacer el viaje de regreso a su casa antes de los 40 días estipulados como periodo de puerperio o cuarentena.

Anahí expresó que las recomendaciones médicas luego de la práctica de una cesárea fuera de su ciudad de residencia consistieron en guardar reposo durante 3 días en el hospital para la realización de revisiones médicas y posteriormente permanecer en una casa de reposo designada a las gestantes por la misma agencia de reproducción asistida, en este caso ubicada en Tabasco, para continuar con la recuperación durante 10 días, periodo en el que se valora si ya puede realizarse el viaje de regreso a su lugar de origen.

Cabe mencionar que, de las diez entrevistadas para esta investigación, Anahí fue la única que amamantó a los recién nacidos durante los 10 días que estuvo en recuperación, y esto le representó satisfacción y bienestar físico. De acuerdo con lo que compartió le resultaron complicados los primeros diez días del periodo de puerperio, principalmente por encontrarse lejos de su familia, a pesar de que fueron en un entorno de comodidad y atenciones:

Estuve en recuperación 10 días; entonces haz de cuenta que yo, en lugar de salir del hospital e irme a la casa de reposo los 10 días, me fui a recuperarme al hotel en donde estaban los papás de los niños; ellos me pagaron y me ofrecieron todas las comodidades, el mejor hospedaje, la mejor alimentación, los mejores cuidados; iba a checarme los puntos (de la cesárea) una enfermera, y tuve oportunidad de amamantar a los bebés; eso me hacía sentir bien; siento que eso sirve también para que se libere la leche que naturalmente se te junta, pero además de eso, yo no hacía nada, no los cuidaba, no los cambiaba, todo lo hacían ellos, pero lo más difícil, a pesar de tener todas las comodidades, fue el tiempo que estuve lejos

de mis hijos; me sentía triste por no poder verlos; además se me hizo difícil viajar con la cesárea, creo que cuando te hacen una cesárea debes estar los 40 días en reposo (Anahí).

Itzel, quien en su segunda participación acudió a Puerto Vallarta, señaló que el periodo de puerperio lo vivió en una casa que los solicitantes rentaron para ella y su acompañante, que en un inicio fue su hermana y, después de la entrega del recién nacido, fueron también su mamá y su hija. Al respecto de este periodo, ella señaló que fue complicado, porque todo estaba dispuesto para que fuera parto natural, no cesárea, y en el momento de viajar a Puerto Vallarta, a los dos días de llegar empezó con las contracciones; llamó al médico para informarle, y a pesar de que las indicaciones en la clínica en donde tuvo el seguimiento prenatal fueron en el sentido de un parto natural, ella ya estaba en trabajo de parto y se le practicó una cesárea. Aunado a lo anterior, y dado que estaba fuera de su entorno, similar a la situación de Anahí, tuvo comodidades y atenciones posteriores a la cesárea; sin embargo, estaba inconforme con la cesárea y le costó más tiempo recuperarse en esta ocasión.

Quizá fue la programación que yo me hice, en la primera vez que participé, siempre hubo la indicación de que fuera cesárea, y de alguna manera me preparé y pues estuve en mi casa, con mi familia. En la segunda fue diferente, ya estaba todo listo para que fuera parto natural, yo quería tener esta última participación como gestante, con un parto normal, y a pesar de que estaba todo dispuesto y yo ya en labor de parto, nada más porque el doctor no quiso, no lo tuve, nunca estuve conforme con eso (Itzel).

La negación por parte del médico para que Itzel pudiera tener un parto vía vaginal fue una situación que a ella le generó frustración y que le significó incomodidad durante todo el periodo puerperal; las situaciones similares a la de Itzel en cuanto a la decisión de practicar una cesárea en los casos de gestación para otros, son explicadas por Olavarría (2017), en su investigación, luego de entrevistas con médicos y personal de apoyo, concluyó que:

... la práctica generalizada de la operación cesárea en los casos de gestación para otros tiene como una de sus justificaciones el hecho de que un parto crearía lazos entre la gestante y el niño. Si a estos lazos desarrollados a lo largo del embarazo se suma la creencia de que un vínculo se genera durante el parto, entonces debe evitarse (Olavarría, 2017:6).

Las razones por las que se practica preferentemente una cesárea también tienen que ver con las circunstancias de los solicitantes, sobre todo cuando son extranjeros y se busca darles facilidades para que puedan programar sus traslados para estar en el nacimiento, según lo narra Anahí: “los papás son de Francia o son españoles, o no sé, y pues no van a llegar en el momento”.

Por su parte, Itzayana muestra otro panorama para la programación de una cesárea, en su caso, como en el de algunas otras gestantes entrevistadas, se trató de embarazos múltiples: “*Fue cesárea porque fueron dos bebés los que nacieron*” (Itzayana). La decisión de practicar una cesárea, no únicamente en gestaciones para otros, tiene que ver con algunas otras razones. De acuerdo con Uzcátegui y Cabrera (2010) se relaciona con la comodidad del médico y el cobro de honorarios más altos. Tang y Mere (1996) señalan que esta decisión, en algunos casos, se debe a la mala posición fetal, preeclampsia, rotura prematura de membranas, entre otras.

Con respecto a lo anterior, se considera que la decisión de un parto natural o una cesárea debería estar en función del seguimiento médico particular de cada una de las gestantes y de su decisión,

dado que es su cuerpo el que está implicado en el proceso. Cabe señalar que, al menos en los casos aquí mostrados, cuentan con un acompañamiento médico y psicológico; en consecuencia, existen elementos para tomar una disposición en conjunto con las gestantes y se respete su decisión.

Las experiencias en el periodo de puerperio, en algunas de las gestantes entrevistadas, fueron favorables; en algunas otras hubo factores externos que las complicaron; sin embargo, como se mencionó antes, dos de las entrevistadas no llegaron al término de la gestación, ya que en ambos casos hubo riesgos en su salud, por lo que es pertinente abordar las complicaciones de estos casos.

4.4.5 Complicaciones en los procedimientos

En dos de las diez gestantes entrevistadas, las gestaciones que no llegaron a término fueron las de Citlali y Malinalli. En el primer caso la gestación duró cuatro meses y en el segundo, cinco. A continuación, se presentan las particularidades de cada uno.

Citlali señaló que la razón por la que su gestación no llegó a término fue una negligencia médica, toda vez que reportó sangrado y dolor, sin ser atendida de forma eficiente; asegura que, por estas decisiones, su vida estuvo en riesgo y para ella la gestación por encargo representó una experiencia desagradable y peligrosa.

La narración de Citlali sobre las complicaciones que experimentó durante la gestación fue extensa y detallada, debido a que involucra distintos momentos, algunos de los cuales le fue complicado recordar. A continuación, se rescatan algunos fragmentos de su narración que muestran en forma general los sucesos que concluyeron en la interrupción de la gestación y sus implicaciones:

Hablé a la clínica; me mandaron el Uber y ya me fui rápido, pero sí, ya llegué, y ya había tenido un sangrado aquí bien fuerte; llegué y ya llegué mal, y ya con eso me tuvieron en cama [...] estaba sólo una enfermera [...] se tardaron 9 horas en atenderme por ser fin de semana [...] cuando me revisó aún se escuchaban los latidos del corazón del bebé, pero ella dijo “se escucha muy bajito, ya casi no se escucha”, me dijo que ya no tenía caso y al día siguiente fue cuando me dieron el medicamento para que lo expulsara, pero no lo expulsé. Se tuvieron que esperar 3 días para ver si yo lo expulsaba, entonces escuché a una doctora decir: “es que no le debimos de dar el medicamento porque el bebé sí está bien pegado”; ahí supe que habían cometido un error; debieron darme medicamento para retenerlo, porque el bebé estaba bien, pero me dieron para expulsarlo y eso me complicó las cosas a mí (Citlali).

El momento más conflictivo en la experiencia de Citlali fue cuando, en un periodo de 8 días estando hospitalizada para tratar de estabilizarla, le realizaron dos aspirados vía vaginal para sacar los restos del producto, provocando un intenso sangrado que la hizo perder el conocimiento.

...yo no despertaba y me hacían así, haz de cuenta que toda esta parte de aquí [señala el pecho] la tenía morada y yo no reaccionaba, cuando desperté me dolía mucho como no tienes una idea, y nada más me acuerdo, antes de perder el conocimiento, que me vino el dolor y sentí caliente entre las piernas y empecé a tener mucho frío y a sudar; me espanté

mucho más porque vi que todos empezaron a llegar y una doctora dijo: “hay que hablarle a una ambulancia y hay que trasladarla”, peor me puse (Citlali).

Entre las reflexiones que hace Citlali, refirió que es muy importante que las gestantes conozcan sus derechos, que no dejan de ser personas, y que deben ser respetadas; dijo que los acuerdos iniciales, de ofrecer una cantidad en la transferencia embrionaria, otra cantidad al dar positiva la beta (prueba de embarazo) y una cantidad mensual conforme avanza la gestación, no es suficiente en este tipo de casos en los que se interrumpe no sólo la gestación, sino también la entrega de la remuneración económica.

También hizo una distinción entre ella y algunas otras gestantes, dado que uno de los principales motivos es la remuneración económica para cumplir algún proyecto de vida, que era su caso; señaló que hay una diferencia entre ser una mujer preparada, con una profesión, a aquellas gestantes que no tienen mayor conocimiento ni capacidad de exigir sus derechos como ella lo hizo en su momento, logrando así que, además de lo que ya se le había entregado hasta el momento de la interrupción, y una pequeña cantidad posterior, se le diera una remuneración extra, aunque la sigue considerando insuficiente.

... ya cuando pasó todo ya fue que hablé con el director y le dije: “mire, perdí mi trabajo, por poco y pierdo la vida, y que ustedes nada más me hayan dado 3,500, no es justo”, y nada más me dijeron: “vamos a hablar con los papás a ver si ellos te quieren mandar algo, pero es que ellos lo tienen que autorizar”, y pues sí, me hablaron como en un mes y me dijeron: “los papás ya te mandaron dinero”, pero pues obviamente sí piensas ¿Cómo sé que ellos mandaron esa cantidad, ¿verdad?. Yo no quedé conforme con eso, pero también consideré que sería desgastante seguir peleando (Citlali).

Citlali refirió que su experiencia fue particular y que ella no volvería a participar como gestante para otros; sin embargo, señaló que también conoce experiencias favorables, que tienen éxito y que representan una oportunidad para muchas parejas, de formar una familia, así como para las gestantes y sus familiares de concretar proyectos con el recurso económico obtenido. Malinalli, por su parte, comentó que su gestación fue gemelar y llegó a los 5 meses; la pérdida la describe de la siguiente manera:

Me empecé a sentir mal, se me rompió la fuente, yo lo reporté (en llamada telefónica) pensaron que había sido orina [...] pero después empecé con sangrado y ya fui a la clínica; me estuvieron atendiendo, pero un bebé ya no tenía latido y dicen que eso también afectó al otro, aunque venían en bolsa separada, pero, decidieron provocarme un aborto (Malinalli).

Respecto a la percepción sobre su experiencia, en las implicaciones desfavorables se pueden identificar tres aspectos principales: el primero se relaciona con su afectación física; el segundo con la muerte de los fetos en gestación y el tercero por el impacto que le provocó la tristeza de los padres solicitantes al enterarse de la pérdida de sus hijos.

1. ...empecé con sangrado y ya fui a la clínica, me estuvieron atendiendo [...] el primero se me vino solito; entré al baño y se me vino; para el segundo me tuvieron que provocar el aborto, me dolió bastante, me

- estuvieron empujando el estómago y jalando por mi parte para que pudiera salir, porque no quería salir (Malinalli).
2. Fue muy impactante, me espanté al principio, porque me sentí mal por la sangre que había perdido, al ver al primero en el baño, me espanté, el segundo no lo vi, pero yo ya les hablaba, ya se movían, eran vidas dentro de mí (Malinalli).
 3. Estaban muy mal [los solicitantes] porque ellos estaban muy ilusionados con sus bebés, porque ya eran 5 meses, ellos pensaban que ya el embarazo ya se había logrado, que ya iba a terminar bien, entonces ya lo daban por hecho, y les dolió mucho, estaban destrozados y verlos tan mal, me afectó mucho, me sentí un poco culpable (Malinalli).

Estas complicaciones experimentadas por Citlali y Malinalli marcaron sus vidas en forma negativa; para ellas la gestación para otros fue una experiencia dolorosa, en los ámbitos físico, emocional y familiar; las complicaciones en los procedimientos invitan a distintas reflexiones y cuestionamientos, entre ellos los de orden legal; la escasa regulación vuelve a ser tema de discusión, dado que no hay ninguna garantía para el bienestar de las mujeres gestantes en cuanto a indemnización económica se refiere, respecto de los riesgos para su integridad física y el desajuste emocional que ocasiona la pérdida de una vida que ellas estuvieron gestando.

Citlali señaló sentirse desprotegida legalmente cuando sucedió la interrupción de su gestación dado que no contaba con la copia del contrato que en un inicio se firmó, y lo narra a continuación:

... yo le decía al doctor “Yo no tengo nada que me respalde de que aquí me pasó esto, ¿en dónde hay una hoja en donde diga que estuve por una transferencia embrionaria aquí y me pasó esto y esto?, yo no firmé ningún papel, porque me pasa algo a mí y ustedes pueden decir, no pues quien sabe a qué vino”, les dije: “¡a mí no hay ningún papel que me respalde!”

La experiencia de Citlali deja algunos puntos para la reflexión, el primero de ellos es la elaboración de los contratos de subrogación, que deberían prever situaciones de riesgo para la gestante y garantizar la protección con decisiones claras y oportunas ante eventualidades que pongan en riesgo su vida; el segundo, es la información pertinente sobre los riesgos que implica su participación en un procedimiento de gestación por encargo; por último, el acceso a la elaboración del contrato y la entrega de una copia firmada sobre este, que respalde en caso de iniciar un proceso legal en contra de la clínica o el médico encargado del procedimiento, en caso de un incumplimiento a alguno de los puntos ahí especificados.

A manera de conclusión de este apartado, es importante no perder de vista que, como en toda gestación, sea para otros o propia, siempre habrá riesgos e implicaciones en los cuerpos de quienes gestan; el análisis de las particularidades de las entrevistadas tiene la función de eliminar supuestos sobre sus experiencias, como dar por sentado un seguro daño en sus cuerpos y en sus vidas o la estigmatización de ser mujeres ignorantes y obligadas a participar; además permite visibilizar los contrastes que en estas particularidades se dan; como el hecho de que cada mujer tiene circunstancias, formas de percibir el mundo y entornos familiares distintos, lo que hace necesario conocer a detalle cada uno de estos contextos.

4.5 Implicaciones emocionales

El abordaje de las emociones se ha enfocado principalmente en el sentir de los padres de intención, ahondando sobre el deseo de tener hijos, los diagnósticos de infertilidad, los largos e inalcanzables procesos de adopción, incluso sobre procedimientos de gestación por encargo sin éxito. En este apartado, se muestran las emociones desde la perspectiva de las mujeres gestantes, abordando sus experiencias particulares.

Debido a algunos estudios como el de Bascuñana (2018) han surgido algunas reflexiones sobre el apego de las gestantes con quien o quienes están gestando y la tristeza al momento de entregarlo a sus padres; la creación de estos supuestos, se fundamenta, en muchas ocasiones, en imaginarios sociales por historias que se han publicado en los medios sobre experiencias específicas de casos de gestación por encargo, como aquellos en los que es tal el apego al recién nacido que deciden finalmente no entregarlo a sus padres.

En los casos a continuación expuestos, se muestran realidades que distan mucho de lo anteriormente abordado, ya que se muestran las experiencias de las mujeres gestantes entrevistadas, y abarca la percepción de las emociones percibidas durante la gestación, al momento de la entrega del o los recién nacidos y al momento de la entrevista con la finalidad de describir los distintos contextos y percepciones.

4.5.1 Percepción de emociones durante la gestación

Los estudios sobre la percepción de emociones durante el embarazo han sido básicamente, sobre mujeres que gestan a sus propios hijos. Algunos de los cambios en las emociones, conforme avanza la gestación, se relacionan con las expectativas del futuro hijo (si será niño, niña, a quién se parecerá) y con temores sobre su salud y el éxito en su nacimiento. Durante el proceso de la gestación, o embarazo, ocurren en el cuerpo de las mujeres diversos fenómenos fisiológicos y emocionales, así como cambios conductuales observables que propician mayor necesidad de apoyo emocional, sensibilidad e interés en la conclusión positiva de la gestación (Maldonado, Saucedo y Lartigue, 2008).

Ahora bien ¿qué ocurre con las emociones de las mujeres que gestan para otros? ¿qué implican para sus emociones los síntomas de un embarazo cuyo producto no permanecerá en sus familias? ¿cómo separaron la idea de gestación – hijo – crianza?. A continuación, se rescatan las emociones que las mujeres gestantes identificaron y compartieron.

Nos enfocaremos, en un inicio, en señalar que la totalidad de las gestantes manifestaron tener claro que los productos de sus gestaciones no eran sus hijos y que nunca tuvieron la idea de conservarlos como hijos, justo como lo explica Van Den Akker (2006) al decir que ellas conciben a propósito con la intención de renunciar al bebé y no para mantenerlo dentro de su familia. Sin embargo, la claridad de no sentirlos como sus hijos, no se relaciona con un desapego emocional con ellos. Nueve de las diez entrevistadas, aseguraron haber construido lazos afectivos con los seres que gestaron, lo cual se manifestó en mantener conversaciones con ellos, llamarlos de alguna manera o considerarlos parte de su familia (no como hijos, sino como sobrinos).

... yo todo el tiempo tuve claro que ellos no eran mis hijos, a lo mejor se puede decir que son como mis sobrinos, hijos de mi hermano, que los quiero mucho, así, sí les tengo cariño y te puedo decir que, si me pongo a hablar de mi familia, digo, mis primas, mis hermanos, mis sobrinos, y mis (menciona los nombres de los menores que gestó), o sea, sí los tengo presentes en mi vida, siempre (Anahí).

... yo hablaba mucho con ella, el cariño sí es muy diferente, yo la quiero mucho, pero nunca como el cariño que sentía hacia mis hijos, siento yo que es como cuando tu sobrinito te va a visitar y se queda unos días en tu casa contigo, sí lo quieres mucho, pero llega el momento en que dices: “ya vete con tu mamá” (Xóchitl).

Sí, todo el tiempo le hablaba y le decía que ya la estaban esperando sus papás y le llamaba “hamburguesita” [risas]. De esa manera le apodó mi hijo y pues así nos acostumbramos él y yo a llamarle (Litzia).

Yo sí sentía mucho cariño por los bebés, les hablaba y les decía que iban a estar bien, que todo iba a estar bien, que yo los iba a cuidar para que estuvieran bien, para que crecieran sanos, y cuando les decía eso se empezaban a mover (Malinalli).

Durante el embarazo siempre fui consciente y mi familia también, que no eran nuestros hijos, sólo al momento de que nacieron sentí algo bonito, como si fueran mis bebés [...] Yo les llamaba, a uno Yavé y al otro Jesús, aunque ellos ya tenían sus nombres y no eran esos (Itzayana).

Respecto a los discursos de las gestantes, se rescata lo formulado por Itzamara, quien, ante el cuestionamiento de un proceso de desapego del producto de su gestación, como una estrategia de protección emocional ante la inminente entrega de este, ella señaló que no es así, que sí hay un apego y un cariño, al respecto narró lo siguiente:

... ¡claro que los queremos!, ¡crecen en nuestro cuerpo! ¡no somos máquinas de bebés!, yo lo vi y dije: “¡por mi creció!, ¡yo fui su microondas para tenerlo y sin mí no estuviera vivo, y sin mí la mamá no estaría tan contenta!”; porque fue un bebé muy deseado, muy esperado; ella estuvo dos años intentando y no pudo; tuvo dos chicas antes que yo y tampoco se embarazaban, y todavía tuve 3 intentos (TE) y hasta la tercera quedé [...] yo sí lloré el día que me dijeron que sí, que ya era positivo porque ya había pasado (Itzamara).

La gestación implica la presencia de emociones y expectativas positivas hacia el ser no nacido; la percepción de emociones positivas podría paliar las posibles dificultades propias de la gestación (Bascuñana, 2018:43) y, sobre todo de la gestación por encargo, que tiene mayores intervenciones médicas y sus ya mencionadas implicaciones. Estas expectativas positivas no están únicamente relacionadas con el futuro ser, sino con la satisfacción de haber colaborado para la formación de una nueva familia. En relación con las emociones positivas que las mujeres gestantes experimentaron, a continuación, se expone lo manifestado por Itzel y Litzia:

Emocionalmente me sentía super bien, [...] es que, si yo les dijera, yo creo que no encuentro palabras, necesitas tu vivirlo para que tú des tu propia opinión, porque es padrísimo, se te pone la piel chinita de ver cómo se les llenan los ojos de felicidad a una persona, de decir, “Por fin ya tengo a mi hijo, el sueño que más anhelaba” porque te digo, todas las personas

millonarias siempre les va a faltar algo y aquí está el claro ejemplo, tienen dinero, pero no pueden tener hijos (Itzel).

La verdad es que me siento muy afortunada, porque me quedo con un buen sabor de boca, esa es mi idea, tal vez sea confusa, pero me siento muy feliz, fue como un tatuaje muy bonito en mí, en mi vida, es algo que me gusta platicar cuando se puede y es una experiencia muy hermosa y más porque sigo teniendo contacto con los papis y con la bebé, es como haber donado un órgano de mí y ver esa vida (Litzia).

Las emociones consideradas como negativas, y expresadas por las gestantes, están en función, por un lado, del miedo por la vida del o los productos en gestación y, por otro lado, por su propia vida; esta última, sobre todo en los dos casos de gestantes entrevistadas cuyas gestaciones no llegaron a término.

Citlali narró cómo es que la gestación fue interrumpida por malas decisiones del personal médico que la atendieron por una amenaza de aborto, que finalizó en la pérdida del feto que gestaba, así como en una complicación derivada de una hemorragia que puso en riesgo su vida. Ante esta situación, ella expresó lo siguiente:

Mal, muy mal, me sentía triste y me sentía culpable porque decía “No tenía que haberlo hecho” si pensaba esto, ¿por qué arriesgué mi vida?, mis hijos se pudieron haber quedado sin mí, de verdad, te lo juro que fue todo muy feo, muy feo, y más feo que tú piensas que estas en una institución en donde te van a cuidar, pero cuando escuché que dijeron: “vamos a trasladarla” entonces piensas ¿en dónde estoy? Si no tienen los medios para solucionar un problema de este tipo, una emergencia, o sea, imagínate de aquí a que llego a un hospital no sé a cuál, tú no sabes qué es lo que te pueda pasar, entonces eso me hace pensar que ellos no tienen los medios para solucionar un problema de estos, o sea no (Citlali).

En cuanto a emociones negativas, se retoma la experiencia de Malinalli, quien expresó su sentir al haber participado en una gestación que no llegó a término y haber perdido a los dos productos de esta; el sentimiento que ella experimentó fue tristeza y culpa. Ella narra lo siguiente:

Ellos (los solicitantes) estaban muy mal, porque ellos estaban muy ilusionados con ellos, ya eran 5 meses, pensaban que el embarazo ya se había logrado; verlos tan mal, me dio mucha tristeza, pues ya lo daban por hecho, y les dolió mucho, estaban destrozados y verlos tan mal, me afectó mucho, me sentí un poco culpable (Malinalli).

Como podemos observar, las principales emociones que las mujeres entrevistadas experimentaron, tanto negativas como positivas, son percibidas con sentimientos de alegría, satisfacción, miedo, tristeza y culpa, y algunos de ellos se relacionan con las expectativas de la entrega del recién nacido y con la satisfacción de haber contribuido con la formación de una nueva familia, así como con los objetivos propios, ya sean cumplidos o incumplidos.

Anayansi aseguró que no ha formado lazos afectivos con ninguno de los seres que ha gestado; ella ya había participado en un procedimiento de gestación por encargo y, en el momento de la entrevista se encontraba gestando para otros por segunda ocasión y aseguró que en ninguno de los dos casos ha sentido un lazo o apego con el producto de la gestación. Ante el cuestionamiento de los sentimientos que le provocó su participación, respondió tajantemente: “Ninguno”. Ante

la pregunta ¿Tuviste al menos la satisfacción por haber cumplido la meta y entregar al recién nacido?, a lo que contestó: “No”. Posteriormente ella explica lo siguiente:

No, es que mira, ya terminé, lo que me hace feliz es decir que ya terminé un proyecto que no era el mío, descanso y ya; inicio lo mío, ahora sí, mis proyectos personales, mi casa, mi carro, mis hijos y eso, eso es todo (Anayansi).

Anayansi se inclina a ver la gestación por encargo como un trabajo y una inversión de tiempo y de su cuerpo para obtener recursos económicos que posteriormente le permitan enfocarse en sus proyectos personales. Ella visualiza estos procedimientos como un mero negocio del que busca sacar mayor provecho posible; para ello, estudia enfermería con la finalidad de tener mayor preparación y participación en los procedimientos y dar acompañamiento a las gestantes y de esta manera, obtener mayores recursos económicos.

Las emociones experimentadas por las gestantes entrevistadas durante la gestación se clasifican como positivas y negativas. Siendo las primeras: satisfacción y alegría por ayudar y las segundas: miedo de no concluir la gestación, preocupación por la inconformidad de su familia, sobre todo de origen y algunos miembros de la sociedad en la que se desenvuelven (aunque sobre esto se profundizará en las implicaciones familiares y sociales).

Es necesario enfatizar el caso de la gestante que señala no sentir ningún tipo de apego, ni sentimiento en ninguno de los momentos del procedimiento; de las mujeres entrevistadas para esta investigación es la única que manifestó tal situación, sin descartar que haya experimentado alguna emoción y que pudiera negarla como una estrategia de afrontamiento para no verse afectada en sus emociones, queda el precedente de afirmaciones tajantes sobre no sentir nada respecto al procedimiento, ni al producto de la gestación, enfocando su energía y sus objetivos en lograr un bienestar propio y para su familia.

4.5.2 Percepción de emociones al momento de la entrega del o los recién nacidos

Bascuñana (2018:41) argumenta que, en los procesos de gestación para otros, específicamente en la entrega de los recién nacidos, las mujeres gestantes intentan una anulación de las emociones para evitar las dificultades posteriores a la entrega del niño, sobre todo para evitar la generación de alteraciones emocionales negativas y quedar vulnerable ante la inevitable pérdida.

En teoría, se sabe que las mujeres tienden a desarrollar diversos grados de apego al feto durante el embarazo (Rubin, 1984, citado en Van Den Akker 2006), y este proceso de apego se transferirá al bebé después del nacimiento. De acuerdo con una investigación realizada en los años 1980 y 1990, el apego prenatal está influenciado por una serie de factores tales como la edad materna y la actitud hacia el embarazo (Marteau, Johnston, Shaw, Michie, Kidd y Nueva, 1988, citados en Van Den Akker 2006), dicha investigación no fue con gestantes para otros, sino en mujeres embarazadas de sus hijos.

Sin embargo, estos factores son relevantes para explicar la capacidad de la mujer gestante de renunciar al bebé después del parto; uno de los requisitos que en teoría refuerza la idea de la entrega de los recién nacidos, es la seguridad de las gestantes de haber completado su propia

familia y no querer tener más hijos propios (Blyth, 1994; Edelman, 1994, citados en Van Den Akker 2006). Algunas mujeres en esta investigación confirmaron dicha teoría:

“Me operaron [para ya no tener hijos propios] cuando me alivié de los gemelos”: (Anahí).

“...yo pedí que me operaran para ya no tener hijos”: (Yuritzí).

“...me hicieron cesárea [...] las doctoras me estaban operando pues ya no quiero tener hijos”: (Litzia).

“Ahora sí que fui, me operaron, pues ya tengo dos hijos y no quiero tener más”: (Anayansi).

Por su parte, Díaz y Neri (2015) retoman lo expresado por Wilkinson (2003) respecto al sufrimiento experimentado por las mujeres gestantes al momento de entregar al o a los recién nacidos, incluso, mencionan que, en un estudio realizado, un 10% de las gestantes abordadas requerían terapia intensa para poder superar la entrega.

Las mujeres gestantes entrevistadas para esta investigación compartieron sus experiencias al momento de la entrega del o los recién nacidos. Anahí, señaló que para ella fue difícil desprenderse, no tanto de los recién nacidos, sino de sus padres, dado que las circunstancias los obligaron a convivir por algunos meses; el nacimiento se registró en Tabasco, y ella se vio obligada a trasladarse con anticipación por riesgo de nacimiento prematuro, por lo que, estuvo hospedada en el mismo hotel en el que estaban hospedados los solicitantes de procedencia extranjera. Convivieron durante 2 meses previos al nacimiento y 10 días posteriores, eso creó lazos entre ellos:

Cuando nos despedimos, nos abrazamos, supuestamente nos íbamos a ver aquí en México [...] pero ya no les dio tiempo de hacerlo. Entonces en Tabasco, ya cuando los abracé, nos pusimos a llorar, y uno de los padres me dijo “ya vas a empezar de chillona” pero él también estaba llorando. Y yo lloraba no tanto por los bebés, más bien por ellos, como cualquier familiar, por lo que estuvimos conviviendo, porque hubo entre nosotros cariño (Anahí).

El caso de Anahí se distingue del resto de las entrevistadas, por haber sido la única que amamantó a los recién nacidos y esto se desarrolló durante los 10 días de recuperación. De acuerdo con lo expresado por ella y otras gestantes, no se permite el ejercicio de la lactancia, para evitar crear lazos entre el recién nacido y la gestante, lo que dificultaría la separación entre ellos. En el caso de Anahí, esto no sucedió.

Sí, de hecho te digo que los médicos no permiten que ninguna mujer amamante a los niños, no, o sea, tú no tienes por qué amamantarlos; hay niños que se quedan porque de repente [...] a alguna chica se le adelantó por alguna situación y los papás [son extranjeros] y pues no van a llegar en el momento, porque pues obviamente es algo espontáneo, hay niños que se quedan en el hospital 10, 15 días en lo que los papás arreglan su mundo para poderse venir, y no se quedan con la gestante, se quedan con las enfermeras y con los médicos en el hospital, como si estuviesen internados, no por una situación de salud sino porque están esperando a sus papás, pero la gestante no los ve, así evitan la creación de lazos (Anahí).

Con el discurso de Anahí, se puede conocer cómo se planea por parte de la clínica de reproducción asistida, el proceso posterior al parto, y la regla para evitar un contacto entre la gestante y el recién nacido, probablemente por los problemas que con anterioridad se han publicado sobre gestantes que deciden no entregar a los recién nacidos; sin embargo, esta regla,

escrita o no escrita, puede ser flexible, debido a que, de acuerdo con lo expresado por Anahí, para ella fue benéfica la cercanía con los recién nacidos; al menos físicamente. Al referirnos a esta particularidad, se puede señalar que en cada caso es distinto y existe la posibilidad de que, si hay acuerdo entre gestante y solicitantes, la relación o la inexistencia de esta, puede decidirse entre ellos, y no por disposición de la agencia o clínica.

Itzel, otra de las gestantes entrevistadas, señala que ella sí experimentó sentimientos de tristeza al desprenderse de los recién nacidos, en las dos ocasiones que participó como gestante para otros, y lo narra a continuación:

... es que quieras o no [...] aunque te preparen psicológicamente siempre va a haber un pequeño vínculo ahí, pequeño, el día que se fue a China si me puse a llorar, fue así como que dije: “¡ya no lo voy a ver! ¡ya se fue! ¡ya terminó todo!”. Y la segunda vez igual, bueno, no fue tanto porque ahí no hubo despedidas, no supe ni cuándo se regresaron a Guadalajara, yo todavía me quedé ahí en Puerto Vallarta y no supe cuando se regresaron, ya hasta después que me dijo, me mandó un mensaje la señora: “ya estamos acá en Guadalajara” y le dije: “ay que bueno, que esté muy bien” y pues hemos seguido en contacto, me manda fotos de él (Itzel).

La experiencia de Malinalli fue de las más dolorosas, porque ella no pudo entregar a los productos de la gestación, dado que ésta no llegó a término, y además de haber experimentado culpa por no concluir el proceso, también sintió tristeza por la muerte de los dos fetos que estaba gestando:

Pues ya al final me sentí mal, porque, aunque uno esta con la idea de que no son tus hijos, que no son para uno, cuando los perdí sentí feo porque ya estaban formados, ya sentía yo los movimientos de los bebés, cuando los perdí me dio tristeza y más cuando los vi a ellos, pues uno se me salió en el baño, y es algo impresionante y muy triste (Malinalli).

Sobre sus emociones al momento de la entrega de la recién nacida, Litzia comparte cómo fue todo el procedimiento, y asegura que el vínculo con ésta siempre existirá:

Cuando nació, pues llegó el momento de entrar al quirófano, uno de los papis entró conmigo y es algo que llevo tatuado en mi mente, tenerlo aún lado de mí, tomándome de la mano y diciéndome: “mujer te doy gracias por darme el tesoro más preciado de mi vida, he luchado por más de 15 años por tener a mi bebé y hoy tú me estás ayudando no hay palabras para agradecerte esto, que Dios te bendiga por esto”. En ese momento comprendí que la vida no tiene un precio y que lo que yo estaba haciendo era aportar un poquito de mí para dar vida, yo lo comparo a como donar un riñón, un cachito de mi médula o algo así [...] llegó el momento de salir del hospital e iniciamos el proceso legal, todo fue muy rápido y en menos de un mes ellos ya estaban en su país, aún mantengo contacto con ellos, la beba tiene 2 años 4 meses aún recuerdo la última vez que la vi. Claro, es inevitable, existe y siempre existirá un vínculo con ella. (Litzia).

Retomando el caso de Anayansi, y en congruencia con su discurso sobre la nulidad de sentimientos que manifestó en el embarazo, para el momento de la entrega del recién nacido, señaló nuevamente una inexistencia de sentimientos, y lo expresó de la siguiente manera:

Es que no siento nada, no te puedo decir que siento bonito, que qué bueno, no, no, qué bueno para mí, qué bueno que ya terminé, que ya cumplí, ya terminé algo que ya, terminé un trabajo y todo salió bien y ahora viene lo que sigue para mí, no para ellos, ellos a mí no me importan, ni como vivan, ni como estén, ni nada, porque yo sé que van a estar bien, si tienen para pagar ese tratamiento, tienen para vivir bien, entonces no me preocupan, para mí ya viene lo bueno, que soy yo, mi familia, estar bien, mientras yo esté bien, mi hogar estará bien (Anayansi).

En relación con a algunas historias sobre gestantes que de último momento deciden quedarse con el o los menores gestados, hay una amplia discusión sobre el tema; sin embargo, se puede identificar en los discursos de las gestantes, que participaron en esta investigación, que hay un antes y un después de la gestación por encargo en México. Actualmente, las agencias, clínicas y médicos que se dedican a la ubicación y selección de futuras gestantes, se aseguran de aspectos como: que ya tengan sus propios hijos, que, aunado al procedimiento técnico, haya un proceso terapéutico psicológico que garantice una estabilidad emocional en la gestante y su familia.

Por tal motivo, al menos en las mujeres gestantes entrevistadas, se puede identificar claridad, conocimiento y consciencia sobre un inexistente lazo genético entre ellas y con quienes gestan, así como la consciencia de sentimientos positivos por el ser gestado, sin un apego enfermizo que pudiera derivar en otros problemas. Vale la pena agregar que también hay una declaración escrita sobre las obligaciones de la gestante que puede influir en la claridad sobre su relación con los futuros bebés, la cual está plasmada en los contratos que firman al iniciar los procedimientos y en donde se comprometen a renunciar a sus derechos sobre los recién nacidos y a su entrega a los solicitantes.

4.5.3 Percepción de emociones al momento de la entrevista

El conocimiento de sus sentimientos actuales en torno a su participación como gestantes para otros, refleja una recapitulación de cómo vivieron el procedimiento; por lo tanto, se les preguntó sobre su sentir en torno a toda la experiencia. En este apartado se incluye la pregunta de si volverían a participar en un procedimiento similar, para corroborar su sentir sobre la experiencia.

Con relación a las emociones expresadas por las gestantes, algunas de ellas describieron sentirse felices, “súper bien”, contentas; y la emoción que más expresaron fue la felicidad; esta felicidad la relacionan en algunos casos con la que mostraron los solicitantes al recibir al o a los recién nacidos gestados por ellas; algunas de ellas privilegian el valor de formar una familia con hijos: *“Bien, estoy súper bien, y me fue tan bien, que ya estoy en el segundo procedimiento”*(Anayansi). Al momento de la entrevista Anayansi se encontraba en su segunda gestación para otros.

Xóchitl describió que si bien, actualmente no tiene contacto directo con el hombre soltero para el que gestó, sabe por medio del médico que la atendió que tanto la niña como su padre se encuentran bien, y eso, actualmente le genera satisfacción por haber participado:

Me siento muy feliz, me da mucho gusto cada vez que el doctor me dice que el señor está muy feliz con su niña, me encanta, la verdad me encanta escuchar que está feliz y que la

adoran, y que es una reina, que todo mundo está pendiente de ella, me da mucha felicidad saber todo eso, y me produce mucha satisfacción (Xóchitl).

Itzayana señala sentirse satisfecha de haber generado vida en conjunto con los avances tecnológicos y en una palabra menciona que fue “bonito” ayudar a una familia:

Pues bien. Ahora sí que darles vida es algo que nunca me imaginé que se podía hacer de esta forma. Para mí fue un procedimiento muy bonito, nunca pensé que la tecnología pudiera llegar a esto, o sea, fue, para mí fue ¡bonito!, es algo increíble que haya podido ayudar a una familia (Itzayana).

Al momento de la entrevista Litzia señaló sentirse feliz por haber participado, y refiere seguir teniendo contacto con los padres de intención y la recién nacida, con quienes tiene una buena relación y ha podido constatar que su aporte fue tan valioso como haber donado un órgano:

La verdad es que me siento muy afortunada, porque me quedo con un buen sabor de boca, esa es mi idea, tal vez sea confusa, pero me siento muy feliz, fue como un tatuaje muy bonito en mí, en mi vida, es algo que me gusta platicar cuando se puede y es una experiencia muy hermosa y más porque sigo teniendo contacto con los papis y con la bebé, es como haber donado un órgano de mí y ver esa vida (Litzia).

En este mismo orden de ideas, algunas mujeres dijeron sentirse satisfechas por su cometido como gestantes para otros; esta satisfacción, en el caso de Anahí, fue por haber colaborado en la procreación de hijos para una pareja de homosexuales que habían estado por mucho tiempo buscando esta opción.

Me siento satisfecha, sí, yo me siento super bien... súper satisfecha, esa es una parte de mi vida en la que yo me siento satisfecha, para mí fue algo que hice bueno para unas personas, para una familia, y bueno para mí. (Anahí).

Por su parte, Itzel expresó que es una satisfacción personal, haber servido para algo tan noble: *“En este momento me siento muy bien, creo que, deja tú el dinero, la satisfacción personal es la que me agrada, es muy padre esa sensación”*(Itzel).

Itzamara, relacionó su satisfacción con la alegría que manifestó la mujer solicitante para quien gestó, pues también tenía un largo recorrido en la búsqueda de un hijo.

Me siento muy satisfecha, o sea, es algo que dices: “yo quiero terminar esto, quiero hacer esto” y te da mucha satisfacción que lo termines bien, que fue algo bien, que no fue una loquera que se te ocurrió, es algo muy noble, nunca me voy a arrepentir de haberlo hecho, no, me dejó muy satisfecha, me siento muy contenta y con ganas de repetirlo, ahorita no, pero en un futuro si puedo todavía, me gustaría mucho (Itzamara).

Yuritzi describió que su satisfacción de gestar para otros se relacionó con haber logrado una gestación, después de haber sido receptora de nueve transferencias embrionarias y una inseminación artificial sin éxito (para distintos solicitantes); esta situación le generó frustración, por lo que, cuando la TE tuvo éxito y logró llevar la gestación a término se sintió feliz y satisfecha:

Muy bien, muy satisfecha, muy feliz con el resultado y por haber cumplido el objetivo, ellos cumplieron el suyo, ser padres, estoy tranquila, ahora sí puedo decir “entonces no era yo” era el medicamento o el material genético de las otras personas que solicitaron, porque todo fue diferente, en la transferencia vi el embrión cuando se implantó, nos enseñaron los embriones divididos y muy bien, tenían muchas posibilidades, cosa que en las otras clínicas jamás nos enseñaron los embriones, nunca nos dijeron sobre las posibilidades que tenían de implantarse, la ocasión que ya se concretó la gestación, fue en esta última clínica en donde me transfirieron tres embriones, en las demás me implantaban uno; de esos tres embriones, uno se implantó, hasta mi papá estuvo contento con esta clínica, me dijo que estaba super bien, él me acompañó a algunas citas pero más mi esposo y como yo le platicaba me decía: “mira, acá si esto, acá si lo otro” y aquí tienen un índice muy bajo de negativos, lo que con las otras clínicas es alto (Yuritzi).

La satisfacción de la participación también tiene qué ver con la remuneración obtenida; y en este sentido, Anayansi expresó tajantemente que su satisfacción es exclusivamente por la remuneración acordada; lo que le brindó la oportunidad de continuar con sus proyectos personales y familiares: *“a mí ellos [los solicitantes] no me preocupan, ellos tienen para vivir bien, entonces, mi satisfacción es que, gracias a mi decisión pude darles mejor vida a mis hijos, y lo sigo haciendo”*.

Citlali quien vivió una gestación que no llegó a término, al momento de la entrevista señala que a pesar de que fue una experiencia compleja, ahora se siente bien: *“ahora me siento bien, fue una experiencia muy difícil ¿no?, así me tocó vivirla, por algo la viví, finalmente no me siento mal por eso”* (Citlali).

Similar al caso anterior en cuanto a una gestación no llevada a término, fue la experiencia de Malinalli, sin embargo, su sentir al momento de la entrevista lo describe con sentimientos de tristeza y dolor:

“...fue bonito, fue bonito estar embarazada, saber que le vas a ayudar a alguien y pues estar bien consciente de que no te vas a quedar con ellos, eso hay que pensarlo todos los días. Ahora me acuerdo, me duele, me da tristeza, porque no se lograron, y eran dos, fue doloroso, los recuerdo como una gran pérdida, por lo mismo que te digo, porque no alcanzaron a nacer” (Malinalli).

Es pertinente comentar el caso de Itzayana, quien fue la única mujer que manifestó miedo al momento de la entrevista; eso se pudo detectar desde el inicio de ésta y su actitud al elegir un lugar en su casa para ser entrevistada, que no diera ni al patio de atrás, ni a la calle; así mismo, contestando la entrevista con voz baja y temerosa; este comportamiento fue debido a que durante la gestación vivió una experiencia desfavorable con sus vecinos, dado que la gestación por encargo no está regulada en la Ciudad de México, sufrió una extorsión por parte de gente enviada por sus vecinos, quienes la amenazaron con denunciarla si no les facilitaba cierta cantidad de dinero (el que había obtenido por la GPE).

4.5.4 Intención de repetir la experiencia

Con la finalidad de reiterar su percepción sobre la experiencia de gestar para otros, en retrospectiva, a continuación, se muestra lo expresado en torno a su deseo de repetir o no la

experiencia. Así mismo, señalaron qué cambiarían en caso de volver a participar. Quienes manifestaron su deseo de volver a participar fueron Itzel, Malinalli, Xóchitl, Yuritzi y Anayansi:

Sí, sí, sin pensarlo, me gusta sentir esto, es más como obsesión de estar embarazada [risas]. Lo que cambiaría es que los papás estuvieran más en contacto, que estuvieran más involucrados en el proceso, el sueño es de ellos, no mío, que estuvieran más en contacto entre ellos y yo, que no fuera como que “La gestante conoce al papá el mero día del alumbramiento” (Itzel).

Sí volvería a participar, porque fue algo muy padre, ya quitando todo lo que pasó, cuando yo vi a estas personas cómo se emocionaban, sí es muy padre, bueno, como yo ya tengo mis 3 hijos, si es bonito tener hijos, y para quienes no pueden [...] pues darles la oportunidad (Malinalli).

Sí, claro, definitivamente lo volvería a hacer, lo que cambiaría sería manejar el dinero de forma diferente, yo, no lo que me dan, no la cantidad, sino el uso que yo le doy, a lo mejor no destinarlo todo a un solo proyecto, sino buscar la manera de a lo mejor un negocio, algo que me permitiera seguir generando dinero, por la situación que se dio, si se vuelve a dar no quedarme sin nada, pero nada más, en cuanto a lo demás, igual avisar ya cuando voy hacia el parto, pero que ya esté más avanzado el trabajo, para no estar tanto ahí y no ir a acompañada, no me gustó estar acompañada, fue muy estresante, no quería que mi hermana viera todo eso, no quería verla preocupada por mí (Xóchitl)²⁶.

Sí volvería a participar y lo que cambiaría es defender que fuera parto normal, de hecho, ya estoy en lista de espera para otro proceso, aunque tengo que esperar un año, pero ya hablé con la coordinadora para que me contemplara en otro procedimiento, siempre pensé en participar dos veces (Yuritzi).

Se encontraron también los casos en los que las entrevistadas señalaron no tener intenciones de volver a participar en un procedimiento de gestación por encargo: Litzia, Itzayana, y Citlali; a continuación, se comparten sus razones:

No, no volvería a participar, recuerdo cuando fuimos a la embajada española el Cónsul me preguntó que, si volvería hacerlo y mi respuesta fue no, porque este proceso para mí fue como haber donado un riñón hoy sólo tengo uno si lo doy ¿con qué me quedo? [...] fueron 3 transferencias y el tratamiento hormonal lo sentí pesado, los medicamentos que tienes que tomarte te trastornan mucho en las emociones y el sentir del cuerpo, es como si ya estuvieras embarazada, todos los síntomas, sin estarlo (Litzia).

Yo ya no puedo participar, pero por mi edad, además tengo un trabajo al que me quiero dedicar por completo; pero si lo volviera a hacer, me iría de aquí, de esta colonia, por lo que sucedió con mis vecinas que te platiqué (Itzayana).

Por su parte el de Citlali, que fue uno de los casos cuya gestación no llegó a término lo que ocasionó que su vida estuviera en riesgo, por lo tanto, señala que ella no volvería a participar y a continuación expresa las razones:

²⁶ Xóchitl destinó todo el recurso obtenido de la gestación por encargo a la construcción de una casa, que se vino abajo en el sismo del 2017 y que hasta el momento de la entrevista no había podido recuperar.

Porque estuvo en riesgo mi vida, yo digo que fue un aviso, entonces yo siento que la vida diría ¡oye entiende!, y ahí te va otra cosa más fuerte, y la verdad yo no estoy dispuesta a exponerme nuevamente a algo similar o peor, y más por mis hijos, porque digo les llevo a faltar yo y con quién se quedan, porque en la clínica me dijeron que, si quería, podría esperarme 6 meses, para recuperarme, me podrían revisar y si estoy bien, volvería a iniciar otro procedimiento, pero yo decidí que no, yo digo que ya no (Citlali).

Las percepciones al momento de la entrevista, como se observa en los discursos de las gestantes, muestran su sentir en torno a su experiencia y su intención de volver a participar, o no; la mayoría de las entrevistadas se expresa con sentimientos de felicidad y satisfacción por su participación, emociones que están ligadas, por un lado, a la remuneración económica recibida y los cambios en la economía de sus familias, tema que se analizara más adelante; y, por otro lado, por la satisfacción de ver a una pareja o a una persona cumplir su deseo de tener hijos.

4.6 Implicaciones en el entorno familiar

La decisión de participar como gestantes para otros no solamente puede tener implicaciones físicas y emocionales para la mujer que decide hacerlo, sino también para su familia. En este apartado se describirán y analizarán las percepciones de las gestantes sobre las reacciones, comentarios y cambios que hubo por parte de su familia al enterarse de su participación en la gestación por encargo.

Las implicaciones en el entorno familiar se dividen en 4 subcategorías para su análisis. En primer lugar, se describen las reacciones de la familia de origen; entendiéndose por reacciones a los comentarios y acciones hacia la mujer debido a su decisión de gestar para otros; así mismo, se entiende como familia de origen al sistema familiar al que pertenece una persona por nacimiento; por lo tanto, está formada por los padres y hermanos (en caso de no ser una hija única) y otros parientes de la generación anterior con quienes tenga constante convivencia como: tíos, tías, abuelos, abuelas, primos y primas.

En segundo lugar, se abordarán las reacciones de la familia de procreación, entendiéndose por ello como los comentarios, discusiones, o acciones por parte de la pareja, en el caso de las mujeres casadas o unidas y por parte de los hijos de las gestantes. En tercer lugar, se describirán las percepciones de las entrevistadas sobre cambios en la dinámica familiar a partir de su decisión de gestar para otros. Finalmente se abordará el sentir de la gestante y sus estrategias de afrontamiento, en caso de haber experimentado cambios en su dinámica familiar.

4.6.1 Reacciones de la familia de origen

Las mujeres gestantes experimentaron distintas reacciones por parte de su familia de origen al momento de compartir su intención de participar en dicho procedimiento. Así mismo, las formas de afrontamiento ante esas reacciones se mostraron desde ignorar dichas reacciones, hasta el alejamiento de su familia de origen.

Algunas mujeres gestantes decidieron compartir la información con sus familias de origen desde antes de convertirse en gestantes; algunas de ellas lo informaron hasta que ya estaban inmersas en el procedimiento. Cabe mencionar que, de las 10 mujeres entrevistadas, Itzel hasta el momento de la entrevista vivía aún con su familia de origen (mamá y hermana); Malinalli con sus hijos, y el resto de ellas con sus parejas y sus hijos.

En el caso de Anahí, su familia de origen está compuesta por tíos, tías y primos, dado que sus padres fallecieron y sólo tiene un hermano a quien no frecuenta. Ella expresa que con quienes compartió su decisión de gestar para otros mostraron asombro, preocupación y bastantes cuestionamientos; en particular una de sus tías constantemente cuestionaba sobre el paradero final del recién nacido; es decir, si estaba segura de quienes eran a quienes les iba a entregar al bebé y si eran buenas personas. *“Pues sí, [ellos] no estaban de acuerdo, me han dicho, así como que está mal lo que estoy haciendo [...]. mi tía que me dijo eso, que quien sabe para qué los querían [...] a cada rato me decía”* (Anahí).

Ante los constantes juicios y cuestionamientos de su familia de origen, ella decidió ignorarlos y dejar de frecuentarlos, pues consideró que sólo la confundían y la hacían sentir culpable por su decisión:

Su afán era molestar, juzgar, [...] y pues yo sólo pensaba “ay tía pues yo compré todo lo de esta comida con ese dinero que recibí por lo que usted está criticando, pero bien que se comió todo lo que yo compré”; al principio me molestaba, pues ya se estaba convirtiendo como en acoso, constantes reclamos, preguntas; opté por dejarlos de visitar, porque a mí al último no me debe interesar lo que digan, y menos cuando yo conocí a los papás de los bebés y vi todo lo que hay del otro lado, porque de inicio a mí lo que me interesaba era el dinero, pero esto tiene un lado humano, hay gente que está sufriendo por algo que para ti es fácil, porque para mí fue fácil la maternidad, y digo, si le puedo ayudar a alguien (Anahí).

El alejamiento con su familia de origen en ese momento fue tal que a pesar de que ya habían pasado 3 años al momento de la entrevista, seguía sin frecuentarlos; ella manifiesta que siguió con su vida, enfocada en su esposo (en aquel momento, porque luego se separó de él) y en sus hijos; ahora está enfocada en su actual pareja, y aún no olvida los juicios de que ella fue objeto por ser gestante.

En el caso de Itzel, ella hasta el momento de la entrevista había participado en dos ocasiones como gestante para otros y en sus dos participaciones ni con su hermana ni con su hermano tuvo ningún conflicto; sin embargo, con su mamá tuvo distintas reacciones; en su primera participación la relación con ella cambió, se registraron intensas discusiones, alejamiento y por algunos periodos le dejaba de hablar:

En mi primera participación se enteraron mi hermana y mi hermano, y todo bien, [...] la que más se puso en contra de que lo hubiera hecho fue mi mamá, ahí sí tuve problemas [...] le expliqué de qué se trataba, pero, no lo aceptaba [...] a cada rato me decía que por qué lo hice, que eso no se hacía y estaba tan molesta, fueron muchas discusiones, al grado de que dejaba de hablarme, a pesar de vivir juntas, no me dirigía la palabra, creo que eso fue lo más difícil (Itzel).

Itzel señala que como estrategia para mejorar la relación con su mamá la invitó a las citas de revisión con el médico, para que viera las condiciones de la clínica y estuviera al tanto del procedimiento, pues señala que ella se imaginaba, como algo que es clandestino, que las condiciones de la atención no eran buenas:

...a mi mamá la llevaba a las citas, pero se quedaba en la sala de espera, y le decía, “es para que sepas a dónde voy y cómo están las cosas”. Porque llega un momento de la desconfianza con las clínicas, se imaginaba lo peor, que eran clandestinas y como clandestinas que estaban feas o sucias, o que iban a usar al bebé para otra cosa; casualmente, el día que mi mamá me acompañó coincidió que los papás vinieron a México, porque los papás son de China, y ella conoció todo, conoció a los papás, conoció la clínica, y aunque haya conocido todo, no me hablaba, era muy cortante (Itzel).

Así mismo, Itzel comenta que en la segunda participación como gestante, ya no tuvo problemas con su mamá, en primer lugar, porque decidió no platicarle que estaba en su segunda participación, por los cuestionamientos que había tenido en la primera; pero además, cuando se enteró, ya casi a punto de parir, lo entendió porque ya tenía conocimiento de todo el procedimiento y, además, para su madre la razón más importante para no emitir juicios en esta ocasión, fue la remuneración económica, pues ella empleó lo que recibía por ser gestante, para su mamá, su hermana y su hija, cubrió algunas necesidades de la casa.

Con el segundo ya no, para ella lo impactante fue la primera vez, se puso muy mal [...] en el primer proceso ella estaba negada y estaba toda sacada de onda y me cuestionaba mucho “¿cómo vas a dar a tu hijo por dinero?”. Y en el segundo, sí hubo mucho cambio porque en este sí [cuando ya se enteró] ya me hablaba [cuando ya estaba en Puerto Vallarta] y me decía ¿cómo te sientes? ¿ya te hablaron los papás? ¿ya te mandaron mensaje? ¿ya saben qué sexo es el bebé? Y así, entonces en este ya estuvo más al pendiente, más involucrada. Además, ella vio cómo cambió nuestra vida, compré cosas para la casa, compraba despensa, nunca nos faltaba nada, entonces, fue como de que, si, participa todas las veces que quieras (Itzel).

Itzel identificó una relación entre la aceptación de su mamá con la satisfacción económica; obtuvo cierto poder económico para liberarse de juicios y cuestionamientos por parte de su madre, y como consecuencia obtener aprobación. Balaguer (2017:158) argumenta que los discursos emocionales y económicos se configuran mutuamente, puesto que el afecto y la aceptación se convierten en aspectos esenciales para la economía y a esta práctica la denomina capitalismo emocional.

Itzel es enfermera y ejerce su profesión, por lo que corren por su cuenta y de su hermana los gastos familiares; ella expresó que el dinero recibido por su participación como gestante, no lo utilizó con un fin específico, sino que lo gastó en su familia, en su hija, en cosas para la casa y señala que sintió interés en su bienestar por parte de su mamá al verse beneficiada económicamente, pero al terminarse el dinero, ya no hubo tantas atenciones de su parte.

Itzamara señaló que nunca logró que su mamá entendiera el procedimiento y hasta la fecha no lo ha hecho. Comenta que, además de platicarlo con su hermana, que es enfermera, decidió no compartirlo con nadie más para evitar cuestionamientos.

Cuando le platicué a mi mamá me dijo que, pues no entendía, me dijo: “pues si quieres tener otro hijo pues tenlo, ¿cuál es el problema?”, pero no me entendía que yo ya no quiero más hijos, ella no me entendía; y creo que hasta la fecha no me entiende. Nunca me acompañó a la clínica, yo quería que fuera para que viera, para que le explicaran, pero no [...] le comenté a una hermana, ella es enfermera, ella entendió y sabía cómo era todo esto, ella

estaba bien contenta, sólo me decía cuídate. [...] al resto de mi familia no les dije nada, ellos solo vieron que subí de peso, como fue en tiempo de frío, pues ya sabes, las chamarras disimulan, pero no dije nada, no quise dar más explicaciones.

Anayansi, expresó que la decisión de ser gestante para otros, sólo la compartió con su mamá, pero no lo hizo con nadie más para evitar cuestionamientos y juicios. Sobre la reacción de su mamá, comparte que hubo varias discusiones cuya postura fue ignorarlas.

Mi mamá me dijo que no estaba de acuerdo con eso [...] como ella es muy católica, fue muy chistoso, ella fue a confesarse y el padre le dijo: “sí, ella está ayudando a una familia” y ya fue cuando ella lo entendió de otra manera, y me dijo “te perdono” pero de todas maneras yo no tomé en cuenta a nadie. En todas las discusiones que tuvimos antes de eso, yo la ignoré. No, yo no entré en discusión con ella, cuando ella me dijo ¿Cómo que vas a hacer eso? Y me empezaba a gritar y yo le dije: “Mira, nada más te estoy avisando porque me vas a ver embarazada y no vayas a decir que es tu nieto o algo así, porque no es nada tuyo” y ya, ella se molestó, pero cuando empezaba a gritarme yo me levantaba y la dejaba ahí hablando sola (Anayansi).

Yuritzi narra que ella decidió compartir con toda su familia su decisión de gestar para otros, pero más allá de conflictos o reclamos, sólo recibió dudas y dedicó mucho tiempo a explicarles en qué consistía el procedimiento y que les quedara claro que el producto de esa gestación no tenía ningún vínculo con ellos:

Toda mi familia se enteró, además de mis padres, y mis hermanos, a todos finalmente y luego de muchas explicaciones les quedó claro, también me dediqué a explicar todo el procedimiento a mis tíos, tías, primos, lo que me preocupaba es que sintieran apego con el bebé, me empeñé en dejarles claro que no era nada de ellos. Y sí, al principio me decían: “¡ay! otro sobrino, ¡otro primo!”. Los niños estaban emocionados, los niños de mi familia, pero entonces yo decía “¿Ahora que les digo?” pues fácil ¿no? y la verdad: no es mío (Yuritzi).

Le comenté a mi prima y me dijo que estaba loca, más que nada, no por el tema de que ella piense que regalas a un hijo, sino porque ¿cómo te desprenderías muy fácil?, es llevarlo en el vientre mucho tiempo, sentir sus movimientos y todo y dárselo a alguien que, en sí, no conoces, genera una confusión [...] es complicado y obviamente yo le decía eso, no es mío, no lleva mis genes, si hay un cariño, porque es un cariño a un ser vivo, un bebecito, pero no tengo por qué decir que no lo entrego, porque yo puedo ir a la cárcel, pero me dijo “adelante, es tu vida” (Yuritzi).

Por su parte, Xóchitl comentó que con su familia de origen no tuvo ningún problema; les explicó sobre el procedimiento en relación con los cuestionamientos que surgieron, y la actitud que tuvieron los miembros de su familia fue de respeto hacia su decisión; sin embargo, con quien sí tuvo muchos problemas fue con su suegra, pues no lograba entender que no era ni su hijo, ni hijo de su esposo y que al concluir la gestación iba a ser entregado:

...tuvo discusiones con mi esposo, porque le dijo que el cómo mi esposo tenía que prohibirme hacer eso, y él le dijo que no, le dijo: “déjala, mamá, déjala yo no quiero que el día de mañana ella se sienta que está frustrada por algo que yo no la dejé hacer, si quiere hacerlo, déjala” entonces ella le dijo: “ya te convenció como siempre” y él le dijo: “pues sí,

ya me convenció”. A ella después le preocupaba más lo que iba a decir la gente, que pues me vieran embarazada y que se preguntaran en donde quedó el bebé, eso era lo que más le preocupaba. [...] a raíz de esto yo me he distanciado mucho de ella, con ella sí hubo esta distancia (Xóchitl).

Con relación a la situación de las familias de origen de las gestantes frente a su participación, Ballester (2018) señala, retomando un estudio de Jadva (2012), que la mayoría de las mujeres tienen que enfrentarse a la oposición de sus familias y en general, a la de la sociedad, produciéndoles estrés. En los casos de las mujeres entrevistadas para esta investigación, algunas enfrentaron diversos problemas por la crítica y la oposición a su participación; algunas otras, tuvieron la aceptación de sus familias de origen. En cuanto a las estrategias de afrontamiento ante las oposiciones, algunas optaron por ignorar tanto a las críticas, como a sus familiares, sin dejar de ser ésta, una estrategia que provoca incomodidad e insatisfacción.

Retomando los procedimientos que llegaron a término, que para esta investigación fueron 8 de 10, y con base a los argumentos de las gestantes, quienes señalaron su satisfacción por la participación, tanto por cuestiones económicas, como de satisfacción personal por ayudar a las personas a cumplir su sueño de tener hijos, se retoma el argumento de Ballester (2018) quien manifiesta que la mayoría de las gestantes han experimentado sentimientos positivos durante el embarazo y que, después de finalizar el proceso, lo veían como un logro, lo que genera en ellas autoeficacia y el aumento de su autoestima; esto compensa las dificultades familiares a lo largo del procedimiento.

Por otra parte, los casos de Citlali y Malinalli, cuyos procedimientos no llegaron a término, y cuya experiencia fue desagradable. Citlali se enfrentó a discusiones con sus padres y hermanos, pues al momento de compartir la decisión de gestar para otros, no pudieron separar la idea de un embarazo con la maternidad consanguínea. A pesar de la oposición de su familia, continuó con la gestación y, por verse interrumpida y provocarle serios problemas de salud que pusieron en riesgo su vida, las reacciones de su familia de origen fueron las siguientes:

Al principio tuve muchos problemas con mi mamá, con mi papá y mis hermanos, no estaban de acuerdo y me lo hacían saber cada que me veían [...] Cuando pasó todo eso, mi mamá me dijo: “¡ya vez! ¡te lo dije!”; pero ya hasta cuando ya estaba aquí en la casa y ya pasó todo, porque cuando estaba allá en el hospital y me iba a ver, pues estaba bien preocupada. Todos estaban preocupados, nada más me llevaban cosas para que me sintiera mejor, me daban ánimos, pero ya cuando estuve en la casa me decía cosas como: “te lo dije” “¡imagínate si hubieras dejado solos a tus hijos!”; entonces yo, además que me sentía mal por haber participado y haber puesto en riesgo mi vida, me sentía mal también por los reproches que recibí, sobre todo de mi mamá, y a cada rato me decía “eso no es para ti, busca otros medios para lograr tus cosas” (Citlali).

Citlali recuerda el episodio de su participación como gestante para otros como un error, y asegura que es algo que no volvería a intentar, sobre todo porque su familia de origen y su familia actual sufrió junto con ella todo el proceso y su larga recuperación.

En cuanto a Malinalli, señala que también fue su mamá la que no estuvo de acuerdo desde un principio:

Al principio me dijo que no estaba de acuerdo, que si estaba loca [...] me decía que eso no estaba bien, cómo iba yo a alquilar mi vientre, ella decía que estaba mal, pero lo mismo le comenté que yo ya tenía mis hijos y que si había una compensación que sí me hacía falta, o sea, ese dinero yo lo iba a ocupar para un terreno porque yo no tengo mi casa propia, pero nunca estuvo de acuerdo, nunca entendió que no iba a ser mi hijo (Malinalli).

Respecto a la oposición de su mamá, ella comentó que no le dio mucha importancia, pues el objetivo para ella era obtener un recurso económico para comprar un terreno, y lo tenía muy claro; sin embargo, al tiempo que experimentó la pérdida de los gemelos que gestaba, sobrevinieron sentimientos de frustración, tristeza y estrés; además de sentimientos de culpa por los reproches de su mamá:

Cuando perdí a los gemelos fue muy triste, ya tenía 5 meses y todo iba bien, los padres pensaban que se iba a lograr, ya lo daban por hecho, me dio mucha tristeza verlos tan destrozados. También se frustró mi proyecto, mi objetivo, todo eso aunado a los reproches de mi mamá me hicieron sentir muy culpable, como si yo hubiera sido la responsable de que ellos murieran; pero, además, mi mamá me decía que cómo me fui a poner en riesgo yo, nomás por dinero (Malinalli).

Otro aspecto que se rescata de los discursos de oposición a la gestación por encargo, por parte de la familia de origen, es la preocupación por lo que pasará con los futuros recién nacidos, es decir, la falta de información sobre los solicitantes pone en duda la certeza de que gozarán de bienestar y atenciones; en algunos casos, conocerlos, saber de su historia, su deseo por tener hijos y tener constante comunicación con ellos, puede eliminar esta incertidumbre.

Las distintas experiencias de las gestantes entrevistadas en torno a las reacciones de su familia de origen, dejan entrever que para sus familias fue complejo desligar la gestación del ejercicio de la maternidad que implica crianza, cuidados y sobre todo un vínculo genético; sobre este último aspecto, es necesario puntualizar que algunas familias de origen sí entendieron la inexistencia de este vínculo, por lo que llegaron a asimilar que ni las gestantes ni ellos estaban relacionados genéticamente con los futuros recién nacidos -aunque es diferente cuando las gestantes aceptan aportar su material genético- al entender esto, se sobrelleva la entrega y la aceptación de la remuneración, la complejidad de su aceptación, es cuando no logran entenderlo.

4.6.2 Reacciones de la familia de procreación

Para analizar las reacciones de la familia de procreación, primero se retomará cómo fue el manejo de la información y las reacciones de los hijos; posteriormente se describirá la reacción de sus parejas en el caso de las que hasta el momento de su participación se encontraban casadas o unidas.

a) Hijos

Anahí señala que la primera vez que participó como gestante para otros, las edades de sus hijos eran de trece, siete y un año: *“a la más chiquita le tuve que quitar el pecho para iniciar el proceso y pues para los otros estuvo muy bien, porque te digo, finalmente era beneficio para todos”*. Al hablar de beneficio, se refiere a la situación económica, sus hijos no cuestionaron la gestación, pues ellos sólo percibieron *“que ahora les compraba más juguetes y los llevaba más al cine”* (Anahí).

La situación más complicada que experimentó Anahí en su primera participación es que a dos meses de que la gestación llegara a término, se trasladó a Tabasco, pues tuvo una complicación y los gemelos que gestaba tenían que nacer, por cuestiones legales, en aquel Estado. Ella narra que, durante su estancia en Tabasco, los solicitantes le apoyaron para que estuviera en constante comunicación por video llamadas con sus hijos:

...porque eso fue lo peor del proceso, estar lejos de mis hijos, todo lo demás está chévere, porque me atendieron muy bien, pero estuve casi dos meses lejos de mi familia, y mis hijos sólo preguntaban cuándo iba a regresar; a mí se me partía el corazón (Anahí).

El caso de Anahí pudo haberse replicado en algunas gestantes que participaron antes y durante el año 2016, dado que, hasta ese año, en aquel estado era permitida la participación de parejas homosexuales y de extranjeros; por lo que muchas agencias y clínicas, si bien iniciaban los procedimientos en cualquier parte del país, al finalizar trasladaban a las mujeres a Tabasco para que el o los recién nacidos pudieran ser registrados por los solicitantes sin mayores problemas. En cuanto a su segunda participación, ella expresa lo siguiente:

A mis hijos les dije las cosas como son, y me dijeron que estaba bien, ellos lo ven normal, ya del bebé este, el último, cuando nos referíamos a este embarazo ellos decían “la señora Bertha es la mamá del bebé” en ese entonces mi niña tenía 3 años y así lo mencionaba, “el bebé de la señora Bertha” o “la mamá del bebé” (Anahí).

Es decir, más allá de una reacción ante la gestación por encargo, los hijos de Anahí asimilaron que el producto gestado por su madre no era su hermano; así mismo, reconocieron a la familia consanguínea de él. Por lo que se puede concluir que ellos pudieron desvincular a la gestación de la maternidad, que les facilitó la asimilación de esta información.

En los casos de Malinalli y Anayansi, al momento de compartir la información con sus hijos, no tuvieron ninguna reacción, entendieron el procedimiento y no hubo mayores cuestionamientos, ya sea porque sus hijos estaban muy pequeños, o porque lo entendieron y no hubo ningún conflicto.

“Las cigüeñas” es un término que algunas gestantes han asumido para autodescribirse; así mismo; este término ha ayudado, sobre todo a los niños, a entender el procedimiento: “*mis hijos lo entendieron muy bien, para ellos yo trabajé de cigüeña*” (Xóchitl).

Insisto en que esto [la gestación por encargo] se tiene que abordar con mucho menos prejuicio, no se debe prejuiciar, sería importante que todas las personas, todos los adultos, lo entendiéramos como lo entienden los niños, sin prejuicios, tú les explicas a los niños y los niños no te juzgan, [...] mi niña pequeña tenía 4 años cuando yo estuve embarazada [para otros], y recuerdo que estaba jugando con su muñeca, y mi sobrina de 16 años le preguntó:

- Sobrina: “¡Qué bonita!, ¿así vas a cuidar a tu hermanito?”
- Hija: “¿Cuál hermanito?”
- Sobrina: “Pues el bebé que va a tener tu mamá”

- Hija: “Ah, ese bebé no es mi hermanito, ese bebé es Junior, mi mamá es una cigüeña y ese bebé tiene a su familia, pero no lo pueden cuidar hasta que nazca, y cuando nazca se va a ir con su familia, no es mi hermanito, mi mamá le está prestando su pancita” (Xóchitl).

Es que yo para mis hijos fui cigüeña, bueno, es que en la clínica en la que yo estuve así nos decían “cigüeñitas” y cuando yo platicué con mis hijos sobre esto, yo les dije así, y lo entendieron perfectamente (Litzia).

[con mis hijas] Nosotros lo manejamos siempre como que yo soy una cigüeña. Los niños no cuestionan tanto, para ellos está bien lo que hagas, están muy abiertos, el adulto es el que trae muchas cosas en la cabeza, en ese tiempo salió esa película de Disney de Cigüeñas (Itzamara).

En la mayoría de estos casos, no hubo mayores problemas con compartir la información de gestar para otros con sus hijos y las reacciones fueron de aceptación; sin embargo, sí se encontró un caso cuya situación fue más compleja. Itzel ha participado en dos ocasiones como gestante para otros; en la primera ocasión su hija no pudo asimilar que el ser que estaba gestando su mamá, no era su hermano.

... a pesar de que yo le expliqué, su cabecita entendía que era su hermanito, su cabeza entiende que: “si mi mamá está embarazada, es de mi mamá, es mi hermanito” entonces yo por más que le expliqué que no, ella decía que sí, ella no lo conoció, entonces el día que yo doy a luz me pregunta por el bebé, yo le dije “es que no es nuestro bebé mi amor” y se enojaba se la pasaba ¿y el bebé? ¿y el bebé?, ponía una cara de enojada, se enojó, duró mucho tiempo enojada, ella dormía conmigo y a partir de ese momento se fue a dormir con mi mamá; lo padecí como 3 o 4 meses; no me hablaba, para todo me hacía caras. En esta segunda gestación, opté por no decirle, o sea, como usaba ropa holgada, me decía mi mamá: ¿le vas a decir o no? y yo dije, “no, porque no quiero volver a pasar lo que ya pasé” entonces yo usaba ropa holgada y cuando llegó el día de dar a luz, me trasladé a Puerto Vallarta, le preguntó a mi mamá en dónde estaba yo y le contestó: “está cuidando un bebé”. Cuando ya nació el bebé, mi mamá y mi hija se fueron también a Puerto Vallarta, para pasar allá unos días mientras me recuperaba un poco y a este bebé ella sí lo conoció, lo cargó y todo y convivimos todos [los solicitantes] nos llevaron a comer, ella lo conoció y ella hasta la fecha me pregunta por Alexander el hijo de ellos, ya no lo relacionó conmigo (Itzel).

Por lo tanto, Itzel optó por omitir información, y no únicamente a su hija, sino a todo su entorno social; sólo al final, cuando ya se iba a trasladar a Puerto Vallarta, se lo compartió a su mamá y a su hermana, pues ella narra que no se le notaba el embarazo.

Por su parte, Itzayana optó por llevar a sus hijos a la clínica en donde se realizó el procedimiento y utilizar el servicio de asesoría psicológica, pues ella en un inicio se sintió incapaz de explicarle a sus hijos en qué consistía el procedimiento:

Has de cuenta que los llevé con la psicóloga a la clínica y la psicóloga les explicó a ellos cómo era el proceso, ahí tienen una presentación para niños, y se las ponen en el proyector; es un video en el que explican todo, cómo es el proceso y ellos recibieron la información y lo entendieron muy bien, tanto mi esposo como mis hijos (Itzayana).

Itzayana señala que esa información que sus hijos recibieron en un inicio facilitó el resto de la gestación y la entrega, pues ellos no tuvieron ninguna reacción negativa al respecto.

Yuritzi decidió no informar a sus hijos sobre el procedimiento por el temor a que por su edad no entendieran la situación; por lo tanto, ocultó la gestación y ante el abultamiento de su vientre y los comentarios de sus hijos “parece como que vas a tener un bebé”, ella sólo les comentaba que estaba así porque había comido mucho, pero nunca les compartió la información: “*Mami estás gordita*” y yo les contestaba: “*Sí, es que comí mucho, comí muchísimo*” (Yuritzi). Así mismo, se pudo identificar que su negativa a explicar el tema, fue también por una cuestión relacionada con el entorno social:

... nunca les comenté esto, porque cuando yo inicié [la búsqueda de ser gestante para otros] ellos estaban chiquitos yo decía, ni se van a dar cuenta, pero ahora ya estaban grandes, ya van a la escuela, las maestras, las mamás que me vean embarazada ¿qué van a decir? ahí sí yo me preocupaba por eso ¿cómo lo voy a tomar yo? ¿cómo voy a llevar eso yo? Cuando le digan “tu hermanito” eso sí me preocupó (Yuritzi).

Sobre el manejo de la información en este entorno social, Yuritzi señala que cuando le preguntaban si estaba embarazada, ella les decía que sí, pero que no les quería decir a los niños, porque ya había tenido varias pérdidas.

Es pertinente señalar que todas las mujeres que fueron entrevistadas manifestaron en algún momento de la entrevista que las clínicas en las que recibieron atención médica por la gestación contaban también con servicio de atención psicológica para ellas y para sus familias; además del caso de Itzayana, ninguna de las otras 9 entrevistadas utilizó el servicio de psicología para sus hijos, porque no consideraron necesitarlo. Si bien Itzayana utilizó el servicio, fue únicamente para obtener información apropiada para sus hijos, sin embargo, no estuvieron en terapia.

b) Esposos o parejas

Este apartado tiene el propósito de exponer las implicaciones familiares con énfasis en las parejas de las gestantes; cabe mencionar que nueve de las diez mujeres entrevistadas se encontraban casadas o unidas durante su participación como gestantes para otros. Al momento de la entrevista, dos de estas nueve, se encontraban divorciadas de sus parejas; la separación en uno de los casos se relacionó, entre otras cosas, por dicha participación.

Respecto al papel que desempeña la pareja de las gestantes, durante el procedimiento, Anahí explicó lo siguiente:

Ellos tienen que estar enterados del procedimiento y tienen que estar de acuerdo, de hecho, ellos firman un consentimiento; si la chica tiene pareja y están casados por el civil, hasta en el contrato los incluyen, y es que antes recibían a personas que estuvieran casadas legalmente, ahorita ya no, porque es mucho más problema a la hora de entregar el bebé, porque el trato legal no nada más es con la gestante, sino también con ellos; entonces, yo me imagino que por situaciones de gastos ya no reciben a chicas que estén casadas, porque pues implica un gasto más el esposo, además un riesgo de que sea él el que no quiera entregar al bebé, no he conocido ningún caso de esos, pero puede pasar. Por ejemplo, yo, fueron distintos los contratos, el que yo firmé para Tabasco fui sola, no dije que estaba casada y el que firmé en Culiacán me acompañó el papá de mis hijos y él también firmó en

la notaría, aunque no estábamos casados legalmente, estábamos en unión libre y así también tienen derechos.

Esta explicación muestra aspectos generales del papel que juega el esposo en la firma de los contratos. Dada la inexistente regulación de la gestación por encargo a nivel nacional, en cuestiones de filiación y paternidad, de acuerdo con el Código Civil Federal, el artículo 324 dispone que se presumen hijos de los cónyuges los nacidos después de ciento ochenta días a partir de la celebración de la unión; de igual forma se establece que el marido no podrá desconocer a los hijos nacidos dentro del matrimonio. Esto presupone, que el producto de la gestación para otros puede reclamarse como hijo propio, por haber nacido dentro del matrimonio.

Con respecto a la figura del esposo o pareja de la gestante, además de la situación de filiación del o los recién nacidos, es pertinente comentar que tienen un papel protagonista en la experiencia de la gestación por encargo, porque pueden ser un apoyo o un problema para la mujer cuando decide participar en el procedimiento.

En principio se muestra la experiencia de Anahí, cuyo esposo, al momento de conocer de su intención, se opuso, sin embargo, la remuneración económica lo hizo cambiar de opinión:

Él al principio no quería, cuando le expliqué y cuando le dije lo que iba a ganar, me apoyó, pero es que él quería dinero, entre más fácil le hiciera la vida y que no tuviera qué trabajar, para él mejor, me tuviera que someterá lo que fuera, no le interesaba [...] al principio no lo noté, pero fue tanto su hostigamiento sobre el dinero que decidí separarme de él (Anahí).

En su primera participación, Anahí se sometió a dos transferencias embrionarias; la primera no funcionó y el suministro de medicamentos le provocó reacciones que le generaron incomodidad y malestar, por lo que, en algún momento pensó en desistir, sin embargo, por presiones de su entonces pareja, no lo hizo.

... la verdad yo el primer intento sí lo sufrí, porque me dolía la cabeza de una forma muy pesada, entonces de hecho yo le dije al papá de mis hijos “Yo ya no quiero, porque yo me siento muy mal”, el medicamento lo sentía muy mal, me sentía como si estuviera drogada, la primera vez, no sé si a todas les pase eso, pero ese señor era muy de presionarme si es que veía que había dinero de por medio, era que lo tenía que hacer (Anahí).

Posterior a esta participación, y luego de que ella se convirtió en reclutadora de otras mujeres gestantes, recordó que su exesposo abusaba del dinero que ella ganaba, por lo que optó por separarse de él. El estudio de Olavarría y Lestage (2016) concluye que las gestantes se apropian y transforman el trabajo reproductivo, el cual, de ser una actividad sin remuneración se convierte en una nueva forma de generar ingresos; esta actividad ha cambiado en algunos casos, el rol exclusivo de estas mujeres de amas de casa, pues les permite convertirse en proveedoras sin tener que dedicar tiempo a otras labores y, en sus palabras, «descuidar a sus familias»; esta autonomía y empoderamiento económico marcó la pauta para que Anahí decidiera concluir su relación: “yo ya ganaba mi dinero, a mis hijos ya no les ha faltado nada, entonces, yo ya no lo necesité” (Anahí).

Citlali, por su parte, expresó que su esposo no estaba de acuerdo en su participación, principalmente por las posibles reacciones de sus amigos, es decir las implicaciones en el entorno social en el que ellos se encontraban; sin embargo, ella tenía varios años planeando poner un negocio propio y decidió que el dinero obtenido por esta vía, le daría la posibilidad de lograrlo y optó por no escuchar la negativa de su esposo a apoyarla en esta decisión, finalmente a él no le quedó opción más que apoyarla:

Me dijo que no, porque iba a hablar mucha gente, sus amigos, conocidos, vecinos, todos y que pues a él no le iba a gustar que dijeran “no pudo darle a su esposa el dinero para el negocio y ella tuvo que hacer eso”, fue como su orgullo, esa es su idea, y pues lo hablamos mucho y durante mucho tiempo, pero yo le dije “de todas maneras lo voy a hacer” porque pues si quería poner el negocio y no teníamos el dinero para hacerlo y él dijo: “pues ya que” (Citlali).

En el caso anterior, la preocupación de su pareja estaba en relación con el entorno social, más que por una preocupación de que la entrevistada pasara por un procedimiento en el que pudiera verse afectado su cuerpo, tampoco hubo una reflexión en torno al apego con el ser gestado; esto se traduce en que el entorno social surtió un efecto para el rechazo de la gestación para otros.

Por su parte, Malinalli expresó que la preocupación de su esposo era el apego que pudiera haber con el producto de la gestación y que luego hubiera complicaciones emocionales para ella:

Pues mi esposo no estaba muy de acuerdo, pero al final me dijo, “finalmente es tu cuerpo y tú sabes lo que haces con él”. La razón por la que en un principio no estaba de acuerdo, es porque decía que al final, yo lo iba a traer en mi vientre y pues si me llegaba a encariñar con él, pero yo le expliqué, que nosotros ya tenemos 3 hijos y que podríamos darle la oportunidad a otra persona que no los puede tener (Malinalli).

A pesar de la preocupación de su esposo, ella siempre tuvo clara la relación que tenía con los productos que estaba gestando, pues eran mellizos (gestación que no llegó a término). Preocupación similar sucedió con el esposo de Xóchitl:

Me dijo que no, al principio me dijo que no porque no me iba a poder desprender de él, me dijo que para mí iba a ser muy difícil, me dijo: “No lo vas a poder dejar, no lo vas a poder entregar” y me dijo que no. Estuve tratando de que me apoyara desde el 2015 hasta que logré convencerlo en el 2016, mientras yo encontraba una clínica fue todo un proceso para lograr convencerlo en que me apoyara, finalmente lo hizo (Xóchitl).

Itzayana dijo que su esposo siempre estuvo de acuerdo con su decisión de ser gestante para otros y que tuvo participación desde la firma del contrato, otorgando su consentimiento, y que al momento del nacimiento que tuvo lugar en Tabasco, su esposo se trasladó a firmar unos documentos: “Primero tuvo que ir a declarar cuando nacieron los bebés que no eran suyos y firmar para darle el poder a los papás, diciendo que no era de su sangre” (Itzayana). Sobre la percepción de cómo su esposo vivió este procedimiento, ella comentó que él se encariñó con los productos de la gestación:

Pues él, como que sí se encariñó porque cuando nos dormíamos él me abrazaba y le daban patadas, él las sentía, yo sentía como que ellos pensaban que era su papá porque cuando él

llegaba ellos se movían, como que si se encariñó con ellos. Ya no volvimos a hablar sobre eso, no volvimos a tocar el tema (Itzayana).

El esposo de Yuritzzi, al principio no estaba de acuerdo en su participación como gestante, por lo que ella decidió no continuar con su búsqueda de clínica para realizarlo; sin embargo, poco tiempo después volvió a platicarlo con él y lo convenció. A partir de que él aceptó, mostró total apoyo a todo lo concerniente al procedimiento, pues Yuritzzi dijo que la acompañaba a todas las revisiones médicas. Sobre su participación en la firma del contrato, ella señala que en la clínica optaron por presentarla como soltera, para evitar trámites legales que incluyen al cónyuge:

... ahí le cambiaron para que no hubiera más asunto, le pusieron que era madre soltera, bueno, en unión libre, para ya no hacer que él firmara, que él viajara conmigo a Sinaloa, que él esto o lo otro, él dijo que no tenía ningún problema por viajar también, pero tampoco tenía problema por no aparecer en el contrato, entonces así lo hicimos...(Yuritzzi).

Como se puede observar, para algunas de las parejas de las gestantes les resulta difícil aceptar y apoyar la decisión de gestar para otros; al principio no están de acuerdo en su participación; resulta complejo asimilar la idea de que verán a su esposa embarazada y el producto no es su hijo y todo lo que ello implica, a nivel personal, de pareja y social; esto, sin duda, viene a modificar estructuras sociales instauradas en su percepción de la gestación y hacen un proceso de reestructuración de significados para finalmente mostrar apoyo a la decisión de su esposa de participar en estos procedimientos. No se puede dejar de lado, que la remuneración obtenida también contribuye a reestructurar esos conceptos y mostrar renuencia ante dicha participación.

4.6.3. Cambios en la dinámica familiar

Cuando se habla de las investigaciones que se han realizado en torno a cambios en la dinámica familiar relacionados con el uso de las tecnologías de reproducción humana asistida, algunos autores manejan los cambios que se presentan en la creación de familias producto de una gestación por encargo, es decir, desde la perspectiva de los padres de intención o solicitantes (Grau y Fernández, 2015; Moreno, 2018).

En este apartado se abordarán los cambios que se percibieron por las entrevistadas en sus dinámicas familiares con relación a su participación como gestantes para otros. En cuanto a antecedentes sobre los cambios que se presentan en las dinámicas familiares de las gestantes, se ha documentado en el contexto internacional la vivencia de efectos positivos con la pareja y los hijos; dado que la principal motivación de las mujeres para participar es mejorar la situación económica de la familia, impactando positivamente en otros aspectos de su dinámica familiar. Así mismo, se han documentado efectos negativos, principalmente en aquellos países en donde el control sobre la vida de la gestante es tal, que las mantienen aisladas en casas de reposo, alejadas de sus familias, repercutiendo en la vida familiar de pareja y con sus hijos (Bascuñana, 2018; Ballester, 2017).

En el contexto mexicano, Ortega (2016) señala que, en relación con la familia, pareja e hijos, la dinámica se ve beneficiada, pues se busca un bien económico para la familia, ya sea apoyar a su pareja con los gastos del hogar y/o buscar un patrimonio para sus hijos; por lo que en las relaciones cercanas se mantiene la comunicación y el apoyo, mientras que, al resto de la familia la mantienen al margen.

En este sentido y con relación a los cambios en la dinámica familiar que se describieron por parte de las mujeres entrevistadas para los fines de esta investigación, se retoma la anterior narrativa de Anahí en la que compartió que, posterior a la experiencia, sobrevino el divorcio con su pareja. Así mismo, en otro momento de la entrevista, señala que el principal problema fue el manejo del dinero obtenido por la gestación para otros; es decir, su pareja quería mantenerse de ese ingreso, aun y cuando era evidente que era un ingreso temporal:

...estaba bien con mi esposo en ese tiempo, siempre estuvimos bien, pero ahora la diferencia era que había dinero y eso cambió mucho las cosas [...] él dejó de trabajar, y ya estaba planeando mi próxima gestación, casi casi, para vivir de eso, y no era el caso...(Anahí).

Se puede hablar del uso instrumental del cuerpo de la mujer y de que su pareja intentó una explotación de su capacidad reproductiva; sin embargo, ella no lo permitió y esta situación concluyó en un divorcio. A partir de esa decisión, seguramente vinieron otros cambios en la dinámica familiar de Anahí, que al momento de la entrevista identificó como positivos. Ella compartió que los recursos obtenidos por gestar para otros y por incursionar como reclutadora le han facilitado el logro de algunas metas económicas que le han brindado estabilidad y bienestar a su familia: “... *ya tengo mi casa [...] aún me falta otra vivienda que voy a hacer para rentar...*” (Anahí).

Por su parte, Itzel experimentó cambios en la dinámica familiar a partir de que empezó a recibir la remuneración por su participación; ella vive con su mamá, su hermana y su hija, y las relaciones entre ellas son un poco hostiles; sin embargo, hubo cambios al menos mientras duró el procedimiento; estos cambios a ella le generaron incomodidad y desagrado:

...económicamente estaban conmigo por interés [...] conmigo estuvieron ¿qué se te ofrece? ¿quieres esto? ¿te sientes mal? ¿te traigo algo? Y ya pasando esto, más bien, pasando que se te acaba el dinero, ya has lo que quieras, si te duele qué bueno y si no también, o sea, tanto de mi mamá como de mi hermana [...] no me gustaba que se portaran así, sentía feo, pero también me daba coraje [...] Entonces ahora en este segundo proceso opté por, sabes qué, separemos relación, sí tengo dinero, pero va a ser para mí y no para otras cosas, ya no les di nada, y les dije que estaba embarazada hasta que ya iba a parir y me lo reprocharon... (Itzel).

Sobre los cambios en la dinámica familiar que percibió Xóchitl, señala que a partir de que ella decidió gestar para otros, hubo un distanciamiento con su suegra, porque no estuvo de acuerdo; su participación marcó un antes y un después en la relación con su suegra:

... con mi suegra sí hubo un distanciamiento muy fuerte, [...] ella siempre estuvo en contra, pero durante todo el proceso me estuvo pidiendo dinero prestado, o sea, esa doble moral [...] con ella si hubo un distanciamiento grande, sobre todo porque hubo problemas por dinero [...] nos llevábamos bien no teníamos conflicto entre nosotras, a raíz de esto hay mucha distancia ya (Xóchitl).

Este distanciamiento con su suegra ha significado implicaciones en la dinámica familiar, dado que no sólo fue un alejamiento entre las dos, sino que toda la familia ha dejado de frecuentar la

casa de su suegra, lo que implicaba también que sus hijos se ya no se relacionaran con su abuela y la familia de su esposo; este ha sido el cambio más significativo.

En la historia de Yuritzi, los cambios en la dinámica familiar se establecen en dos tiempos; recordemos que antes de lograr la gestación, ella participó en 9 transferencias embrionarias y una inseminación artificial que no tuvieron éxito; esta imposibilidad de quedar embarazada le ocasionó algunos trastornos en sus emociones; ella lo describe como una depresión que impactó en sus actividades cotidianas y como consecuencia, en su dinámica familiar:

Cuando fallaban y fallaban las transferencias yo me llegué a sentir muy mal, eso como que me deprimió, me sentía inútil, ya no me sentía mujer porque no quedaba embarazada y yo ya no hacía nada por mí, ni buscaba trabajo, ni hacía nada en mi casa, nada, nada, ya mi familia me decía que ya no lo intentara, que tanto medicamento me iba a hacer daño; mi esposo estaba muy preocupado, tratando de hacerme entender que no era yo la del problema, pues ya teníamos dos hijos, y yo como que me obsesioné con quedar embarazada y cada negativo, me daba para abajo, mi esposo se desesperaba, y descuidé a los niños, estaban bien chiquitos (Yuritzi).

Las cosas cambiaron para Yuritzzy y su familia cuando se concretó la gestación para otros y culminó el procedimiento; los cambios en su dinámica familiar iniciaron con el apoyo en la economía que propició que se cambiaran de casa situación que mejoró la salud de sus hijos, entre otras cosas:

... mejoraron las condiciones de mi familia, mis condiciones de vida, tanto emocionales, como de salud; mis hijos se enfermaban mucho en la casa en la que vivíamos, estaba en obra negra, no tenía piso ni ventanas, había mucha humedad a cada rato se me enfermaban de la tos, se me iba mucho dinero en antibióticos, mucho gasto, ahora pudimos rentar una casa con piso; estoy más cerca de mi papá, y de mejores escuelas [...] tengo un ahorro para iniciar un negocio propio en el que pueda tener a mis hijos conmigo [...] el otro proceso lo voy a enfocar para lo del negocio... (Yuritzi).

Como es el caso de muchas de las gestantes, los cambios en la dinámica familiar se relacionan con la capacidad económica para mejorar las condiciones de vida; Yuritzi manifestó que las modificaciones en su dinámica familiar se relacionaron con el cambio de vivienda que tuvo impacto en otras áreas de bienestar para su familia.

En la narración de Yuritzi, también se puede apreciar cómo se retoma el discurso de que la capacidad reproductiva y la maternidad se asocian directamente con la feminidad; si bien estos constructos sociales han evolucionado históricamente y en la actualidad se han hecho reflexiones sobre la feminidad y la gestación como algo que puede ir en separado (Barrantes y Cubero, 2014) en el contexto mexicano, como en muchos otros, se puede hipotetizar en el sentido de que se sigue reproduciendo esta asociación y estos significados.

En los discursos de las gestantes, también se encontraron frases en las que expresan su percepción de no haber tenido ningún cambio en su dinámica familiar a partir de su participación como gestantes para otros. Malinalli señaló lo siguiente: “Creo que todo está igual [...] mi familia no se opuso, aceptó mi decisión; la demás gente no tiene por qué meterse, creo que nada cambió” (Malinalli). Por su parte, Itzayana, comenta que ella no tuvo implicaciones negativas

familiares por ser gestante para otros; en su caso, las implicaciones se relacionan con el ámbito social, el que a continuación se abordará.

4.7 Percepción de cambios en el entorno social

El entorno social de la gestante incluye las relaciones que tienen con amigos, vecinos, compañeros de trabajo y personal de las escuelas de sus hijos. Las particularidades de cada uno de los contextos se conforman por el sistema de creencias, cultura, tradiciones y la opinión de cada uno de sus miembros sobre la gestación por encargo.

Para construir el apartado sobre los cambios en el entorno social, se retoman las percepciones de las gestantes sobre la existencia de reacciones tanto favorables como desfavorables, por parte de los miembros de su entorno social, y qué implicaciones tuvieron. Según Ballester, (2018:21) algunas de las reacciones se deben al estigma que se le impone por parte de una sociedad influenciada principalmente por la religión, así como el rechazo a la práctica de la gestación por encargo, por no considerarse moral.

Es pertinente señalar que algunas mujeres establecieron estrategias de afrontamiento y protección ante las posturas de la gente con la que conviven como: ignorarlos, alejarse u omitir la información sobre su participación. A continuación, se presenta lo que las entrevistadas compartieron sobre su percepción de actitudes desfavorables y los cambios en su entorno social.

Citlali señala que recibió fuertes críticas por haber recibido dinero por gestar para otros, hubo sugerencias de que mejor se consiguiera otro trabajo, para lograr su meta personal:

Me sentí criticada, porque me decían “Lo estás haciendo por dinero” y yo pensaba, pues sí [...] nuestros amigos los cercanos, me decían: “¿qué va a decir la gente?” [...] todos esos comentarios eran incómodos [...] una amiga me dijo “yo creo que deberías de buscarte otro trabajo en donde te paguen más” pero no, porque yo decía “o sea, ¿cuántos años llevo trabajando? Y por más que digo “voy a juntar, voy a juntar no he podido reunir el dinero para mi proyecto” [...] [finalmente] opté por ignorarlos, incluso, nos dejamos de frecuentar, ellos no veían bien lo que yo estaba haciendo y yo no iba dejar de hacerlo porque a ellos no les pareciera, entonces nos alejamos, porque yo decía: “nadie sabe lo que yo quiero y al final de cuentas es mi cuerpo, ¿no? Yo voy a decidir” (Citlali).

Los cambios generados en el entorno social de Citlali consistieron en alejarse de amigos con quienes había una relación cercana y que, en quienes ella confió para compartir información sobre su participación, pero al recibir críticas se generó un quiebre en la relación y dejaron de frecuentarse.

Por su parte, Itzayana señala que la principal crítica sobre la gestación por encargo es porque se le equipara a la comercialización de sus propios hijos; entonces, esto generó desagrado entre las personas a su alrededor.

... mis vecinos al enterarse comentaban que eso estaba mal, este, cómo se puede decir, pues es que todavía la gente piensa que son tus hijos, pero no saben nada sobre esto, piensan que los niños los utilizan para algo malo o que tú estás vendiendo a tus hijos [...] los comentarios me hacían sentir intranquila, pues llegué a pensar si realmente estaba haciendo bien con lo

que estaba haciendo, de tantos comentarios que escuchaba en contra de esto, y claro, me sentía señalada y la relación con ellos ya no fue igual, se puso raro el ambiente, me sentía juzgada, ya ni quería salir para no verlos y que no me vieran (Itzayana).

El entorno social de Itzayana que está conformado por la relación con algunos vecinos se modificó debido a que las críticas le generaron incomodidad y desconfianza para relacionarse con ellos; se sintió señalada por ser gestante para otros, y las críticas le causaron cuestionamientos acerca de si realmente era correcto lo que ella estaba haciendo.

Otras gestantes recibieron la misma crítica relacionada con la idea que tienen algunas personas acerca de que la gestación por encargo es equiparable a la venta de hijos o venta de bebés, lo que tuvo algunas implicaciones en sus entornos sociales, tal es el caso de Yuritzi:

Con un amigo tuve una discusión [...] le expliqué todo y me dijo que eso era vender a un hijo, porque le hablé de la compensación económica [...] me juzgó, ya no volvimos a hablar, ya ni supo que sí lo hice. [...] Algunas otras personas de donde trabajaba y por donde vivía, les dije porque me iban a ver embarazada, y pues me decían que eso era como vender a tu hijo, vender a un bebé, que cómo era posible que vendiera a un bebé, que cómo es posible que traigamos más bebés al mundo sabiendo cómo está la situación, que las personas mejor deberían de adoptar, comentarios así que me hicieron sentir mal y me hicieron alejarme o ya no querer ver a estas personas (Yuritzi).

Yuritzi señala que ella compartió su decisión de ser gestante para otros con un amigo con la idea de contar con su apoyo; sin embargo, la reacción fue de rechazo y crítica, por lo que la relación de amistad se vio afectada; lo mismo sucedió con algunas otras personas de su entorno social.

Sobre las implicaciones sociales que se relacionan con las críticas hacia la gestante, algunas de ellas optaron por omitir la información y buscar estrategias para ocultar el embarazo. Itzel señala que decidió no compartir la información de su participación ni a sus amigos, ni a sus vecinos, porque sabe de las fuertes críticas que existen al respecto; con ello evitó ser señalada, así como dar explicaciones y detalles de su participación:

Nadie se enteró, yo no le dije nada a nadie, es que no se me nota el embarazo y yo salía con mis amigas, y no se me veía pansa ¡te lo juro!, iba y tomaba café, una que otra cerveza, como si nada, y nunca lo notaron [...] creo que más que nada fue por la crítica, o por no estar dando explicaciones, además, pues aprovechar eso, de que no se me nota, creo que así me evité muchos malos ratos (Itzel).

Situación similar la vivió Anayansi, quien explica por qué razón ella decidió no compartir la información sobre su decisión de gestar para otros con personas de su entorno social; también se muestra en su narrativa cómo se modificó su dinámica diaria para evitar cuestionamientos:

No lo platiqué con mis amigos, ni tampoco con vecinos, cuando me embarazo me pongo gordita, entonces no se ve, ya los últimos, el mes o medio o dos meses que faltan ya casi no salgo, [...] mi esposo y yo nos turnamos, en la mañana no hay problema porque me voy rápido a la escuela (por su hija) pero regreso y ya no salgo. Los últimos dos meses ya no salgo para nada. Lo hago así por no dar explicaciones, yo soy una persona muy directa, siempre digo lo que pienso, no tengo problema en eso, lo oculto para que no me cuestionen,

porque soy grosera; del otro bebé, iba a la tienda y me decía la señora “ay estás embarazada” y le dije: “No, así estoy de gorda” y me dijo: “No ¿cómo crees?” y ya vio mi cara de que me molesté y ya no me dijo nada, por eso te digo, yo soy una persona muy directa y no pasan la barrera de estarme preguntando (Anayansi).

Con relación a las implicaciones en el entorno social algunas de las gestantes entrevistadas asumieron que el producto de la gestación era propio, para evitar explicar en qué consiste el procedimiento y las críticas por ello. Xóchitl, no compartió su decisión ni con amigos ni con vecinos, por el temor de ser juzgada por todo aquello que se menciona al respecto, ya que mucha gente la sigue comparando con la venta de un hijo.

A mis vecinos y amigos no les dije nada, porque la verdad si me molestan las críticas, de entrada, porque no todo el mundo lo entiende, para unos estás haciendo una labor muy bonita, para otros estas regalando a tu hijo, o vendiendo a tu hijo; entonces, es muy difícil y te digo, no me voy a sentar a explicarle a cada persona; en mi caso hubo muchas críticas también porque como saben que ya tengo 5 hijos y que si bien no vivimos con lujos pues a mis hijos no les hace falta nada, pero siempre juzgan, la gente siempre juzga cuando es una familia grande (Xóchitl).

Otra estrategia de afrontamiento para evitar o sobrellevar las reacciones del entorno social y minimizar las implicaciones, fue manejar la información de un embarazo como propio, y después dejar que la gente pensara que el recién nacido había fallecido. Yuritzi narra que así lo manejó con personal de la escuela de sus hijos y algunos vecinos:

En la escuela de mi niño me empezaron a notar el embarazo, la señora de la tiendita y la del aseo me decían: “¡ay está embarazada!” y yo “sí”; [me decían] “¡ay ya el tercero!” y yo “sí” y me preguntaban que, si los niños ya lo sabían y yo les decía “No, no saben” [...] me llevaba muy bien con la señora de las colaciones de la escuela, ella fue la que me estuvo preguntando que si los niños sabían, contestaba que no; me preguntaba que si estaba todo bien, y le decía que sí, pero que no les quería decir hasta que ya pasara más tiempo [...] algunas mamás también, me preguntaban ¿Qué es? Y les decía “es niño” y así, yo lo llevaba, así como mío: “estamos contentos”, “sí, el tercero”, “pero mis hijos no saben nada”; fue lo que siempre manejé, pero cuando ya nació el bebé y me preguntaban, yo les decía “no me pregunten nada” y asumieron que falleció, y nunca expliqué (Yuritzi).

Igual que en el caso de Yuritzi, Xóchitl, decidió no compartir nada sobre la gestación para otros, pero al enfrentarse a los cuestionamientos sobre el producto de la gestación al ya no verla embarazada, se limitaba a decir “el bebé ya no está con nosotros”:

Simplemente les dije “el bebé no está con nosotros”. Cuando estaba embarazada y me preguntaban ¿cómo vas y para cuándo? Yo decía, “está muy bien, es una niña, todo bien”; yo lo manejé como un embarazo mío, y ya después empezaron a preguntar y yo lo único que les decía es “no se quedó con nosotros” y me decían: “¿Cómo? ¿Falleció?” y yo nada más decía: “es un tema difícil y no quiero hablar de eso” y ya, porque tampoco, yo no quiero confirmar que falleció, simplemente “ya no está con nosotros” y no estoy mintiendo, pero que entiendan lo que quieran (Xóchitl).

Una historia similar sucedió con Itzamara, quien comentó que algunas vecinas supusieron que ella perdió al bebé, debido a una plática que tuvo con una de ellas:

Una vecina me cuestionó: “Ay ya tuviste a tu bebé ¿qué fue?” y ya le dije: “no, es que no está conmigo” y me dijo: “ay mira, yo te entiendo, yo perdí un hijo” y yo “ay ya me voy” [risas], muchas gracias, y lo siento y todo. Después que veía a sus hijas o a otras vecinas que se conocen, se me quedaban viendo con tristeza [risas] y yo ¡ay, Dios mío! Bueno ni modo. Para no dar explicaciones, o sea, se me hace muy agotador estar diciéndoles esto es así y así, y luego que el teléfono descompuesto, yo te lo platico y luego lo platica de otra forma y así, y al rato ya voy a ser la que dio en adopción a su hijo o la que anda vendiendo a sus hijos, no vi necesidad (Itzamara).

Con relación a las críticas que se emiten hacia las gestantes por participar en este procedimiento, Itzel las describe como una falta de empatía por quienes no pueden tener hijos o les ha sido complicada una adopción:

Sí, siento feo que nos tachan como si estuviéramos vendiendo a nuestros hijos, pero no es culpa de nosotras, es la ignorancia de la gente porque no busca la información, deberían investigar ¿qué es subrogación? ¿qué es una madre sustituta? ¿qué implica el rentar tu vientre? ¿para qué? También no se ponen en el lugar de los demás, en los que no pueden tener una familia, nada más piensan en ellos, la gente ni sabe todo lo que una familia tiene que pasar para una adopción, se pasan años y no obtienen nada (Itzel).

En el mismo orden de ideas, Xóchitl narra cómo ha sentido esas críticas de parte del entorno social, críticas que desconocen el contexto tanto de quienes gestan, como de quienes solicitan el procedimiento, siendo esta su última opción:

A veces por sacar la nota nos ponen etiquetas, o que dicen que tal persona vendió su hijo o tal persona compró su hijo, tú no sabes todo el dolor, todo el trabajo, todos los intentos que ha tenido una familia por tener a su bebé, a mí me tocó una mujer que me hablaba de 5 abortos, a las 20 semanas, o sea, ya un bebé, 5 abortos y que no llegaba a término, familias que lo han intentado una y otra vez, familias que han intentado la adopción y que también es complicadísima, entonces no es como que tienen el caprichito de comprarse un bebé, no es así, llegaron a la gestación sustituta, a la maternidad por encargo después de mucho camino recorrido, esta es su última opción (Xóchitl).

La pertinencia de abordar las etiquetas, estereotipos y señalamientos de miembros del entorno social es con la intención de mostrar el contexto de la vida de las entrevistadas, así como los cambios que ellas perciben en su dinámica social, debido al alejamiento de algunos miembros de este ámbito, principalmente por las críticas sobre su participación.

Como se ha observado en sus discursos permea el juicio basado en concepciones erróneas de la gestación por encargo, tales como compararlo con la trata de personas, la comercialización de recién nacidos, la insensibilización ante la entrega de un ser que se gestó, sin asegurar que esto no sucede, por el contrario, en los casos aquí expuestos se puede identificar a mujeres informadas, decididas por cuestiones personales (empatía o economía) a participar en la gestación por encargo.

Así mismo se pudieron identificar afectaciones en sus emociones por los juicios recibidos tanto por las familias, como por el entorno social al que pertenecen, obligándose a negar la existencia de un embarazo para evitar juicios y cuestionamientos. La percepción de cambios en su entorno

social para algunas se tradujo en modificaciones en su vida social, al dejar de relacionarse con algunos amigos, dejar de saludar o hablar con vecinos, cambiarse de casa o manifestar el deseo de hacerlo.

CAPITULO 5. CONCLUSIONES

5.1 Los motivos: la economía y la permanencia de la familia con hijos

Algunas entrevistadas señalaron que ser gestantes para otros les representó una opción para obtener recursos económicos; algunas de ellas tuvieron la meta de poner un negocio que les diera la posibilidad de estar en su casa y seguir al cuidado de sus hijos; por lo tanto, una lectura que se identifica es la reproducción de la figura de la mujer cuidadora, encargada de sus hijos y de las labores del hogar; esto se da bajo un contexto social y cultural del papel de la mujer - madre – cuidadora – gestante.

Con relación al requisito de tener cierta estabilidad económica para poder participar como gestante para otros²⁷, se puede analizar desde distintas lecturas: la primera, se plantea como un cuestionamiento al discurso social de que únicamente las mujeres en condición de pobreza o pobreza extrema son quienes buscan estas opciones para obtener recursos económicos; aunque no se tienen elementos para afirmar que esto no sucede, pues no existe un registro de mujeres gestantes y las condiciones bajo las cuales participan en este procedimiento, este planteamiento muestra una realidad de mujeres que ya cuentan con ingresos y que con esto buscan acrecentarlos o lograr metas específicas: adquisición de bienes muebles, inmuebles o establecimiento de negocios propios.

Además del trabajo productivo y reproductivo, como lo conceptualiza Olavarría (2018) al referirse a la doble jornada laboral; si es efectivo o generalizado el requisito de que cuenten con un empleo remunerado; se tendría un escenario complicado puesto que además de cumplir con las funciones de madre y ama de casa, aunado a tener un empleo y ser gestante para otros, representa una doble o triple jornada laboral. Esto aunado a las experiencias compartidas sobre las implicaciones físicas del suministro de medicamentos que conllevan efectos secundarios en su cuerpo,²⁸ por lo que para algunas de ellas sería imposible.

Por otro lado, estos requisitos sugieren la imagen de mujeres con embarazos completamente saludables, cuyas implicaciones no interfieren con sus actividades laborales y de cuidado cotidianas; situación que no es posible generalizar; de ahí la importancia de conocer la situación contextual de la gestación por encargo en México, pero también la situación específica de las gestantes y sus experiencias.

La situación económica en México es compleja, requerir estabilidad económica y laboral en mujeres que aspiran a gestar para otros, como lo expuso Anayansi, es complicado, sobre todo cuando las motivaciones y expectativas de su participación están permeadas por beneficios económicos y materiales. Es justo uno de los principales motivos para la participación de estas mujeres como gestantes para otros. La obtención de recursos económico que mejoren su situación y la de sus familia se enmarca en un contexto nacional; de acuerdo con el Resumen Ejecutivo del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL,

²⁷ Requerimiento manejado por algunas clínicas de reproducción asistida para evitar el abuso económico de las gestantes hacia los solicitantes, y para no tener como única opción de sustento económico lo recibido por ser gestante para otros, de acuerdo con palabras de Anayansi, reclutadora y gestante para otros.

²⁸ Categoría que se analizó en el apartado de implicaciones física de los tratamientos médicos para lograr la gestación por encargo.

2018), en México, 41.9% de la población se encuentra en pobreza; esto representa a 52.4 millones de sus habitantes, así mismo, 7.4% de la población se encuentra en pobreza extrema, con poco más de 9 millones de habitantes.

La mayoría de las entrevistadas señalaron que, gracias a la remuneración obtenida por gestar para otros, lograron consolidar proyectos que habían estado postergando por no tener la fluidez económica necesaria para lograrlo (negocios familiares y personales, construcción de viviendas, adquisición de automóviles). Así mismo, se pudo identificar que algunas de ellas consideraron a la gestación por encargo como una de las mejores opciones para lograr sus objetivos en el corto plazo, pues en un periodo de 8 meses, recibieron de 180 a 220 mil pesos, que en el contexto económico antes mencionado en el que el salario mínimo diario en 2021 es de \$141.70, se traduce en una cantidad a la que difícilmente tendrían acceso en ese periodo de tiempo. De igual forma, consideraron como positiva la posibilidad de continuar con sus labores de crianza y cuidado de sus propios hijos.

Por otra parte, el papel de la familia (nuclear, monoparental, extensa, etc.) con hijos, se sigue buscando como una aspiración que consolida a una familia; en este sentido, se identificó en los motivos de las gestantes, la voluntad de ayudar a quienes no han podido ser padres de forma natural, de acuerdo con Ramírez (2015:25) “la llegada del primer hijo [...] es una de las etapas más celebradas y esperadas por muchas parejas y sus familias”, por lo tanto, para muchas personas les resulta frustrante la falta de hijos, en contra parte, la colaboración para que una familia logre tener hijos, resulta motivo de celebración y es esta satisfacción que también comparten las gestantes al ver concretado el sueño de las personas o parejas para quienes gestaron.

La gestación por encargo no sólo favorece la creación de familias tradicionales con hijos, sino que se ha convertido en una de las principales formas para la procreación de hijos en parejas homosexuales. Así mismo, es una opción para familias monoparentales, tanto con un padre, como con una madre; en la población entrevistada para fines de esta investigación, se encontraron mujeres que gestaron a solicitud de todos estos tipos de familias: parejas heterosexuales, homosexuales, hombres y mujeres en solitario.

La familia, complementada o configurada con la existencia de los hijos, se fundamenta en la conservación de la cultura, tradiciones y valores que son típicos del contexto histórico de nuestro país (Valdés, 2007); en este sentido, el contexto de los motivos de algunas de las mujeres para convertirse en gestantes se relaciona también con cumplir el deseo de quienes buscan convertirse en padres, dejando en ellas la satisfacción de haber colaborado con esta conservación y reproducción de la familia, a través de la existencia de los hijos.

5.2 Implicaciones físicas y emocionales durante la gestación

Entre los objetivos que guiaron esta investigación se encuentra el análisis de las implicaciones físicas y emocionales que las mujeres experimentaron al gestar para otros. Las primeras están relacionadas con los síntomas del embarazo y los dos aspectos que se pudieron identificar es que en este tipo de gestación hay medicamento que hace posible que el embarazo se concrete y se mantenga, por lo tanto, además de los síntomas propios de un embarazo, se tienen algunos efectos de dichos medicamentos.

En el mismo orden de ideas, todas las mujeres gestantes entrevistadas han tenido previamente embarazos de sus hijos consanguíneos, por lo tanto, tienen referentes sobre los síntomas que se experimentan; en ese sentido, las mujeres manifestaron que hubo diferencias en su forma de percibir los síntomas por dos razones: una de ellas fue en los casos de las gestaciones múltiples, a decir de quienes lo vivieron de esta manera, fue más complicado por la carga y los síntomas los describen como más intensos. La otra razón, fue la diferencia en la atención médica percibida en las gestaciones por encargo, si bien, tuvieron algunos síntomas propios de la gestación, la atención médica propició que ellas tuvieran mejores medios para sobrellevarlos.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que algunas mujeres experimentan síntomas similares a los ya experimentados con sus embarazos anteriores, no obstante, las diferencias radican en el medicamento suministrado, las gestaciones múltiples y la atención médica en instituciones privadas. Debido a la importancia de que la gestación se lleve a término, por todo el procedimiento que se lleva a cabo previo a que se concrete la gestación, las atenciones se centran en que la mujer gestante se encuentre en buen estado de salud.

Es pertinente señalar que las implicaciones físicas anteriormente mencionadas se basan en las mujeres que llevaron a término la gestación; sin embargo, hay dos casos de mujeres que tuvieron implicaciones mayores al ver interrumpida la gestación a los 4 y 5 meses de gestación. Para ellas las implicaciones tuvieron que ver con complicaciones mayores, incluso, en uno de los casos la vida de la gestante estuvo en riesgo.

Debido a lo anterior, es necesario puntualizar que los riesgos mayores están presentes en cualquier tipo de gestación, pero en los casos de gestaciones por encargo, deben llevarse a cabo con suficiente información sobre los riesgos que esto pueden implicar para las mujeres que las llevan a cabo; así mismo, se debe asegurar la realización de estudios médicos previos que garanticen, en la medida de lo posible, la estabilidad en su salud, y esto, debe quedar especificado en el contrato de subrogación.

Respecto a las implicaciones emocionales durante la gestación, se pudo observar que sus emociones se vieron afectadas más por cuestiones sociales, que propias de los cambios hormonales producidos por el embarazo; prevalecen los juicios, el estigma y el rechazo por falta de conocimiento sobre los procedimientos, pues es difícil desvincular la gestación de la maternidad y la crianza de los hijos, esto provocó implicaciones emocionales en algunas mujeres entrevistadas durante la gestación.

5.3 Implicaciones emocionales al momento de la entrega del o los recién nacidos

Mucho se ha mencionado sobre el vínculo o la eliminación de éste con los seres que gestan, este vínculo surge en la gestación y se desarrolla con la relación que la gestante construya con el ser gestado. La intensidad de este vínculo se relaciona directamente con las implicaciones emocionales en el periodo de gestación y al momento de la entrega.

Las condiciones de apego o desapego que la gestante experimente durante la gestación, podría facilitar o complicar la entrega del o los recién nacidos. Ante estos supuestos, las experiencias de las mujeres gestantes entrevistadas muestran distintas realidades; la mayoría de ellas asegura

que el vínculo que se genera con los seres que gestan es muy fuerte, a grado tal que se comunican verbalmente con ellos, incluso los nombran de alguna manera; se vuelven parte de la dinámica familiar, incluso hay casos en los que los esposos y los hijos de la gestante generan lazos con ellos.

A pesar de que se reconocieron vínculos emocionales con los seres gestados, la claridad en la desvinculación genética con ellos que genera la certeza de que no son sus hijos, y que consecuentemente serán entregados a sus familias, propició que en la mayoría de los casos la entrega se presentara sin mayores complicaciones emocionales; es decir, se reconocieron emociones de tristeza ante la entrega, sin embargo, prevaleció la felicidad y satisfacción por la colaboración en la formación de una nueva familia con hijos.

De igual manera, se identificó la satisfacción por la percepción económica recibida que resultó, al menos en los casos de gestaciones llevadas a término, en realización de proyectos económicos personales y familiares, así como la mejoría en la economía de sus familias.

En otros casos se procuró que el lazo sea únicamente entre la gestante y el ser gestado, sin involucrar a la pareja o a los hijos; en algunos casos se ha omitido incluso la presencia de esta gestación por lo que o los hijos de la gestante ni siquiera se dan cuenta de la existencia de los seres gestados; esto se emplea como una estrategia de afrontamiento por parte de las gestantes para evitar cuestionamientos y explicaciones sobre lo que implica una gestación por encargo.

5.4 Las implicaciones sociales de la gestación por encargo

Como se mencionó en el apartado de las implicaciones sociales, uno de los principales problemas que enfrentaron las entrevistadas fue el estigma social relacionado con la idea de algunos de los miembros de su entorno social, de que la gestación por encargo se equipara a la venta de recién nacidos; de igual manera, la utilización instrumental de su cuerpo equiparable a la prostitución.

Sistare (1994, citado en Ekis, 2017:183) señala que la gestación por encargo debe ser considerada como un trabajo y no hay nada de erróneo en vender el cuerpo, ya que debe existir libertad en que las personas traten sus cuerpos como propiedad de diversas formas: vender su sangre, anticuerpos, semen; ya que en nuestra sociedad no se estigmatiza a nadie que vende su mano de obra; en todo caso, la gestante no vende nada, solo presta un servicio al rentar una parte de su cuerpo (Sistare 1994:397, citado en Ekis, 2017: 183).

Por su parte Ekis (2017) discute la concepción de la gestación por encargo como un empleo y la tacha de despreocupada al mencionar que la gestación por encargo puede considerarse una forma ampliada de la prostitución, porque hay alguien, generalmente un hombre, que paga por el uso del cuerpo de la mujer, este representa sólo el medio para lograr su fin; así mismo, señala que la gestación por encargo se asemeja a una nueva forma de comercio humano; lo sostiene con argumentos como la eliminación del papel de la mujer dentro del procedimiento, dicha eliminación incluye su opinión, su sentir en torno a su rol y eliminación del apego con el ser que está gestando.

Con relación a la postura de Ekis (2017), se coincide a partir de la experiencia de las gestantes entrevistadas, pues hace falta más presencia de su opinión en cuanto decisión sobre cómo llevar el procedimiento con relación a la cercanía o no de los solicitantes y que no sea una decisión unilateral que recaiga sólo en quien paga, se considera que quien gesta debe tener una opinión de peso; es importante también su decisión sobre cómo parir y cómo relacionarse con los recién nacidos, si decide amamantar, seguir en contacto o no. También se coincide con la postura de Sistare (1994, citado en Ekis, 2017:183) en el sentido de la autonomía y la decisión sobre su propio cuerpo.

La importancia de conocer de su propia voz su experiencia, arrojó para esta investigación importantes hallazgos en torno a las implicaciones sociales, puesto que no únicamente se obtuvieron las experiencias descritas en las implicaciones familiares y sociales, tomando en cuenta amigos cercanos y vecinos, sino en entornos públicos con personas ajenas a su experiencia. Para enriquecer el aporte para abordar las implicaciones sociales, se considera primordial exponer el discurso de Xóchitl, quien ha estado en espacios públicos como activista a favor de la regulación de la gestación por encargo y en donde ha tenido enfrentamientos directos con grupos feministas, al respecto, ella expone lo siguiente, desde su postura de gestante y de reclutadora de mujeres gestantes para otros:

... me molesta la postura que las feministas radicales tienen, y se refieren a nosotras las gestantes como mujeres explotadas, mujeres ignorantes, mujeres empobrecidas, mujeres forzadas a la maternidad, cuando realmente no es cierto; yo les he dicho a ellas ¿por qué no se acercan a la gestante? ¿por qué no le preguntan por qué lo hace? Hay profesionistas en esto, hay mujeres que no tienen una gran necesidad económica; de ninguna manera somos mujeres forzadas, porque nosotras lo hacemos por voluntad, nosotras somos las que buscamos y nos acercamos; y, cuando yo les planteo esto, ellas me dijeron: “Yo no necesito hablar con una gestante para saber que está siendo explotada”. Entonces, me han ofendido, me han insultado por mi postura, porque yo les he planteado: “¿por qué si yo tengo el derecho de decidir que no quiero tener un bebé y abortarlo, por qué no puedo decidir parir para alguien más, o como ustedes lo llaman parir ajeno?”, me han insultado fuerte, me han llamado “ultraderechista de mierda”. Ellas creen que tienen la razón [...] no saben el empoderamiento que le da a una mujer hacer todo esto, porque somos mujeres que, en mi caso, valoro la posibilidad que tiene mi cuerpo de hacer esto, si en algún momento tenía algunos complejos, [...] ahora yo lo valoro muchísimo, yo valoro más mi maternidad porque tengo la posibilidad de tener una maternidad natural, de tener a mis propios hijos sin necesidad de recurrir a alguien más, y valoro mucho a mis hijos, y valoro mucho a mi cuerpo. Esto también da poder económico, y muchas mujeres han salido de relaciones dañinas gracias a que se han podido desprender económicamente y yo creo que ahí tendría que valorarse un poco más, si se va a legislar, que no solamente se aborde el derecho de los padres, o que se aborde la parte médica, se tendrían que abrir los canales, se tendría que abrir un foro para las gestantes para que nosotras pudiéramos expresarnos, para que nosotras que llevamos la mayor parte del trabajo podamos decir, porque también argumentan que te están arrancando a tu hijo de los brazos o que estas vendiendo a tu hijo, o le dicen a nuestros hijos que están vendiendo a su hermanito, cuando no es cierto, nuestros hijos lo comprenden perfectamente y nosotras sabemos que es un bebé que no se va a quedar con nosotros, que si lo quieres mucho porque somos humanas, porque tenemos sentimientos, porque no es una cosa que vas a aventar ahí, [...] me tomó trabajo, pero no me encariñé, [...] lo cuido, lo quiero pero sé que no es mío; esa parte humana la tendrían que abordar, no sólo irse a lo comercial, no sólo pensar que a una mujer le están pagando y pues sí, sí le están pagando

porque es justo que haya un pago, una mujer disminuye su capacidad física, porque a lo mejor no puede desempeñarse igual, porque finalmente está desempeñando un trabajo, pero no es únicamente eso [...] tampoco puedes pedirnos a nosotras que lo hagamos gratis o pensar que porque nos pagan nos están explotando, porque no es así de ninguna manera, si lo ves de esa manera, cualquier trabajo es explotación, cualquier trabajo te desgasta física y emocionalmente, entonces si lo ves así, hay explotación en todos lados (Xóchitl).

Del discurso de Xóchitl, que cabe mencionar que además de ser gestante, es reclutadora de mujeres para ser gestantes para otros, hay algunos aspectos que es pertinente destacar: su discurso no se limita a una experiencia personal, dado que ella ha estado en contacto con varios procedimientos de gestación para otros; así mismo, ella argumenta que ha estado en búsqueda de una regulación sobre este procedimiento, pues considera que es una de las formas en que se eviten abusos.

Un aspecto importante que toca la narración de Xóchitl y que poco se ha abordado es la autonomía económica que a algunas mujeres gestantes adquieren y lo que les ha permitido dejar de ser dependientes económicas de sus parejas evitando, probablemente, situaciones de violencia en cualquiera de sus manifestaciones. Así mismo, argumenta sobre la autonomía que les da el poder decidir sobre su cuerpo.

Si bien, ahondar sobre la regulación no es el objetivo de esta investigación, conocer las implicaciones en el entorno social, conduce a las reflexiones en este sentido, sobre todo por ser un punto que abordaron las gestantes en sus discursos al hablar sobre uno de los aspectos que impacta el contexto social en el que ellas se encontraban durante su participación.

5.5 Otros hallazgos

5.5.1 Un antes y un después en los procedimientos de la gestación por encargo

Uno de los hallazgos que se presentan en los discursos de Anayansi y Anahí, gestantes veteranas y reclutadoras, es la ubicación de dos periodos de la gestación por encargo en México; uno de ellos en el que cualquier mujer con capacidad reproductiva podría aspirar para convertirse en gestante para otros; y, otro periodo en el que los requisitos para participar se han incrementado, teniendo que pasar varios filtros relacionados con aspectos físicos, emocionales, familiares y en algunos casos económicos.

Partiendo del discurso de Anayansi y de Anahí, en torno las mujeres que buscan convertirse en gestantes, pasan progresivamente de un nivel a otro; de tal manera que al iniciar su búsqueda se consideran aspirantes a gestantes: periodo en el que las mujeres son sujetas a una serie de estudios médicos, entrevistas psicológicas y en algunos casos visitas domiciliarias por parte de personal de Trabajo Social; posteriormente se convierten en candidatas a gestantes, que es el periodo en el que se les suministra el medicamento para propiciar las condiciones en el cuerpo y así proceder a la aplicación de la TRHA elegida, que en la mayoría de los casos es una FIV mediante la transferencia embrionaria. Finalmente se convierte en gestante, al momento que la prueba beta da positivo.

Con relación a convertirse en gestante en la actualidad, en palabras de Anayansi, hay un antes y un después en las condiciones de las mujeres candidatas a ser gestantes para otros; de acuerdo

con su experiencia en varias clínicas y trabajo con médicos independientes²⁹, en México se pueden ubicar estos dos momentos en la existencia del procedimiento como opción para la procreación. Al respecto, Anahí expresó lo siguiente:

También creo que ahora las cosas son con más restricciones; cuando yo empecé a investigar sobre esto no pedían tantos requisitos, ni de edad, ni se pedían tantos exámenes médicos y psicológicos como ahora; ahora si hay que pasar muchos filtros para ser candidata a gestante, ya no cualquiera puede serlo (Anahí).

Por su parte, Anayansi expresa que a partir de la regulación en Tabasco a finales de 2015 y principios de 2016, se identifican una serie de requisitos para reclutar candidatas a gestantes, entre ellos pasar por una serie de exámenes que confirmen la salud física y psicológica; pero, además, señala que ella, como reclutadora, exige que las mujeres que quieran convertirse en gestantes para otros tengan una situación económica favorable, de preferencia activas en un trabajo remunerado:

Para considerar a una mujer como candidata a ser gestante yo pido que mínimo estén trabajando, que estén estables económicamente y que en la medida que el embarazo se le permita, sigan trabajando, porque el embarazo no es una enfermedad; lo único que pedimos es que no carguen cosas pesadas, a menos que ya haya otro tipo de complicación o indicación médica, lo primordial es que se cuiden, pero que sigan haciendo su vida normal [...] como que los cambios que en la ley que hubo en el 2016, movió muchas cosas, como que se quiere hacer legal retomando lo que se hizo en Tabasco, pero en realidad y al final, cada clínica hace lo que quiere (Anayansi).

En cuanto a la idea de un antes y un después de la gestación por encargo en México, se identificó en los discursos de las gestantes veteranas reclutadoras el requisito no escrito de que no estén casadas:

Cuando recibo solicitudes de mujeres que quieren participar, yo generalmente no las acepto casadas, pueden estar en unión libre pero no casadas [esto es] por la cuestión legal, porque los hijos nacidos dentro del matrimonio son propios, sea de una inseminación artificial, in vitro, lo que sea, legalmente, los hijos nacidos dentro de un matrimonio legal son del papá, entonces es más complicado, se tiene que llevar otro tipo de procedimiento para que el esposo firme unos documentos, además del contrato y esto tiene un costo extra, entonces es mucho rollo, antes eso no importaba, podían estar casadas, solteras o como sea, y no quiere decir que ahora sean exclusivamente solteras, si participan muchas casadas, a veces se hacen convenios para que aunque estén casadas, se ponga en el contrato que están solteras y ya, pero también, hay clínicas que las aceptan casadas y hacen todo ese rollo legal, yo no, yo trato de hacerlo más fácil (Anayansi).

El contexto que muestran las mujeres entrevistadas para esta investigación, exponen una participación en los procedimientos cuyo logro depende de su situación física y psicológica; esto nos muestra la posibilidad de que sea una decisión mayormente informada tanto de los procedimientos, como de las implicaciones que conllevará su participación; no obstante, se reitera que lo anteriormente expuesto se limita a las experiencias particulares expuestas, lo cual

²⁹ Anayansi y Anahí comentan que algunos médicos que conocieron en clínicas de reproducción asistida se independizaron y trabajan por su cuenta pues de esta manera obtienen más ganancias.

no niega ni generaliza un contexto mexicano que ubica a las gestantes en diversas situaciones que atenten contra su integridad física, psicológica y social.

La sugerencia de ubicar un antes y un después de la gestación por encargo, se relaciona también con aquellos casos controversiales que han sido publicados sobre mujeres gestantes que deciden finalmente no entregar al o a los recién nacidos; algunos de estos casos conocidos sucedieron en Estados Unidos de América, como el identificado como “Baby M” en 1989; y el caso de Anna Johnson, gestante quien reclamó la custodia compartida, entre otros (Sastré, 2017). Estos y otros casos pueden ser utilizados como antecedentes de una situación que pudiera replicarse, por ello, se toman medidas de seguridad que garanticen que la gestante no representará un problema a la hora de la entrega de los recién nacidos.

Sin embargo, también es necesario documentar dificultades que no únicamente afectan a los solicitantes, como son los casos anteriores; también hay historias que implican serias afectaciones para las gestantes. Anahí en sus narraciones compartió el caso en el que el recién nacido fue abandonado por los solicitantes; situación que también puede replicarse y representar riesgo y afectaciones para las gestantes al no contar con la protección que una regulación adecuada, le brindaría.

... el niño nació enfermo del corazón, la operación salía carísima y les daban a los papás una posibilidad casi nula de que el niño viviera [...] esas personas en vez de pagar la operación dejaron pagados los gastos funerarios para cuando el bebé falleciera, ni siquiera se quedaron a enterrarlo, ni nada [...] lo abandonaron aquí. Entonces la mami subrogada firmó el consentimiento para que lo operaran y el niño se salvó y la señora [la gestante] se lo quedó, y dicen que lo quieren muchísimo, a pesar de que no tienen dinero y la señora ya tenía 5 hijos, viven así, la familia a ese niño lo tienen bien atendido (Anahí).

Existe la posibilidad de que casos como este se hayan replicado, sin embargo, no hay antecedentes que sirvan como argumento para los riesgos de las gestantes y la posibilidad de protegerse ante una situación similar; por lo tanto, se abre la posibilidad para la investigación sobre los requisitos o los criterios de selección no sólo de las gestantes, sino de los solicitantes y su responsabilidad en el procedimiento, situación que queda como una propuesta para futuras investigaciones.

5.5.2 Las funciones de trabajo social en los procedimientos de gestación por encargo

Si bien entre los objetivos de la investigación no se encontraba la búsqueda del ejercicio del trabajo social en los procedimientos de gestación por encargo, a partir de las entrevistas realizadas, que en la mayoría de los casos fueron extensas y se abordaron distintos temas no contemplados, uno de ellos fueron las funciones de los profesionales del área de trabajo social en estos procedimientos.

Entre los hallazgos encontrados en esta investigación se identificaron las funciones de los trabajadores sociales en la gestación por encargo. De acuerdo con los discursos de las gestantes, en algunas clínicas de reproducción humana asistida se cuenta con los servicios de trabajo social, cuyas funciones radican en la realización de diagnósticos psicosociales a través de visitas domiciliarias e investigación familiar.

Algunas gestantes manifestaron haber tenido la experiencia con un profesional de trabajo social, y describieron el trato y las funciones que ellas detectaron en el ejercicio de dicha profesión, aquí lo manifestado por Citlali e Itzayana:

La trabajadora social fue muy amable, me tocó que vino a mi casa, me hizo como un estudio de la familia, me tomó fotos aquí afuera de la casa, allá abajo, le tomó fotos a la casa, o sea, registró todo, todo, me preguntaba cómo vivía, cómo era mi esposo, conoció a mi esposo, le preguntaba en qué estaba trabajando en ese entonces yo, en qué trabajaba mi esposo y entiendo que fue parte del estudio para que yo pudiera ser candidata (Citlali).

... yo tuve contacto con la trabajadora social, ella llevaba el control de las citas, el control de las sesiones con la psicóloga hacía investigaciones a algunas de las compañeras, las investigaron, pero a mí no, iban a sus casas y eso, quizá de las que tenían algunas dudas y eso... (Itzayana).

Itzel habló sobre las funciones de las y los profesionales de trabajo social, señalando que realizan un seguimiento sobre el procedimiento de cada gestante, lo cual considera positivo como parte de la preparación psicológica y social para enfrentar las implicaciones del procedimiento:

[Lo que Trabajo Social hace] es que van evaluando el proceso de cada gestante, van vigilando que se vayan cumpliendo los puntos del contrato, que se vayan tomando las terapias psicológicas, a veces presencian las terapias psicológicas para ver cómo se está desarrollando el entorno de la gestante, cómo se están adaptando los hijos, la familia, los amigos, fueron a mi casa a ver cómo vivía, con quien vivía, cómo era el entorno con mis vecinos, también me hicieron preguntas de que ¿si te preguntan por el niño, que les vas a decir? o sea, están al pendiente de todo el entorno. Creo que su función es muy importante porque checan cosas que los demás no pueden checar (Itzel).

La opinión de Litzia se relaciona con la necesidad de que existan profesionales de trabajo social en los procedimientos, pues aunque ella no tuvo trato directo con ellos, sí pudo percatarse de su existencia mediante pláticas con otras gestantes; asegura que es importante que haya una investigación de las intenciones de la gestante, y conocimiento sobre su forma de vivir, porque ha escuchado, entre las historias que las mismas gestantes se comparten, que ha habido abusos por parte de gestantes hacia los solicitantes, y que esta es una forma de evitarlo:

[en la clínica en donde yo hice el procedimiento] no había trabajadora social, porque nunca nadie me hizo visitas en mi casa, ni un estudio de familia, sé que hacen eso, porque otras chicas gestantes han comentado que ellas sí tuvieron esas visitas de la trabajadora social. Considero importante que haya una trabajadora social porque yo creo que sí deberían de hacer visitas y de investigar todo porque tienen que asegurarse que la gestante sea de confianza, también he sabido de casos de gestantes que abusan de los papis (Litzia).

Por su parte, Itzamara señala que quien realizó una investigación familiar fue un trabajador social que no era empleado directo de la clínica de reproducción humana asistida, sino que era una contratación externa para realizar este tipo de estudios y a su vez ellos elaboraban dichos reportes también para otro tipo de empresas:

Quien me hizo las visitas domiciliarias era un trabajador social, pero como que era externo, como que la clínica les mandaba a ellos los casos y ya ellos iban, porque ellos como que les mandaban los datos a verificar, luego él iba, hacía las visitas, pero no estaba enterado de nada, llegaron a verificar, tomó fotos de la casa, de cómo vivíamos, checó los datos de visitas, de mi esposo, de mis hermanos, hizo un informe completo de mi forma de vivir; pero entendí que era externo, porque no recuerdo que comentario le hice, y nos dijeron que ellos eran como una consultoría de trabajadores sociales que muchas empresas los contratan para verificar, algo así me dijeron (Itzamara).

Se pudo identificar que en el caso de Anayansi (gestante veterana y reclutadora) se considera a sí misma como quien realiza las funciones de trabajo social, respaldada en formación en recursos humanos y en tener los conocimientos sobre los procedimientos y haber asimilado los requisitos que establecen las clínicas de reproducción humana asistida, por lo que, realiza estas funciones; respecto a lo anterior, Anayansi compartió lo siguiente:

Yo soy la trabajadora social, la primera carrera que tuve fue en Recursos Humanos y pues hay algo de formación en Trabajo Social [...] yo soy la que ve todo esto: las visitas domiciliarias, entrevistas con ellas, platicando con ellas detecto muchas cosas, les hago como un estudio familiar y económico; por ejemplo, si tienen un problema económico muy fuerte y lo quieren hacer por el dinero, es decir, no es lo mismo que tengan un proyecto para superar su situación, a que tengas un problema económico que quieres con urgencia resolver, si tienen un problema económico muy fuerte ya no son candidatas, porque ellas piensan que esto les va a solucionar y no (Anayansi).

De acuerdo con De la Cruz y Rivera (2017) el trabajador social tiene un amplio campo de acción e intervención; en el caso de los procedimientos de gestación por encargo, es necesario que se identifique la problemática inherente a estos casos, que tengan acceso a información para hacer válidos los derechos de las gestantes, principalmente. Así mismo, se considera pertinente que existan informes sobre la participación de las mujeres en la GPE que aporten conocimiento con perspectiva social, cuyo enfoque pueda dar la pauta para la elaboración de políticas públicas enfocadas a este sector, que, aunque es minoritario, es inaplazable que se tomen en cuenta las necesidades e implicaciones de quienes deciden gestar para otros para que sus derechos sean garantizados y se pueda evitar implicaciones que pongan en riesgo su vida.

Así mismo, el quehacer profesional se visualiza comprometido con estas prácticas, dado que su principal campo de acción son las familias y sus relaciones, por lo tanto, es necesario que la profesión se involucre, tanto en la capacitación sobre todo lo relacionado a los procedimientos de gestación por encargo; como en la investigación sobre las implicaciones, no sólo de las gestantes, sino de todas las figuras involucradas en ello.

Es necesario que profesionales de trabajo social se involucren en el desarrollo de estos procedimientos, para ofrecer la perspectiva social en distintos ámbitos, como las condiciones familiares y sociales de las gestantes, de los menores nacidos bajo este esquema, las implicaciones en los solicitantes, las nuevas configuraciones familiares; y mayor orientación en un trabajo multidisciplinario, que propicie que el contrato de subrogación sea colaborativo y las mujeres gestantes tengan participación activa e informada en su elaboración, de modo que, se tomen en cuenta todas las implicaciones aquí planteadas para prevención.

5.5.3 Reflexiones sobre la regulación y su relación con las implicaciones sociales

Como ya se señaló en el apartado de la perspectiva jurídica del tema y los antecedentes sobre la regulación en México, existe un contexto bajo el cual la gestación por encargo se ha establecido como una de las opciones para la procreación por un lado y para la obtención de recursos por otro. En torno a la regulación, la mayoría de las gestantes coinciden en señalar que es necesario que se regularice como una medida de defensa y amparo para ellas; consideran que, de esta manera, ellas estarán protegidas y participarán de contratos más equitativos e informados.

Por su experiencia, y ante el conocimiento que tienen de la modificación que se hizo en Tabasco en 2016, señalan que, si bien se intentó eliminar la participación de extranjeros, de parejas homosexuales o solteras, esto es algo que sigue sucediendo, pero ahora bajo la clandestinidad y con el riesgo de que algunas mujeres queden indefensas ante cualquier situación de abuso o explotación.

De acuerdo con los discursos de las gestantes, se pudo constatar que ellas han gestado en procedimientos solicitados por parejas homosexuales, tanto nacionales como extranjeras. No obstante, el mayor indicador de que la regulación jurídica está rebasada por la realidad de la gestación por encargo es que el trabajo de campo de esta investigación se hizo justamente en una entidad federativa en la que no está regulada.

Respecto a la regulación y cómo impactaría el contexto de las gestantes, ellas compartieron lo siguiente. Anayansi, señala que a nadie le interesa regular la gestación por encargo porque no impacta a un gran número de personas, ni afecta ningún interés político.

Yo acabo de estar en la Cámara de Diputados el mes pasado y sé que está cerrado totalmente en Tabasco y bueno, en realidad, es como aquí, lo que te digo, se sigue haciendo, pero por debajo del agua, me acerqué a un diputado para pedirle que se abriera el debate para la regulación aquí, pero no, no les interesa, a nadie le interesa, yo creo que esto es una cosa que no les interesa a ellos, esto no le interesa a nadie, pero si se hace, nos beneficiaría mucho, a nosotras y a las que vienen, porque esto se seguirá haciendo (Anayansi).

Anahí declara que la regulación ampararía sobre todo a aquellas mujeres que no están conscientes ni informadas sobre sus derechos, que son las más expuestas a abusos e injusticias:

Sí, eso haría que nosotras estuviéramos más protegidas, porque hay muchas chicas, hay de todo, hay chicas con carrera, algunas son enfermeras, profesionistas, hay personas muy preparadas dentro de esto, que saben sus derechos, que no se quedan calladas, que se saben defender cuando detectan alguna injusticia; pero hay gente que no y de esas personas son de las que a veces más se aprovechan, yo creo que si lo legislaran para todo el país, muchas cosas cambiarían y sería mejor para nosotras, que nos dieran un trato justo y una compensación económica real a los riesgos que esto implica (Anahí).

Itzamara tiene una perspectiva distinta sobre lo que impactaría en caso de darse la regulación; mientras que Anahí y Anayansi, como reclutadoras han conocido distintas experiencias del procedimiento y abogan por mayor equidad y justicia, hablando de derechos y evitar abusos, Itzamara lo relaciona al hecho de que sea regulado y sea más promocionado y esta opción llegue a más gente, tanto solicitantes, como gestantes:

Sí, que se legislara en el sentido de que se abriera a más gente, que no sólo se vean los puntos malos, que seguramente debe haber, hay muchos a lo mejor, nuestra ignorancia también nos permite caer en cosas que no debemos de aceptar, que hubiera más información así las chicas que quieren participar, sabrían más del tema y ya no se harían cosas que a lo mejor están mal para las mujeres y que yo sé que no todos pueden, si yo hubiera visto como se hace esto desde antes, yo desde hace mucho tiempo que lo hubiera hecho (Itzamara).

Respecto a la regulación y su relación con las implicaciones sociales de la gestación por encargo, se destaca la aportación que hace el Grupo de Información sobre Reproducción Elegida (GIRE) que, en el informe sobre gestación subrogada en el 2017, con respecto a las mujeres gestantes, emite un llamado a la regulación para erradicar las condiciones asimétricas de poder a las que están expuestas las gestantes.

Se coincide en apuntar que dicha regulación, de acuerdo con GIRE (2017) debería tener como eje central la garantía de los derechos de las tres partes: mujeres gestantes, padres de intención, los niños nacidos por estos acuerdos, haciendo hincapié en que esto no podrá lograrse sin antes no tener un marco normativo federal sobre la reproducción asistida, a fin de evitar problemas de armonización normativa y proteger los derechos de las personas involucradas (GIRE, 2017: 57).

Las experiencias documentadas en esta investigación se basan en el contexto propio de las gestantes entrevistadas, y muestran un segmento de las realidades sociales que experimentaron en este escenario específico; la información para el abordaje de las implicaciones de la gestación por encargo, muestra sin duda distintos retos para el acercamiento al fenómeno desde la perspectiva de la investigación social, dado que la sociedad está en continuo cambio y transformación y constantemente la documentación se ve rebasada por la realidad.

Entre estos retos se encuentra definitivamente la visibilización de los casos, exitosos y desfavorables, aquellos que empoderaron y propiciaron independencia y autonomía a las mujeres, y también aquellos en los que estuvo en riesgo su integridad emocional, física, social y su vida, aquellos en los que prevalece el abuso y la explotación de sus cuerpos, de sus tiempos y de sus relaciones familiares.

Es un reto tener conocimiento más amplio, sobre las historias y el contexto económico y político que subyace a la decisión de convertirse en gestante; es necesario abordar los procedimientos con perspectiva de los derechos humanos, con perspectiva de género; y si, hace falta una regulación que tome en cuenta a la voz de las gestantes; una regulación que propicie que ellas serán voz activa y no pasiva en la elaboración de los contratos y en la forma de llevar las gestaciones; una regulación mediante la cual se asegure la máxima información sobre cada uno de los pasos del procedimiento, las implicaciones en todos los aspectos mencionados en esta investigación y que efectivamente se garantice que será una decisión informada y autónoma.

Referencias bibliográficas

- Albornoz, M. y López, F. (2017). Marco normativo de la gestación por sustitución en México: desafíos internos y externos. *Revista IUS*, Vol. 11, Núm. 39. [en línea] Recuperado el 12 de febrero de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472017000100009&lng=es&tlng=es.
- Álvarez, G. y N. Romo (2015). "Yo también quiero ser madre": Acceso a la maternidad en familias no heteronormativas. *Comunitania* No. 10, Julio 2015. 82-96.
- Álvarez, J. (2009). *¿La maternidad de un padre o... la paternidad de una madre? Transexualidad, reproducción asistida y bioética*". Madrid: Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.
- Aparisi, A. (2017). Maternidad subrogada y dignidad de la mujer. *Cuadernos de Bioética*, Vol. 28, núm. 2, Pp. 163-175.
- Arámbula, A. (2008). *Maternidad Subrogada*. México: Centro de Documentación, Información y Análisis Cámara de Diputados, LV Legislatura.
- Arendell, T. (2000). Conceiving and Investigating Motherhood: The Decade's Scholarship. *Journal of Marriage and Family*. No. 62. Pp. 1192-1209.
- Arranz, L., B. Blum y E. Ito (2000). Estudios a un grupo de mujeres. *Salud Mental*. Vol. 24. No. 5 p. 30-36.
- Arteta, C. (2011). Maternidad Subrogada. *Revista Ciencias Biomédicas*, 2 (1). 91-97.
- Baffone, C. (2013). La maternidad subrogada: una confrontación entre Italia y México. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, nueva serie año XLVII, núm. 137, pp. 441-470.
- Balaguer, M. (2017). *Hij@s del mercado. La maternidad subrogada en un Estado Social*. España: Editorial Catedra.
- Ballester, A. (2018). El impacto de la maternidad subrogada en la salud de las mujeres gestantes. Universidad de Enfermería y Fisioterapia [en línea] Recuperado el 8 de noviembre de 2020 de: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147843/Ballester_Lopez_Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Barrantes, K. y Cubero, M. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Revista Wimb Lu*. Vol. 9, núm. 1. Pp. 29-42. [en línea] Recuperado el 12 de enero 2021 de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/15248/14545>

- Bartolini, M., C. Pérez y A. Rodríguez (2014). *Maternidad subrogada: Explotación de Mujeres con Fines Reproductivos (EMFR)*. México: Capricho Ediciones.
- Bascuñana, M. (2018). *Gestación Subrogada: aspectos emocionales y psicológicos en la mujer gestante*. España. Dilemata Revista Internacional de éticas aplicadas. No. 28, 41- 49.
- Beauchamp, T. (2007). The “Four Principles” Approach to Health Care Ethics. En Ashcroft, R., Dawson, A., Draper, H. McMillan, J. (Ed.), *Principles of Health Care Ethics*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- y J. Childress (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Benavente, P. y Farnós, E. (2015). Treinta años de reproducción asistida en España: una mirada interdisciplinaria a un fenómeno global y actual. *Boletín del Ministerio de Justicia*. Núm. 2179. Año LXIX.
- Beorlegui, A. (2014). *La maternidad subrogada en España*. Tesis de máster de acceso a la abogacía. Universidad Pública de Navarra, España.
- Bernal, D. (2009). Técnicas de Reproducción Humana Asistida, maternidad subrogada y derecho de familia. *Revista Republicana*, No. 6. 15-30.
- Boltón, R. (2012). *Maternidad subrogada. Análisis desde la Bioética*. [en línea] Recuperado el 12 de marzo de 2017, de: <http://www.encyclopediadebioetica.com/index/.php/documentos-menu/191-raquel-gracia-bolton>.
- Brena, I. (1995). Algunas consideraciones en torno al derecho a la reproducción por medio de inseminación artificial. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. México, Nueva Serie, Vol. 27, Núm. 82.
- (2012). *La gestación subrogada ¿Una nueva figura del derecho de familia?* Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM. [en línea] Recuperado el 12 de febrero de 2018 de: www.bibliojuridica.org
- (s/f). *La maternidad subrogada ¿es suficiente la legislación civil vigente para regularla?*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. [en línea]. Recuperado el 22 de marzo de 2017, de: www.juridicas.unam.mx
- Brugo-Olmedo, S. Chillik, C. y Kopleman, S. (2001). Definición y causas de la infertilidad. *Biomedicina reproductiva en línea*. Vol. 2, Núm. 1. Pp. 173-185.
- Buchanan, A. y D. Brok (2009). *Decidir por otros. Ética de la toma de decisiones subrogadas*. México: FCE. UNAM. IIF, PMDF.
- Bueno, G. (2001). *¿Qué es la Bioética?*. Oviedo: Grupo Helicón.

- Burín, M. (1998). Estudios de género: reseña histórica. *Género y Familia*. Argentina: Paidós. Psicología profunda, Pp. 10-29.
- Camacho, J. (2009). (en línea). *Maternidad subrogada; una práctica moralmente aceptable*. Análisis crítico de las argumentaciones de sus detractores. [en línea] Recuperado el 27 de marzo de 2016, de: <http://www.fundacionforo.com.ar/pdfs/maternidadsubrogada.pdf>
- Cambrón, A. (2001). Fecundación in vitro y agresiones al cuerpo de la mujer: una aproximación desde la perspectiva de los derechos . En Cambrón, Ascensión (Coord.) Reproducción asistida: promesas, normas y realidad. Trotta. Madrid 165- 210.
- Campagnoli, C. y Peris, C. (1994). Las técnicas de reproducción artificial: aspectos médicos. *Manual General de Bioética*. Madrid, España: Ediciones Rialp.
- Casal, P. (2011). Embarazos por encargo. *Métode*. Núm. 71. Pp. 30-35.
- Casas, A., Gázquez, J., Forgas, S., y Huertas, R. (2013). La netnografía como herramienta de investigación en contextos on-line: una aplicación al análisis de la imagen de los servicios públicos de transporte. *Innovar Journal*
- Código Civil del Estado de Nuevo León (Año). [en línea] Recuperado el 18 de abril de 2016, de:
http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/pdf/CODIGO%20CIVIL%20PARA%20EL%20ESTADO%20DE%20NUEVO%20LEON.pdf.
- Código Civil del Estado de Querétaro (2015). [en línea]. Recuperado el 24 de abril de 2016 de:
<http://www.legislaturaqueretaro.gob.mx/repositorios/10.pdf>
- Código Civil para el Estado de Tabasco (2016). [en línea]. Recuperado el 18 de abril de 2016, de: <http://cgaj.tabasco.gob.mx/leyes/estatales/leyes>
- Código Familiar del Estado de Sinaloa (2013). [en línea]. Recuperado el 2 de mayo de 2016, de: <http://www.laipsinaloa.gob.mx/images/stories/ARCHIVOS%20PUBLICOS/LEYES>
- Código Familiar para el Estado de San Luis Potosí (2003). [en línea] Recuperado el 24 de abril de 2016, de: <http://docs.mexico.justia.com/estatales/san-luis-potosi/codigo-familiar-para-el-estado-de-san-luis-potosi.pdf>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). *Resumen Ejecutivo*. [en línea] Recuperado el 8 de diciembre de 2019 de www.coneval.org.mx
- Cubillos, J. (2013). *Técnicas de Reproducción Asistida: Status Jurídico del Embrión Humano*. [en línea] Recuperado el 18 de septiembre de 2017, de: http://www.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5218/cubillos.juanmanuel.pdf

- Cunningham, F., K. Leveno, S. Bloom, J. Dashe, B. Hoffman, B. Casey y C. Spong. (2015). *Williams Obstetrician*, 25e. E. U. A. Mc Graw-Hill Companies, Inc.
- De la Cruz, M. y Rivera, T. (2017). Maternidad gestante subrogada: desde un enfoque sociocultural. *Revista Realidades*. Año 7, núm. 2 Pp. 61-88. [en línea] Recuperado el 2 de junio de 2021 de: <https://realidades.uanl.mx/index.php/realidades/article/view/98>
- Denzin, N.K. & Y.S. Lincoln. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Third Edition. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research.
- Díaz, M. y Neri, P. (2015). Aspectos psicológicos en infertilidad y gestación subrogada. *Reproducción*. Vol. 8, Núm. 2. Pp. 101-129. [en línea] Recuperado el 20 de diciembre 2019 de: <http://www.https://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2015/mr152c.pdf>
- Asociación de Academias de la Lengua Española (2014) (en línea). *Diccionario de la Lengua Española*. [en línea] Recuperado el 20 de abril de 2016, de: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola..>
- Dobernig, M. (2018). (en línea). *Derecho a la reproducción. Maternidad subrogada: su regulación*. Instituto de Investigación Jurídicas de la UNAM. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv> Recuperado en Abril 2019.
- Dragy, M. (2012). (en línea). Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18 (3-14), 145. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062012000300011&lng=es&tlng=es.] Recuperado el 8 de septiembre de 2018
- Duarte, M. G. Muñoz, J. Rodríguez y A. Escorza (2004). Prevalencia, detección y tratamiento de la diabetes gestacional. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 5 (1). [en línea] Recuperado el 17 de noviembre de 2019, de: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/122>
- Ekis, K. (2017). *El ser y la mercancía. Prostitución, vientres de alquiler y disociación*. Barcelona, España. Edicions Bellaterra.
- Etchezahar, E. (2014). La construcción social del género desde la perspectiva de la Teoría de la Identidad. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. Vol. XXV. Núm. 49. Pp. 128-142. [en línea] Recuperado el 13 de marzo de 2019 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14532635005>
- Gafo, J. (1986). *Nuevas técnicas de reproducción asistida*. España. Universidad Pontificia Comillas.

- Gallart, M. (1993). La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación. *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Buenos Aires: CEAL.
- Gamboa, C. (2010). *Maternidad subrogada. Estudio teórico conceptual y de derecho comparado*. [en línea] Recuperado el 19 de abril de 2016, de: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SPI-ISS-28-10.pdf>
- Gana, C. (1998). *La maternidad gestacional: ¿Cabe la sustitución?* Revista chilena de Derecho. Vol. 25. No. 4 pp. 851-866.
- Garbulsky, E. (1992). La antropología social en la Argentina. Coloquio Balance y Perspectiva de la Antropología en América Latina y el Caribe. *Runa XX*. Pp. 11-32.
- García, L. (2018). Elaboración de material didáctico para el estudio de la embriología. Tesis de Magíster en Morfología Humana, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Garzón, R. (2007). Reproducción asistida. *Revista Mexicana de Derecho*, núm. 9. México. Pp. 97-116.
- Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Goetz y Le Compte (1988). *Etnografía y diseño cualitativo de investigación educativa*. Madrid: Morata.
- González, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad*. España: Mc Graw Hill.
- González, N. (2012). *Maternidad subrogada y adopción internacional*. México: Universidad Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- (2012). *Maternidad subrogada y adopción internacional*. México: Universidad Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Grau, C. y Fernández, M. (2015). Relaciones de parentesco en las nuevas familias. Disociación entre maternidad/paternidad biológica, genética y social. *Gazeta de Antropología*, Vol. 31, Núm. 1, Pp. 1-14. [en línea] Recuperado el 12 de enero de 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/34248>
- Gutiérrez, R., Díaz, K. y Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 23 (3), 219-228. [en línea] Recuperado el 18 de enero de 2021. ISSN: 1405-0269. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=104/10448076002>
- Hernández – Sampieri, R., Fernández, C., Batista, P. y Hernández, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta Edición. México: Mc Graw Hill.

- Hernández, A. y Santiago, J. (2011). Ley de maternidad subrogada del Distrito Federal. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. Núm.132, pp.1335-1348.
- Hidalgo, R. (2006). *Evaluación del desarrollo de embriones de conejo en cultivo en estufa y baño maría*. Tesis para obtener título de médico veterinario. Universidad Austral de Chile.
- Jadva, V., L. Blake, P. Casey y S. Golombok (2012). Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Human reproduction (Oxford, England)*, 27(10), 3008–3014. doi:10.1093/humrep/des273
- Jouve de la Barreda, N. (2017). *Perspectivas biomédicas de la maternidad subrogada*. Cuadernos de Bioética XXVIII (2), 153-162. [en línea] Consultado el 2 de mayo de 2021 de: <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/93/153.pdf>
- Lamm, E. (2012). La importancia de la voluntad procreacional en la nueva categoría de filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida. *Revista de Bioética y Derecho*. Núm. 24. Pp. 76-91.
- Lamm, E. (2013). *Gestación por Sustitución. Ni maternidad subrogada, ni alquiler de vientres*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- León, F. (2007). El diálogo bioético en las técnicas de reproducción asistida. Originales. *Acta Bioética*, núm. 13, año 2. Pp. 161-167.
- Leonseguí, R. (1994). La maternidad portadora, sustituta, subrogada o de encargo. España: *Boletín de la Facultad de Derecho*, núm. [en línea] Recuperado el 20 de abril de 2016.7 de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:BFD-1994-7-F4D6AC07/PDF>
- Ley General de Salud. [en línea]. Recuperado el 24 de abril de 2016 : http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Leyva, J. (2014). La dominación del cuerpo femenino. Análisis feminista del climaterio y las prácticas de cuidado profesional. *En: Revista de enfermería*. Vol. 8. Núm. 1. [en línea] Recuperado el 12 de agosto de 2019 de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100005>
- López, C. (2016). (en línea). *Eficacia de la terapia con antioxidantes ácidos grasos omega-3 y combinados en el varón subfértil con astenospermia idiopática que precisa de técnica de reproducción asistida*. (Tesis de doctorado). Murcia: Universidad de Murcia. <http://hdl.handle.net/10201/50106>
- Lorenzo, P. (2002). Papel del oviducto en la reproducción. *Real Academia de la Ciencia Veterinaria*. Instituto de España [en línea: www.racve.es] Recuperado el 7 agosto de 2018.

- Madrid, E. (2016). *Experiencias de lesbomaternidad basada en técnicas de reproducción asistida*. (Tesis de doctorado). San Nicolás de los Garza, Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/13805>
- Maldonado, M., Saucedo, J. y Lartigue, T. (2008). *Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto*. *Perinatología y Reproducción Humana*. 22 (1): 5- 14.
- Marcó, J. y Tarasco, M. (2001). *Diez temas de reproducción asistida*. Madrid, España: Ediciones Internacionales Universitarias.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*. Vol. 4, núm. 7. Pp. 100-119. [en línea] Recuperado el 10 de abril 2019 de: <http://www.redalyc.org/269/26940705.pdf>
- Martín-Crespo, M. y Salamanca, A. (2007). *El muestreo en la investigación cualitativa*. Nure Investigación. No. 27.
- Martínez, M. (2007). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. México: Trillas.
- Martínez, V. (2015). *Maternidad subrogada. Una mirada a su regulación en México*. *Dikaion*, Vol. 24. Núm. 2. Pp. 353-382.
- Mazaira, D. (2015). Factores predictivos de embarazo en la inseminación intrauterina homóloga. Tesis doctoral. Facultad de Medicina Universidad Miguel Hernández. Alicante, España.
- Medina, M. Layne, B. Galeano, M. y Lozada, C. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Revista Tendencias y Retos*. No. 12 p. 177-189.
- Mendiola, J., Vivero, G., Roca, M. y Bernabéu, R. (2005). Esterilidad y reproducción asistida: una perspectiva histórica. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*.
- Mendoza, H. (2011). *La reproducción humana asistida. Un análisis desde la perspectiva biojurídica*. México: Fontamara.
- _____ (2018). *La Gestación por Encargo: "Nuevas tecnologías reproductivas; viejas respuestas jurídicas"*. Artículo sin publicar.
- Molina, E. (2006). Transformaciones Históricas Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psyke, Santiago*. Vol. 15. Núm. 2, Pp. 93-103. [en línea] Recuperado el 19 de septiembre 2018 de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200009&lng=es&nrm=iso.

- Moreno, A. (2018). Características de las familias creadas por gestación subrogada en el estado español. *Papeles del CEIC*. Vol. 1. Núm. 2, Pp. 1-27. [en línea] Recuperado el 8 de diciembre 2020 de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/765/76556984008/html/index.html>
- Murcia, J. y Esparza, M. (2009). Ventajas de la reproducción humana natural. *Persona y Bioética*, 13(1), 85-93. Recuperado el 28 de enero de 2017 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222009000100007&lng=en&tlng=es.
- Núñez, A. (2014). *Derechos reproductivos de la mujer infértil en el Perú: acceso a la técnica de reproducción asistida de maternidad subrogada*. Foro jurídico: Perú
- Olavarría, M. (2017). *La gestación subrogada en México 2015-2017. Un caso de deslocalización procreativa*. Participación en el XVI Congreso Internacional de Análisis Organizacional en Montreal, Canadá.
- _____ (2018). *La gestación para otros en México. Parentesco, tecnología y poder*. UAM. Gedisa.
- _____ (2018). La gestante sustituta en México y la noción de trabajo reproductivo. *Estudios de Género de El Colegio de México* 4 (e144) [en línea] Recuperado el 5 de noviembre de 2019 de: DOI: <http://dx.doi.org/10.24201/eg.v4vi0.144>
- Olavarría, M. y Lestage, F. (2016). Surrogates, Doctors and Legislators. A Shift in the Mexican International ART Circuit from 2015 to 2016. Ponencia presentada a *La gestation pour autrui: resituer la France dans le monde. Representations, encadrements et pratiques*. Paris, 17 – 18 noviembre [en línea] Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de: https://colloque-gpa-paris2016.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/25962/colloque.gpa.2016.resumes.fr.fr.pdf
- Olivar, A. (2002). Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. *Biblioteca Virtual en Salud BVS. Rev. Fed Odontol* 201. Pp. 37-51.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia*. WHO/RHR/ 14.17.
- _____ (2016). *Study Guide*. UC3MUN. Recuperado el 3 de febrero de 2018, de: <http://uc3mun.anudi.org/wp-content/uploads/2016/02/WHO.pdf>
- Ortega, J. (2016). *¿Cómo ser gestante sustituta? Vivencias en el proceso de subrogación*. (Tesis de licenciatura) Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México.
- Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La Ventana*. Guadalajara, V. 3, n. 22, p- 35-67. Recuperado el 15 de enero de 2018, de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035&lng=es&nrm=iso

- Parada, L. (2006). *Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención*. *Revistas Diversitas. Perspectivas en Psicología*. Vol. 2, No. 1. Pp. 149-158.
- Pelcastre, B., Villegas, N., Díaz, V., Ortega, D., Santillana, J. y Mejía, A. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Vol. 39, Núm. 4. Pp. 375-382. [en línea] Recuperado el 18 de noviembre de 2020 de: https://dx.doi.org/10.1590/S0080_62342004000400002
- Pérez, Y. (2018). Gestación subrogada: una revisión etnográfica para contribuir al debate en México. *Debate feminista* 56 (28), 85-109.
- Ramírez, S. (2015). *Crianza con apego. De la teoría a la práctica*. EU: Library of Congress Control.
- Roa, Y. (2007). Infertilidad y nuevas tecnologías reproductivas. *Revista peruana de obstetricia y enfermería*. Vol. 3, núm. 1
- Rodríguez, R. (2018). Subrogación uterina: aspectos médicos. En Rodríguez Delgado Janet: Vulnerabilidad, justicia y salud global. Dilemata. *Revista Internacional de éticas aplicadas*. No. 26. 1- 14.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Alijibe.
- Rodríguez, C. y Martínez, K. (2012). *El contrato de maternidad subrogada: La experiencia estadounidense*. *Revista de Derecho*. Vol. XXV. No. 2. Pp. 59-81
- Ruiz, R. (2013). *Maternidad subrogada "revisión bibliográfica"*. España: Universidad de Cantabria
- Sadler, T. y Langman, J. (2007). *Langman embriología médica: con orientación clínica*. España: Ed. Médica Panamericana. Recuperado el 29 de abril de 2016, en línea: scholar.google.com.mx/scholar?hl=es&q=Langman+embriología+médica:+con+orientación+clínica+Escrito+por+T.+W.+Sadler,+Jan+Langman&btnG=1&r=
- Salamanca, A. y Martín-Crespo, C. (2007). *El muestreo en investigación cualitativa*. *Nure Investigación*. No. 27. Recuperado el 31 de mayo de 2016, en línea: <http://www.sc.ehu.es/plw/lumuj/ebalECTS/praktikak/muestreo.pdf>
- Sánchez, M. (2017). La gestación por sustitución: una consecuencia lógica de la libertad reproductiva o un caso dramático de las reproducciones asistidas. *Derechos y Libertades*. Núm. 36. Época 11. P. 91- 133.
- Santamaría, L. (2001). Técnicas de reproducción asistida. Aspectos bioéticos. España: *Cuadernos de Bioética*. Recuperado el 30 de abril 2016, en línea: <http://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/37.pdf>.

- Santander, C. (2012). El contrato de maternidad subrogada o de alquiler: ¿Ejercicio Legítimo del derecho a procrear o atentado a la dignidad? Tesis de licenciatura, Universidad Alberto Hurtado, Santiago, Chile.
- Sardiñas, L. Sayers, S., Padilla, L., Cordero, M. (2014). Validación final de la escala de la población femenina hacia la subrogación. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. Vol. 25. No. 2. Pp. 342-352.
- Sastré, J.L. (2017). La maternidad subrogada como derecho humano y su regulación en México. *Hechos y Derechos*. [S.I.] ISSN 2448-4725. [en línea] Recuperado el 10 de enero de 2021, de: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/11242/13217>
- Scala, J. (2004). *Bioética y derecho*. Persona y Bioética, Vol.8, núm. 21. Universidad de La Sabana, Cundinamarca, Colombia. Pp. 35-48.
- Scardino, M. (2014). *Hacia una regulación de la procreación asistida desde la perspectiva socio jurídica*. En Marisa Herrera (Ed.) Proyecto de investigación científica, de innovación tecnológica e interdisciplinarios. Argentina.
- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. La Plata: Editorial de la Universidad de la Plata.
- Selltiz, C. Wrightsman, L. y Cook, S. (1970). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp.
- Selma, A. (2014). Los nuevos retos de la prestación por maternidad ante los avances médicos en materia de reproducción asistida. *Revista Bioderecho.es*. Vol. 1 Núm.1.
- Sentencia del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2018). Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 13 de diciembre de 2020 de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5513527&fecha=16/02/2018
- Tang, L. y Mere, J. (1996). Embarazo ectópico. *Ginecol y Obstet*. Vol. 42. Núm. 3. Pp. 33-41. [en línea] Recuperado el 12 de marzo de 2020 de: <http://www.pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-270670#>
- Tapia, I. y Tarasco, M. (2014). *Maternidad subrogada: explotación de mujeres con fines reproductivos (emfr)* Capricho Ediciones. México, D. F.
- Tarrés, L. (2008). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Colegio de México. FLACSO.
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

- The Belmont Report (1979). *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Department of Health, Education, and Welfare. Washington, D. C.
- Tosal, B. Pastor, R. Richart, M. Cabrero, J. Luque, J. Gutiérrez, L. (2001). *Signos y síntomas musculoesqueléticos durante el embarazo y puerperio en una muestra de mujeres españolas*. 5th World Congress of Perinatal Medicine. Barcelona, España.
- Tubau, J. y Alibés, E. (2011). Principios de Ética Biomédica de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioética y Debat*. Vol. 17, núm. 64. Pp. 1-7.
- Turpo, O. (2008). *La netnografía: un método de investigación en internet*. *Educar* 42. Pp. 81-93
- Uzcátegui, O. y Cabrera, C. (2010). Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. Vol. 70, Núm. 1. Pp. 47-52. [en línea] Recuperado el 20 de enero 2020 de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322010000100009&lng=es&tlng=pt.
- Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. México: El Manual Moderno.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Ed. Síntesis sociológica.
- Van Den Akker, O. (2007). *Psychosocial aspects of surrogate motherhood*. En *Human Reproduction Update*. Oxford University Press, Vol. 1. Núm. 13.
- Vargas, V. Acosta, G. Moreno, M. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6), 471-476. [en línea: <https://dx.doi.org/10.4067/SO717-75262012000600013>]
- Varguillas, C. y Ribot, S. (2007). *Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad*. *Laurus, Revista de Educación*, vol. 13, núm.23, pp.249-262
- Viera, M. (2014). Los límites de la ciudadanía para las mujeres. Un análisis sobre la reproducción asistida en el Río de la Plata. *Revista de Antropología Experimental*. No. 14. Texto 15: 207-224. Recuperado el 12 de marzo 2018 [en línea: <http://revista.ujaen.es/rae>]
- Warnok, M. (2004). *Fabricando bebés ¿Existe un derecho a tener hijos?* España: Gedisa.

Sitios web:

INSEMER (2016). Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina Reproductiva. Recuperado el 28 de mayo 2016 en línea: <http://www.insemer.com>

Informe Global Digital (2019). Essential insights into how people around the world use the internet, mobile devices, social media, and e-commerce. Recuperado el 12 de enero de 2020 de: <https://wearesocial.com/global-digital-report-2019>

Grupo de Información sobre Reproducción Elegida (2017) Informe sobre la gestación subrogada en México, resultados de una mala regulación. [en línea] Recuperado el 15 de diciembre de 2018 de: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/Gestacio%CC%81n-subrogada-en-Me%CC%81xico.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista semi estructurada

Dimensiones	Categorías	Posibles preguntas
1. Aspectos demográficos	Edad	¿Cuántos años tiene?
	Estado civil	¿Cuál es su estado civil?
	Número de hijos	¿Cuántos hijos propios ha tenido?
	Lugar de nacimiento	¿En dónde nació?
	Escolaridad	¿Hasta qué grado estudió?
	Religión	¿Qué religión tiene?
	Ingresos	Grado de práctica religiosa ¿Quiénes aportan económicamente a su familia?
2. Aspectos personales y familiares	Familia de origen	¿Cuál es el ingreso aproximado en su familia?
		¿En su infancia vivió con sus padres?
	Familia actual	¿Cuántos hermanos tiene?
		¿Hasta qué edad vivió con ellos?
3. Aspectos sociales	Percepción de reacciones en su familia actual	Actualmente ¿Con quién vive?
		¿Cómo está conformada su familia actual?
	Percepción de reacciones en su familia de origen	- Pareja
		- Hijos
	Percepción de reacciones en sus vecinos o amigos	- Otros familiares
Percepción de reacciones en su familia actual		¿Usted compartió la información de su participación como mujer gestante a sus amigos o vecinos de la comunidad en la que vive?
Percepción de la mujer gestante, con relación a reacciones distintas, o cambios en el trato de la familia, amigos y vecinos	Percepción de reacciones en su familia de origen	¿Percibió alguna diferencia en el trato de sus amigos o vecinos hacia usted, por ser mujer gestante?
		¿Escuchó algunos comentarios que hacían referencia a su decisión de participar como

		<p>mujer gestante de parte de vecinos o amigos? En caso afirmativo ¿Cómo le hacía sentir esto?</p>
4. Primer acercamiento a la gestación por encargo*	<p>Familiaridad con el concepto</p> <p>Fuente del conocimiento de la gestación por sustitución</p> <p>Conocimiento del procedimiento</p>	<p>¿Cuál es el término que usted conoce para la gestación por sustitución, el cual se le haga más familiar? ¿Cómo se enteró usted de que este procedimiento existía? ¿Sabe en qué consiste el procedimiento? ¿Lo puede explicar en forma breve?</p>
5. Segundo acercamiento a la gestación por encargo	<p>Acercamiento a la agencia o a los sujetos solicitantes del servicio</p>	<p>¿Cómo llegó a la agencia que la contactó con los padres solicitantes? En caso de que no haya sido mediante una agencia: ¿Cómo se enteró de la existencia de los solicitantes de vientre?</p>
6. Origen de la intención para participar en la gestación por sustitución	<p>Motivos (<i>profundizar</i>)</p>	<p>¿Cuál fue el principal motivo para participar en la gestación por sustitución? ¿En qué circunstancia de su vida se encontraba cuando tomó la decisión de participar? ¿Qué eventos pudiera considera como significativos que la motivaron para participar? ¿Qué espera lograr con su participación?</p>
7. Solicitantes	<p>Relación y conocimiento de los, el o la solicitante de su vientre con fines reproductivos</p>	<p>¿Conoce al o a los solicitantes? ¿Cuántas veces se ha entrevistado con ellos? ¿Ha habido empatía con ellos? ¿Cómo siente que la tratan? ¿Qué han platicado sobre el proceso de entrega del recién nacido? ¿Cómo los describiría?</p>

8. Regulación actual en torno a la gestación por encargo	Conocimiento sobre la regulación Conocimiento sobre los cambios en la regulación de Tabasco en 2016	<p>¿Conoce usted la legislación sobre este tema?</p> <p>¿Qué sabe sobre la regulación de la gestación por encargo?</p> <p>¿En qué momento preciso estuvo gestando?</p> <p>¿Tuvo conocimiento sobre los cambios en torno a las condiciones de la gestación por encargo? Mencionar la prohibición del uso de agencias o terceros para enlazar a solicitantes con gestantes; la limitación de que los solicitantes sean matrimonios heterosexuales y los requisitos que debe cumplir la gestante para serlo.</p>
9. Especificaciones del contrato de gestación por sustitución	Existencia, conocimiento y participación en la elaboración del contrato	<p>¿Existe un contrato de gestación por sustitución?</p> <p>En caso de existir ¿Participó usted en la elaboración de ese contrato?</p> <p>¿Está de acuerdo en todos los puntos que integran el contrato?</p> <p>En ese contrato se especifica algún pago de gastos médicos, del embarazo y puerperio</p> <p>Está determinado algún pago de honorarios por sus servicios</p> <p>Está especificado que la prestación de sus servicios es de forma altruista, en caso de que así sea</p>
10. Participación en el proceso	Momento actual de su participación en la gestación por sustitución	<p>¿En qué momento está actualmente su participación?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Va a participar? - ¿Está participando? - ¿Está embarazada? - ¿Ya participó? - ¿Ya entregó al recién nacido?

11. Reacciones personales	Sentir de acuerdo con el momento de su participación	<p>¿Cómo se sintió cuando decidió participar en el proceso?</p> <p>¿Qué sintió cuando le dijeron que la TRHA utilizada tuvo éxito?</p> <p>¿Qué emociones experimenta en este momento, con relación a su participación en el proceso?</p>
12. Gestación	Síntomas físicos y emocionales	<p>¿Qué síntomas tuvo en los tres primeros meses?</p> <p>¿Qué síntomas tuvo durante todo el embarazo?</p> <p>¿Qué complicaciones experimentó?</p> <p>¿Cómo fue el parto?</p> <p>¿Cómo se sentía durante el parto?</p> <p>¿Hubo alteraciones en su carácter?</p> <p>¿Llegó a experimentar algún sentimiento negativo durante el embarazo?</p> <p>¿Cómo se siente en estos momentos con relación a la gestación por sustitución?</p>
13. Entorno familiar	Reacciones de la familia de origen Reacciones de la familia actual	<p>¿Cómo reaccionó su pareja al comentarle su decisión de participar en la gestación por sustitución? * en caso de que tenga pareja</p> <p>¿Cómo reaccionaron sus hijos al saber que participaría en la gestación por sustitución?</p> <p>¿Qué comentarios recibió de sus padres?</p> <p>¿Cómo reaccionaron sus hermanos?</p> <p>¿Ha habido cambios en su relación con integrantes de su familia, a raíz de participar en la gestación por sustitución?</p> <p>¿Ha tenido problemas con alguno de los integrantes de su familia a raíz de su</p>

14. Entorno social	Reacciones en la comunidad	<p>participación en la gestación por sustitución?</p> <p>¿Se ha sentido criticada o juzgada por sus familiares por haber participado en la gestación por sustitución?</p> <p>¿Sus vecinos saben que usted es una mujer gestante para otros?</p> <p>Si saben ¿Qué comentarios ha escuchado sobre eso?</p> <p>¿Qué opiniones le han externado sus vecinos o amigos con relación a su participación en la gestación por sustitución?</p> <p>¿Cómo perciben ellos a la gestación por sustitución?</p> <p>¿Ha tenido problemas con alguno de sus vecinos o amigos por haber participado en la gestación por sustitución?</p> <p>¿Se ha sentido criticada o juzgada por la comunidad en la que vive por haber participado en la gestación por sustitución?</p>
15. Puerperio	Síntomas físicos y emocionales	<p>¿Cómo se sintió después del parto?</p> <p>¿Qué síntomas físicos experimentó después del parto?</p> <p>¿Cómo se sintió emocionalmente después del parto?</p> <p>¿Quién estaba con usted durante y después del parto?</p> <p>¿Qué relación tiene con las personas que la acompañaron en el parto?</p>
16. Entrega del recién nacido	Proceso de entrega, vínculo o des-vínculo con el recién nacido.	<p>¿Qué emociones experimentó al momento de la entrega del recién nacido?</p> <p>¿Le llamaba de algún modo al bebé? *se le llamará bebé o de</p>

17. Proyecciones a futuro	<p>Intenciones de volver a participar o no. Necesidad de terapia psicológica o no Necesidad de terapia familiar o no. Contacto con el recién nacido o no.</p>	<p>la forma en la que ella le llame durante la entrevista. ¿Elegió ver al bebé cuando nació o no? Si aún no nace ¿Prefiere verlo al nacer o no? ¿Alguna vez ha considerado o considera la posibilidad de quedarse con el bebé? ¿Prefiere seguirlo viendo o perder contacto total con él? ¿Usted sabe cómo se va a llamar o cómo se llama el recién nacido? ¿Creó o está creando algún vínculo con el recién nacido? ¿Usted considera que los síntomas del embarazo pueden crear un cierto vínculo con el bebé? ¿Volvería usted a participar en un proceso de gestación por sustitución? ¿Qué aspectos del proceso cambiaría? ¿Considera usted necesario un acompañamiento psicológico durante el proceso de gestación por sustitución en caso de que no haya tenido? En cuanto a la terapia psicológica ¿Considera usted que tenga que llevarla por más tiempo del programado? ¿Considera usted necesaria una terapia familiar a raíz de su participación en la gestación por sustitución? ¿Desearía usted seguir en contacto con la familia que se quedará con el recién nacido? ¿Desearía usted seguir teniendo conocimiento sobre el recién nacido, aunque no tenga contacto con la familia?</p>
---------------------------	--	--

18. Aspectos no contemplados

Espacio para agregar aspectos no considerados en la entrevista, dada la flexibilidad del instrumento

Algo que quiera agregar relacionado con esta entrevista

Anexo2. Consentimiento informado

Proyecto de investigación: *Implicaciones de la gestación por encargo, desde la perspectiva de la mujer gestante*

1. He leído y entendido la información que se me proporcionó antes de la entrevista.
2. Se me permitió hacer preguntas sobre el proyecto y la razón de mi participación en él, y estas preguntas se resolvieron antes de la entrevista.
3. Se me explicó lo concerniente al anonimato y la confidencialidad de la investigación.
4. Comprendo que podré solicitar suspender la entrevista en cualquier momento en que considere que sea necesario hacerlo, teniendo en cuenta que esto no tendrá ninguna implicación.
5. Comprendo que podré abstenerme de contestar cualquier pregunta que me haga sentir incomoda.
6. Comprendo que mi participación en el proyecto no tendrá ninguna implicación en la prestación de servicios sociales de ninguna agencia.
7. Me fueron explicados los procedimientos de almacenamiento y disseminación de los hallazgos de la investigación.
8. Comprendo que los datos generados en esta investigación podrán ser utilizados por otros investigadores, siempre y cuando se preserven los criterios de anonimato y confidencialidad.
9. Voluntariamente acepto participar en el proyecto y autorizo la grabación de la entrevista para lograr los fines de esta investigación.
10. Yo, junto con el investigador, acepto firmar este consentimiento informado.

Firma: _____	Firma: _____
Nombre: _____ Participante	Nombre: <u>Mónica Robles</u> Investigadora
	Fecha: _____