

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas

Aquí sí hay familia. Campaña Social sobre infertilidad y familia

Proyecto Integrador

**Daniela Monserrat Mariño Calles
María Paula Urueña Pérez**

Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas

Quito, 11 de mayo de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO COMUNICACIÓN Y ARTES
CONTEMPORÁNEAS

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Aquí sí hay familia. Campaña Social sobre infertilidad y familia

Daniela Monserrat Mariño Calles

María Paula Urueña Pérez

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Gabriela Falconí, M.A

Firma del profesor

Quito, 11 de mayo de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Daniela Monserrat Mariño Calles

Código: 00123896

Cédula de Identidad: 1717655698

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María Paula Urueña Pérez

Código: 00124474

Cédula de Identidad: 1717886103

Lugar y fecha: Quito, 11 de mayo de 2018

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todas aquellas personas que por uno o varios motivos no han podido tener hijos.

En especial una dedicatoria para cada individuo que sabe que la familia es un lugar de amor y comprensión, que se da, no solo por lazos de sangre sino por, sobre todo, por el cariño que existe en una relación humana.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios por guiarnos en cada paso y habernos permitido convertirnos en profesionales, sin descuidar nuestro lado humano, conscientes del beneficio que con cada acción podemos aportar al mundo.

A nuestros padres, quienes han sido por más, el mejor apoyo durante toda nuestra vida, e incansablemente nos ayudan a cumplir nuestras metas empujándonos a ser cada vez mejores versiones de nosotras mismas. Gracias a ellos somos hoy en día mujeres fuertes y profesionales, sin miedo de enfrentarnos a nuevos retos.

A nuestros hermanos menores, nuestro motor, y por quienes nos esforzamos para darles el mejor ejemplo y que cumplan sus sueños, siendo imparables. Por supuesto no podemos olvidarnos de agradecer a Dayana Gallardo, amiga incondicional quien con sus consejos ha colaborado al éxito de nuestra etapa final universitaria.

Agradecemos también a todos nuestros profesores de carrera quienes nos han motivado día a día a hacer lo mejor de nuestra vida como comunicadoras.

Finalmente, a la Universidad San Francisco de Quito, que en estos años nos ha brindado una experiencia académica invaluable, y que gracias a su orientación en artes liberales nos ha enseñado a ver más allá de cada situación cotidiana, una oportunidad de crecimiento.

RESUMEN

El presente trabajo enmarca a la infertilidad como un estigma que influye en el desenvolvimiento social de los individuos. Se engloba el origen del estigma desde percepciones de roles de género y la institución de familia en la sociedad, las cuales por medio de una heteronormativa generan consciente e inconscientemente un rechazo hacia los individuos calificados como “sin hijos”. Con el fin de promover bienestar emocional social a los individuos infértiles, se crea una campaña social para concientizar al público sobre que es la infertilidad y su diagnóstico temprano. De igual manera, la campaña busca educar a las personas sobre como la concepción familiar ha ido cambiando con los años, instituyendo a los individuos sin hijos como una estructura familiar igual de valorable que la tradicional.

Palabras Clave.

Estigma, familia, infertilidad, maternidad, paternidad, impacto psicosocial, heteronormativa, marginación, emocional.

ABSTRACT

The present work frames infertility as a stigma that influences the social development of individuals. It encompasses the origin of stigma from perceptions of gender roles and the institution of family in society, which through a heteronormative consciously and unconsciously generate a rejection of individuals qualified as "childless". In order to promote social emotional well-being to infertile individuals, a social campaign is created to raise public awareness about infertility and its early diagnosis. Similarly, the campaign seeks to educate people about how the family concept has changed over the years, instituting individuals without children as a family structure as valuable as the traditional.

Key Words

Stigma, family, infertility, maternity, paternity, psychosocial impact, heteronormative, marginalization, emotional.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN.....	6
Palabras Clave.	6
ABSTRACT.....	7
<i>Key Words</i>	7
TABLA DE CONTENIDO.....	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
ÍNDICE DE TABLAS	12
INDICE DE ILUSTRACIONES	12
JUSTIFICACIÓN	13
INTRODUCCIÓN	14
MARCO TEÓRICO GLOBAL	16
INFERTILIDAD COMO ESTIGMA	16
Antecedentes	16
Roles de género	18
Maternidad.....	18
Paternidad.	21
Legitimación de la familia.....	24
Construcción de la familia legítima.....	25
Tipos/Elección de infertilidad	26
Infertilidad en la actualidad.....	28
Revisión desde la Medicina.....	28
Revisión desde la Psicología.	31
Revisión desde el aspecto Social.....	33
Estigmas de la Infertilidad.....	35
Causas del Estigma.....	37
Efectos del Estigma.....	38
Limitaciones en tratamientos para la infertilidad.....	39
Medicina Complementaria y Alternativas.....	41
MARCO TEÓRICO NACIONAL	44

La familia en Ecuador	47
La nueva concepción de paternidades	49
La necesidad de tener hijos	51
Efectos Familiares de la Infertilidad	55
Encuesta preliminar-Situación psicosocial de la infertilidad en Quito	56
INVESTIGACION.....	68
Investigación Cualitativa.....	68
Investigación Cuantitativa.....	71
CAMPAÑA SOCIAL.....	79
Tema de la Campaña	79
Justificación.....	79
Estrategia Comunicacional.....	79
Objetivo General	79
Objetivos Específicos	80
AQUÍ SI HAY FAMILIA.....	81
Logotipo	81
Nombre y Slogan.....	81
Descripción General	82
Público Objetivo.....	83
Producto Comunicacional	83
Influencer	84
Piezas Comunicacionales	85
Fundación Aliada	85
Actividades.....	86
Capacitaciones	86
Activaciones y BTL.....	88
Eventos	89
Activismo.....	90
Redes Sociales.....	90
Instagram	90
Twitter	91
Facebook.....	92
Clipping de Medios	93
Resultados de Encuestas.....	94
Objetivos vs. Logros	99
Logros inesperados.....	101

	10
Cronograma.....	102
Presupuesto.....	104
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	106
Conclusiones.....	106
Recomendaciones.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	112
1. Piezas comunicacionales.....	112
2. Capacitaciones	114
3. Evento de Recaudación.....	116
4. BTL's.....	117
5. Redes Sociales	119
6. Fundación.....	120
7. Activismo.....	121
8. Gira de medios	122

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Investigación nacional-Género	57
Gráfico 2 Investigación nacional-Edad.....	57
Gráfico 3 Investigación nacional- Estado civil.....	58
Gráfico 4 Investigación nacional- Diagnóstico de infertilidad	59
Gráfico 5 Investigación nacional-Apoyo Profesional.....	59
Gráfico 6 Investigación nacional-Experiencia inicial de infertilidad	60
Gráfico 7 Investigación nacional- Apoyo personal	61
Gráfico 8 Investigación nacional- Relaciones personales	61
Gráfico 9 Investigación nacional- Estigma.....	62
Gráfico 10 Investigación nacional-Trato diferencial	63
Gráfico 11 Investigación nacional- Problemas de pareja	64
Gráfico 12 Investigación nacional-Medidas de acción.....	66
Gráfico 13 Investigación nacional-Participación social	66
Gráfico 14 Encuesta inicial-Género.....	72
Gráfico 15 Encuesta inicial-Edad	73
Gráfico 16 Encuesta inicial-Estado civil.....	73
Gráfico 17 Encuesta inicial-Pregunta 1	74
Gráfico 18 Encuesta inicial-Pregunta 2	74
Gráfico 19 Encuesta inicial-Pregunta 3	75
Gráfico 20 Encuesta inicial-Pregunta 4	76
Gráfico 21 Encuesta inicial-Pregunta 5	76
Gráfico 22 Encuesta inicial-Pregunta 6	77
Gráfico 23 Encuesta inicial-Pregunta 7	77
Gráfico 24 Encuesta inicial-Pregunta 8	78
Gráfico 25 Encuesta final-Pregunta 1	94
Gráfico 26 Encuesta final-Pregunta 2	95
Gráfico 27 Encuesta final-Pregunta 3	95
Gráfico 28 Encuesta final-Pregunta 4.....	96
Gráfico 29 Encuesta final-Pregunta 5.....	96
Gráfico 30 Encuesta final-Pregunta 6.....	97
Gráfico 31 Encuesta final-Pregunta 7.....	97
Gráfico 32 Encuesta final-Pregunta 8.....	98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clipping de Medios.....	93
Tabla 2. Objetivos vs. Logros	101
Tabla 3. Cronograma de actividades.....	103
Tabla 4. Presupuesto Campaña	104
Tabla 5. Ingresos Campaña.....	105
Tabla 6. Ganancias Totales Campaña.....	105

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Maternidades Novedosas	20
Ilustración 2. Paternidades Novedosas	23
Ilustración 3. Niveles de fertilidad global, 1970 al 2015	26
Ilustración 4. Definiciones generalmente aceptadas de Infertilidad e Infecundidad	29
Ilustración 5 Femicidio en Latinoamérica y el Caribe.....	51
Ilustración 6. Logotipo.....	81
Ilustración 7. Producto Comunicacional.....	84
Ilustración 8. Influencers campaña	85
Ilustración 9. Estadísticas Instagram.....	91
Ilustración 10. Estadísticas Twitter.....	91
Ilustración 11. Estadísticas Facebook	92

JUSTIFICACIÓN

La infertilidad es una situación latente, y en muchos casos, es un aspecto que delimita el actuar aprobado de los individuos según estándares heteronormativos de familia como institución primaria de la sociedad. La idea de familia está sujeta a cambios, y más aún en una sociedad globalizada, que ya se encuentra abriendo-a pesar de ser pocos-espacios integradores que rompen con la normativa generada históricamente sobre la construcción de una familia y su actuar, combatiendo estigmas generados para maternidades y paternidades.

Es justamente, esta sociedad globalizada y sujeta a cambios lo que ha incidido en que la situación de infertilidad sea mayormente conocida y, asimismo, que muchos más individuos sean parte de esta. Hoy en día debido a aspectos laborales, económicos y conciencia social (refiriéndonos al calentamiento global) hombre y mujeres postergan la edad de reproducción o toman la decisión de no tener hijos.

“Se ha de pasar de una situación en la que está presente y se vive con un profundo dolor e intensidad la infertilidad a una situación creativa y positiva de acogimiento. Puede parecer que, en determinadas circunstancias, esto va a ser muy difícil, pero muchas parejas transitan por estos pasos sin problemas y lo consiguen”.(Gimeno Berbegal, 2015, p. 59)

Es por ello que esta investigación sirve de base para conceptualizar a manera global las distintas enmarcaciones de la infertilidad, tanto como factor social, de incidencia en tasa de natalidad, y todos los efectos que conlleva para el individuo calificado como “sin hijos” personalmente y dentro de su desenvolvimiento en la sociedad. Así nace la necesidad de crear un espacio en el cual el público sea consciente de lo que es la infertilidad y logre captar el como la familia tradicional no es el único modelo valido, con el fin de que el no tener hijos no estigmatice a ningún individuo o pareja.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad debe dejar de ser vista como una problemática individual, ya que hoy en día existen varias posturas que legitiman las opciones de maternidad y paternidad en la sociedad. Una persona puede decidir si desea tener hijos o no, y esto no debe considerarse una barrera de desenvolvimiento activo, de igual manera si la situación de infertilidad es debido a factores biológicos.

La infertilidad es un trastorno o situación en la cual se da lugar a la imposibilidad de concepción; esto debido a distintos factores, predominando el ámbito médico/biológico del hombre o la mujer, seguido por factores psicológicos como la depresión, estrés o bloqueos emocionales. “La infertilidad consiste en la incapacidad de tener hijos por la existencia de un impedimento para que el embarazo llegue a término”. (Hoyos Botero, 2015, p. 50) Muchas veces esta incapacidad de finalizar el embarazo se manifiesta mediante abortos espontáneos.

Es solo hasta finales del siglo XIX que involucra al hombre dentro de esta percepción de incapacidad de concebir hijos (en la que la sociedad está de acuerdo), poniendo en juego la paridad de “responsabilidad” en la búsqueda de soluciones, o en su defecto ocultando y avergonzándose más tanto el hombre como su pareja de esta condición.

Existen varios estudios médicos y sociales sobre la infertilidad, en su mayoría dirigidos al estudio de la mujer, pocos para casos masculinos. Lo que motiva esta situación es, que la mujer debido a enmarcaciones socio-culturales siente que su rol de mujer le exige (en la mayoría de casos) ser madre, ser fértil y traer al mundo el regalo de la vida; si esto es verdad, entonces una mujer en situación de infertilidad se sentiría incompleta y hasta “poco digna” de

mantener relaciones emocionales y sociales estables. Adicionalmente la mujer presenta un mayor sentimiento de pérdida de control y tiende a sentirse más culpable.

Por otro lado, en el caso del hombre, no se ve vulnerado su rol en la sociedad a menos que este se encuentre dentro de una relación matrimonial o compromiso en el que busque tener un hijo; si este es el caso, y el hombre es detectado como la parte infértil, se producen de igual manera que en la mujer ciertas represiones sociales y psicológicas que podrían madurar en situaciones de depresión seria y marginación social.

El estudio se basará en la infertilidad desde cinco perspectivas:

1. La falta de hijos o childlessness
2. Infertilidad Primaria
3. Infertilidad Reportada por uno miso
4. Infertilidad Secundaria
5. Infecundidad secundaria

Por todo esto es necesario abarcar temas de contexto en la revisión actual, y cultural de la investigación, con un enfoque en la cultura occidental prioritariamente y las percepciones de esta sobre los individuos infértiles, y como el no tener hijos pone en juego su actuar social y su salud psicológica.

MARCO TEÓRICO GLOBAL

INFERTILIDAD COMO ESTIGMA

Antecedentes

En el planeta existen cerca de 70 millones de personas afectadas por la infertilidad, esto sin tener en cuenta que existe un porcentaje no diagnosticado (Brezina & Zhao, 2012). Este último factor ocurre debido a que los individuos no presentan una preocupación por su condición de fertilidad sino hasta que están en edad reproductiva e inician sus intentos por procrear. El desconocimiento de las condiciones que tienen como consecuencia la infertilidad representa un desafío para la investigación sobre el tema puesto que algunas de las enfermedades que causan esta condición pueden ser tratadas de ser diagnosticadas a tiempo (Inhorn & van Balen, 2002).

Más allá de las condiciones de salud que tienen a la infertilidad como consecuencia, existen varias repercusiones de esta situación en la salud mental de quienes la atraviesan y en numerosos casos implican cambios en su estilo de vida. Según un estudio sobre la frecuencia de la ansiedad y depresión en tratamientos de estimulación ovárica (EFESO) conducido en España en una muestra de 602 mujeres, estas alteraciones emocionales afectan con distinta intensidad a un 90% de la muestra en el caso de la depresión y a un 22% en el caso de la ansiedad. (Bruna, Roca de Bec, & Pérez-Millan, 2012)

Algunos de los motivos de la depresión en las personas afectadas por la infertilidad están relacionados a los tratamientos que reciben con el fin de concebir y al hecho de que en varias ocasiones estas alternativas toman tiempo en mostrar resultados. Por otro lado, también se debe considerar que hay parejas que deben someterse a varios ciclos de tratamiento, lo que

genera que cada intento fallido empeore el estado anímico de la pareja o el individuo que busca concebir. (Bruna et al., 2012)

Las Tecnologías de Reproducción Asistida (TRA) son técnicas enfocadas específicamente en el tratamiento de la infertilidad. Desde el primer parto exitoso producto de una fertilización in vitro (FIV) en 1978, las TRA se han convertido en las soluciones preferidas para la infertilidad (Brezina & Zhao, 2012). Sin embargo, las TRA conllevan distintas implicaciones que resultan controversiales en los campos de lo ético y lo legal. En el caso de la FIV y las inyecciones intracitoplasmáticas de espermatozoides, existe una fuerte crítica debido a que la implantación de varios óvulos fecundados en el útero implica el desecho de embriones que no se implanten o por el contrario ocasionan embarazos múltiples de más de 3 bebés arriesgando la salud de la madre y los futuros hijos (H. M. W. Bos & Van Rooij, 2007).

Debido a los desafíos que se atraviesan con las TRA, muchas parejas recurren a la medicina complementaria y alternativa (CMA) para la solución de la infertilidad. La CMA consiste en prácticas médicas, que por lo general provienen de la medicina oriental, que se consideran externas a la medicina convencional (Park et al., 2010). Dentro de estas alternativas se encuentran técnicas como la acupuntura, la terapia herbal, el Thai Chi y distintas técnicas de masajes. (Smith et al., 2010)

Es necesario considerar los efectos de la infertilidad en la salud mental teniendo en cuenta que estudios como el antes mencionado (EFESO) demostraron que, si bien los factores psicológicos no afectan la efectividad de las TRA, la depresión y la ansiedad suelen ocasionar que la mujer abandone su tratamiento tras algunos intentos fallidos. Esto también es producto de la presión que la pareja siente por parte de la sociedad. El no poder concebir es un desafío de la pareja en su cumplimiento de los roles que se les son asignados desde la sociedad. Dependiendo de la cultura y el contexto donde se dé esta situación, la pareja o el individuo se verá afectado por distintos estigmas generados a partir de los principios que constituyen a dicha cultura (Gannon, Glover, & Abel, 2004)

Roles de género

Un rol de género, es un conjunto de comportamientos definidos por una sociedad que son considerados como propios de una persona catalogándola por ser biológicamente hombre o mujer. De manera general se puede decir que en la historia y en diferentes culturas se ha hegemonizado que en cuanto al rol de la mujer o “femenino” se debe abarcar cuestiones de reproducción, cuidado y amparo de los hijos, además de labores domésticas. “El cuidado de los niños y el mantenimiento del hogar son todavía soportados casi exclusivamente por la mujer. En Francia, particularmente, la tradición antifeminista es tan tenaz, que un hombre creería fracasar si participase en tareas reservadas en otro tiempo a las mujeres”(Beauvoir, 2005, p. 67). Por otro lado, el rol del hombre o “masculino”, abarca cuestiones de sustento, manutención del hogar o proveedor, que se haga resaltar su poder mediante su virilidad.

A pesar que la sociedad ha ido evolucionando, muchas concepciones-especialmente sexuales y reproductivas- siguen enmarcando las distintas culturas y generando estereotipos para con aquellas personas que deciden cambiar esta normativa. Por lo que es importante hablar y cuestionar en el ámbito de la reproducción, como la sociedad ha determinado los roles de maternidad y paternidad, como simbolismos culturales, en función de hechos biológicos.

Maternidad.

La maternidad ha sido considerada por muchos siglos, el rol “natural de la mujer” y que para que exista identidad femenina se debe ser una madre. Para explicar esto, es necesario aclarar que hoy en día, existen distintas maternidades y no la que en un principio estableció la sociedad hegemónica y patriarcal, de “mujer madre por naturaleza”, esta concepción era afirmada al poner en cuestión que al ser madre, la mujer se revalorizaba; un claro ejemplo de esto se puede observar en la Biblia en donde “la forma principal en que las hebreas podían ser valoradas era teniendo hijos, por lo que su peor desgracia era la falta de hijos, que recaía sobre la instancia divina y quien tenía el poder de otorgarla o retirarla”.(Trujillo & Burgaleta, 2014,

p. 161). Asimismo, al seguir por la historia y distintas culturas, se observa como los griegos, interpretaban el papel de la mujer en la reproducción como pasivo, por tanto, eran seres inferiores, de igual manera los Romanos, idealizaron a la mujer como maternidad católica, pura virgen, y sin deseo sexual por su misma pasividad. Aquí se puede hablar entonces que el papel de las mujeres en la reproducción-antes de los movimientos feministas en el siglo XIX- era de naturaleza. De esta naturaleza entonces, nace la idea del amor maternal natural o “instinto materno”.

Entonces, el “instinto maternal” es una normativa hegemónica de una ideología paternalista, el cual ha sido desmitificado por la ciencia ya que en sí se considera que los seres humanos no poseen algo tal como un instinto; sin embargo, en el caso de la mujer y la maternidad se sigue hablando social y científicamente de un “reloj biológico” que llama a las mujeres a ser madres, como si fuera su única razón de ser en términos biológicos.

Es en la época de surgimiento de la burguesía, que se combina el rol de mujer en madre por naturaleza y por sociedad, refiriéndose a la madre como “procreadora ... cuyo deber con la patria es gestar nuevos ciudadanos, entre ellos futuras madres” (Trujillo & Burgaleta, 2014, p. 162). La verdad, es que, en el mundo contemporáneo, la maternidad ya no debe ser vista como una institución, más si, como una opción, que no necesariamente revaloriza a una mujer. Rich distingue que existen dos tipos de maternidades reconocidas en la sociedad occidental actual, “el maternal thinking o maternidad como experiencia y el maternal practice, como institución patriarcal”. (Trujillo & Burgaleta, 2014, p. 164) Un concepto similar al de maternidad como experiencia, lo maneja Silvia Tuber, explicando que en los estereotipos e ideales de feminidad construidos tradicionalmente “una mujer no está completa si no tiene hijos” (Hoyos Botero, 2015, p. 54).

El estereotipo de maternidad nace entonces de, lo que Harriet Taylor asegura es una desacreditación a la mujer como ciudadana/persona al ser “una descalificación injusta hacer

imperativo a las mujeres que han de ser madres o ser nada, o que, si una vez que han sido madres, no serán nada más durante el resto de sus vidas” (Harriet & Mill, 2001, p. 129)

Las mujeres al ser reprimidas y marginadas en muchos casos, hasta de su propia familia, hace que vean la infertilidad o esterilidad como un castigo social, lo cual le afecta psicológicamente “afecta la imagen de sí misma, se siente humillada, discriminada y, por consiguiente, ofendida y en ocasiones culpable”. (Hoyos Botero, 2015, p. 54) afirma que en cuanto a la maternidad y la mujer que una madre se hace y no nace, abriendo paso a la propuesta de elección de maternidad y al mismo tiempo aceptación de quienes no pueden tener hijos como miembros completos y activos en la sociedad. Muchas veces el ser madre es considerado como una “aceptación de responsabilidad social”, siguiendo la hetero-normatividad, “la maternidad se presenta, así como el cambio de una vida adolescente, provocadora y caótica, por una adulta y responsable”.(Trujillo & Burgaleta, 2014, p. 173)

Con la aparición de nuevas tecnologías, que buscan apoyar a mujeres en su deseo por elección de ser madres aparecen nuevas concepciones y definiciones de maternidad las cuales pueden dissociarse como son la “maternidad biológica, la genética y la de gestación”(Hoyos Botero, 2015, p. 25). Se encentra a continuación la Tabla 1. para definir en detalle estas relaciones “novedosas” de maternidad, que aún no son totalmente aceptadas en todas las sociedades- menos aun en la oriental- y que son un intento de hacer que la mujer que desea ser madre pueda lograrlo, como la heteronormatividad le indica es correcto.

Ilustración 1. Maternidades Novedosas

Maternidad genética nuclear	Corresponde a quien actúa como ovodonadora
Maternidad genética extranuclear	Corresponde a quien actuará como donante de ovoplasma, el citoplasma del ovocito
Maternidad referencial o post-mortem	Aquella mujer que muere y sus ovocitos han quedado vitrificados y utilizados posteriormente

Maternidad social	Quien asume el cuidado inherente a la maternidad sin existencia de vínculos biológicos, de gestación o genéticos
Maternidad legal	Quien asume derechos y obligaciones inherentes a la maternidad, como en la adopción
Maternidad compartida o de segundo orden	La que se ha reconocido legalmente a una madre biológica o gestante que no quiere ceder al producto, para pueda tener algunos derechos como la visita o convivencia
Maternidad comitente	Aquella de quien acude expresamente a solicitar un contrato para una gestación subrogada

(Hoyos Botero, 2015, pp. 55-56)

Clasificación de las nuevas maternidades, reconocidas en la sociedad médica una vez implantados los Tratamientos de Reproducción Asistida.

Paternidad.

Una vez que se ha definido el contexto histórico por el cual la mujer antes era considerada- en naturaleza- la única responsable de la no procreación, es necesario explicar como el hombre a partir de los años 70 ya es considerado como un factor y víctima de la situación de infertilidad.

Primeramente, se debe aclarar que históricamente el hombre, ha gozado de mayores privilegios sociales que la mujer, esencialmente por atribuírsele características como inteligencia, fuerza, poder, entre otras. Es por ello que “los hombres se enfrentan a conflictos, contradicciones y costos sociales cuando asumen maneras de ser que son distintas a las hegemónicamente instituidas”(Salguero, 2008, p. 239). Como en el caso de este trabajo, el de su situación de infertilidad o el no poder concebir un hijo. Un hombre entonces, según las reglas hetero-normativas debe “hacer valer su identidad masculina al convencerse y convencer a los demás de tres cosas: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es un homosexual” (Badinter, 1993, p. 18)

A diferencia de las mujeres, se cree que los hombres (en su mayoría) solamente llegan a preocuparse de su habilidad de concepción una vez que están en pareja o en la búsqueda de tener un hijo, especialmente si se habla de culturas en Latinoamérica en donde la sexualidad generalmente es un tabú.

Los hombres logran definirse a sí mismos y a su masculinidad, a través de la paternidad ya que es un aspecto que complementa su vida, por esto mismo en cuanto a las actitudes que toman los hombres-con o sin hijos- hacia la paternidad, se refleja que la asocian directamente a su masculinidad (o virilidad) contratando la postura de la maternidad de la mujer como un contentamiento (reivindicación social).

Dado este contexto, sobre la virilidad y el poder dentro de la sociedad hegemónica patriarcal en la que se encuentra la sociedad, se da la explicación de porqué el estigma hacia el hombre infértil empieza por él mismo, al sentirse menos viril y con vergüenza de exteriorizar su situación. El hecho que la sociedad lo “castigue” por no cumplir su rol de procreador solo refuerza distintos problemas psicológicos como la depresión como efecto de este proceso de construcción social en donde se busca matizar lo que “debería ser un hombre” “generalmente por los estereotipos de género, como el ser fuerte, responsable, cumplido, saber tomar decisiones, sostener una familia u ocultar emociones y sentimientos, ya que no ser así podría evidenciar no ser lo suficientemente hombre”.(Salguero, 2008, p. 256)

La correlación inapropiada de infertilidad con proezas sexuales, junto con el conflicto de roles de género creado por el fracaso de inseminar y una probabilidad significativamente reducida de buscar ayuda para el estrés emocional de la situación, tiene el potencial de causar una significativa angustia personal e interpersonal para el hombre infértil y su pareja (Petok, 2015, p. 264)

En realidad, es poco lo que se ha tratado en cuanto a los hombres y la infertilidad, si se compara con los bastos estudios en cuanto a la maternidad y reproducción de la mujer; sin embargo, el estigma existe y “hay un cuerpo de evidencia que sugiere que los hombres infértiles

y sub-fértiles son propensos a experimentar estigma y un consecuente impacto en su autoestima, en el contexto de una sociedad pro-natalista que vincula la fertilidad con el poder Es un tema importante debido a la evidencia de que los hombres infértiles sufren de angustia, que alcanza niveles clínicamente significativos en algunos casos” (Gannon et al., 2004, p. 1170)

Uno de los cambios más destacados en los padres es el nuevo significado de paternidad, porque ya no se coloca el acento en el sostenimiento económico, sino en el vínculo afectivo, en el compromiso con la crianza y socialización de los hijos o hijas, y porque no solamente se limita la paternidad a la descendencia biológica. (Puyana, 2003, p. 12)

Una vez que la sociedad acepta la integración de la mujer como parte en la economía, se dan cambios sociales, legales y médicos, asimismo, en cuanto al como el hombre está involucrado y más arraigado a la paternidad, no como refuerzo de su masculinidad, sino como un actor en distintos niveles de reproducción, como se demuestra en la Tabla 2. sobre las “novedosas” paternidades.

Ilustración 2. Paternidades Novedosas

Paternidad tradicional u holística	Previa a Los tratamientos de inseminación artificial o reproducción asistida
Paternidad genética	Corresponde a quien actúa como donante de semen
Paternidad referencial o post-mortem	Aquel padre que muere y ha quedado semen crio preservado y utilizado posteriormente
Paternidad Social	Quien asume el cuidado inherente a la paternidad sin existencia de vínculos biológicos
Paternidad legal	Quien asume derechos y obligaciones inherentes a la paternidad, como es la adopción
Paternidad comitente	Aquella de quien acude expresamente a solicitar un contrato para una gestación subrogada

(Hoyos Botero, 2015, pp. 55-56)

Clasificación de las nuevas paternidades, reconocidas en la sociedad médica una vez implantados los Tratamientos de Reproducción Asistida.

Legitimación de la familia

Una familia legítima, es una más de las construcciones sociales que se han creado históricamente estas construcciones cambian con el paso del tiempo y a través de distintas culturas. Como se mencionó anteriormente, la concepción de familia paterna se estableció desde épocas bíblicas, seguidos por griegos y romanos, pero fueron los romanos quienes instauran la “concepción del *pater familias* como figura principal de la familia, dueño de personas y bienes”.(Trujillo & Burgaleta, 2014, p. 162)

Desde allí la sociedad ha seguido un camino que establece a la familia como una “base de la sociedad” heteropatriarcal; por otro lado, y gracias a la globalización e interconexión de culturas y simbolismos, se vuelve importante el saber reconocer todos los factores y contextos que entran en juego al momento de dar un significado de la familia, desde el nivel socio-económico, educación, edad, diversidad étnica y país.

La Real Academia de la Lengua Española, define a familia primeramente como un “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas”, lo cual en términos contemporáneos y generales sería correcto-aunque se puede cuestionar el parentesco y su significado- sin embargo, la siguiente definición dice textualmente “Hijos o descendencia” es decir descendiente, por tanto, se abre una ventana de pregunta hacia sí: ¿Acaso una familia no puede ser reconocida sin la necesidad de tener hijos?

Si nos apegamos a la definición de familia como la necesidad de tener hijos, quiere decir que hay muchas uniones y grupos de personas que se consideran una familia-con lazos afectivos- que en realidad no son reconocidas por la sociedad, en pocas palabras, son ilegítimas.

Connell habla de la idea de familia como esencialmente una “fábrica de heterosexualidad, que sirve para satisfacer la necesidad del capital de trabajo y la necesidad del Estado para la subordinación” (Connell, 1987)

Hay que considerar qué es lo que pasa con la sociedad actual a nivel mundial, con la integración de familias homosexuales, transgéneros, entre otras; que poco a poco van siendo aceptadas en la sociedad (especialmente la occidental), a pesar de esto, hay concepciones que limitan esta libertad de aceptación y que estigmatizan elecciones de uniones por la falta del seguimiento a la familia como institución que mantiene una hegemonía patriarcal. La ONU, en la Resolución 29/22, aclara que una familia es “el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado y el medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros” (2016). Un concepto mucho más amplio que da paso a discusiones y concesiones, sobre que conforma la familia y quienes pueden hacerlo-la respuesta a esto debería ser todos.

Construcción de la familia legítima.

Si se toma en cuenta que la definición de familia es demasiado amplio, se requiere focalizar la atención a un campo de estudio similar en características, por ejemplo en la mayoría de países hispanoparlantes “los temas relativos a las sexualidades, la reproducción y el parentesco han estado controlados y vigilados de cerca por la Iglesia católica y los discursos médicos y legales”(Trujillo & Burgaleta, 2014, p. 170), aquí el matrimonio es considerado la base de la familia que pasa a ser el elemento fundamental de la sociedad, para quien se dirigen las acciones, ya que se supone deberían procrear y traer al mundo nuevos ciudadanos que continúen desarrollando el mundo.

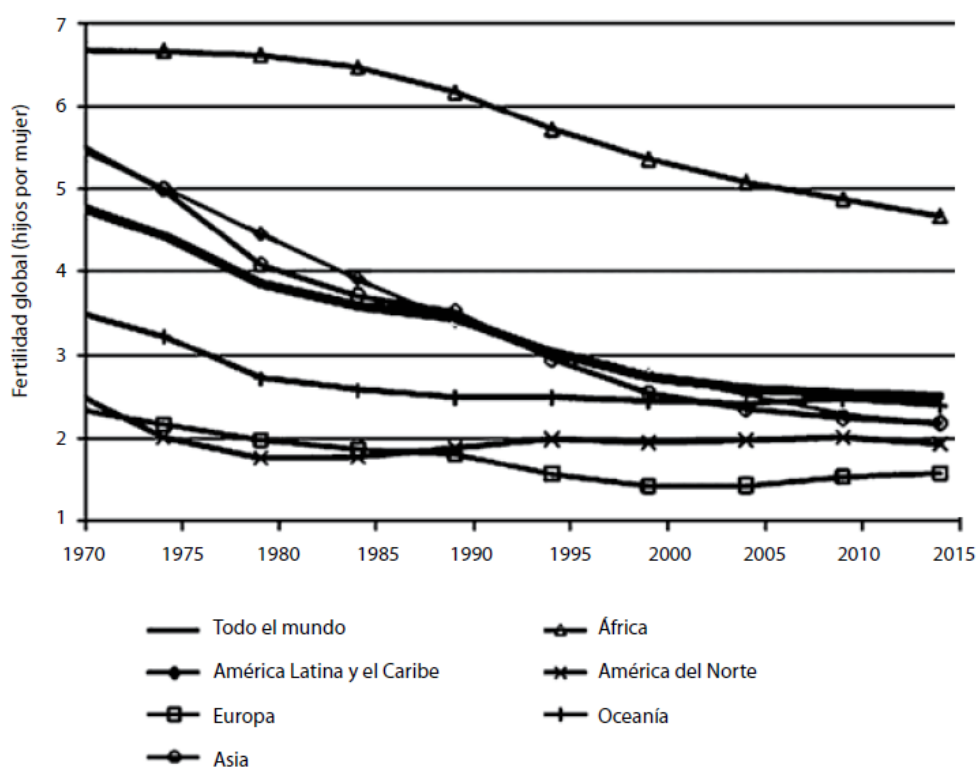
Pero si estas personas o parejas no tienen hijos como elección de vida o condición, se cuestiona su rol “cívico”, lo cual es paradójico ya que, si otra persona opta por la maternidad o paternidad alternativa, se deja de reconocer la legitimidad de su familia. Se necesita profundizar en el campo de estas maternidades y paternidades, de modo en que su estatus y organización en cuanto a su efecto en la sociedad y los cuidados (o las familias heteronormativas) cuenten con los mismos derechos, reconocimiento e igual legitimidad,

Tipos/Elección de infertilidad

“No siempre la condición de no maternidad procede de problemas de infertilidad o de salud, sino que podemos encontrar otros grupos de mujeres que teniendo la posibilidad de embarazo deciden no ser madres o aplazarlo para el momento oportuno de sus vidas”.(Paterna & Martinez, 2005, p. 156)

Ilustración 3. Niveles de fertilidad global, 1970 al 2015

Niveles de fertilidad global (nacimientos por mujer), todo el mundo y zonas principales, 1970 a 2015



(ONU, 2014, p. 6)

Niveles de Fertilidad Global, todo el mundo y zonas principales, 1970 a 2015

La infertilidad al ser un aspecto en el cual diversos factores toman un papel importante (biología, medicina, psicológico y social) hoy en día en una sociedad en la que la vida profesional de los individuos ha formado un rol importante; los índices de tasas de fertilidad global han decrecido de manera importante (como se muestra en la comparación de las

Ilustración 1), en especial tomando en cuenta que este análisis del Banco Mundial hasta el 2015, solo toma en cuenta a mujeres de edad fértil (15-49 años). El hecho de que se decida aplazar la reproducción es en muchos casos decisivo ya que el cuerpo de la mujer puede no estar igual de preparado para aceptar la condición de embarazo en una mujer de 45 años que en una de 25.

Una vez considerado, que este factor social, se pueden definir los cinco tipos principales, y contemporáneos de la infertilidad, según Rutstein (Rutstein & Shah, 2004, p. 53):

1. La falta de hijos o childlessness: Un individuo o pareja no posee hijos, bajo ningún término de maternidad o paternidad, por factores biológicos.
2. Infertilidad Primaria: cuando la incapacidad de tener hijos se presenta debido al no embarazo o no poder llevar un embarazo al nacimiento de un niño vivo.
3. Infertilidad Reportada por uno mismo: Se da cuando el individuo decide no tener hijos, por tanto, no llega al proceso de concepción.” Definirse a uno mismo como infértil no implica simplemente negociaciones entre profesionales individuales y médicos, sino también negociaciones dentro de la pareja y, posiblemente, redes sociales más grandes”. (Greil, McQuillan, & Kathleen, 2011, p. 737)
4. Infertilidad Secundaria: cuando la incapacidad de tener hijos se presenta debido al no embarazo o no poder llevar un embarazo después de ya haber concebido y dado a luz a un bebé.
5. Infecundidad secundaria: Cuando después de haber sufrido de varios abortos, la mujer se vuelve incapaz de concebir.

Sin embargo, los casos de mayor repercusión social serán aquellos en el que el individuo no tenga hijos por completo, y no cumpla su rol de género y de ciudadano de traer un nuevo

ser viviente al mundo, generando por parte de la sociedad (cerca y externa) rechazo y prejuicios.

Infertilidad en la actualidad

Revisión desde la Medicina.

La correcta introducción del tema de la infertilidad en el campo de la medicina dependerá de su definición y la aclaración de los términos asociados a este fenómeno. En primer lugar y como se ha mencionado previamente en este trabajo, es necesario establecer como precedente que la infertilidad difiere del término esterilidad. La infertilidad se define como “la inhabilidad de una pareja para lograr la concepción o llevar un embarazo a término después de un año o más de actividad sexual no protegida por un método anticonceptivo” (Fuentes, 2010). Esta definición es producto de un consenso entre las definiciones de la OMS y de la American Society of Reproductive Medicine (ASRM) cuyos rangos de tiempo en la determinación de la infertilidad son de dos años y año y medio respectivamente. (Fuentes, 2010).

En contraste con el concepto de infertilidad, la esterilidad se define como “la incapacidad de tener hijos por la existencia de un impedimento para que el embarazo llegue a término” (Hoyos Botero, 2015). Esto significa que la infertilidad puede ser tratada a través de la tecnología de reproducción asistida o de la medicina complementaria y alternativa para conseguir que el embarazo llegue a término. La esterilidad, por su parte, es el producto de distintos problemas en el aparato reproductor femenino o masculino que impiden definitivamente que el embarazo sea posible o que el mismo llegue a término.

La fertilidad se clasifica como primaria o secundaria. Siendo la primera “cuando una mujer es incapaz de tener un hijo, ya sea debido a la incapacidad para quedar embarazada o la incapacidad para llevar un embarazo a un parto vivo”(World Health Organization, 2017), el principio se aplica de la misma forma cuando el hombre presenta una incapacidad para

concebir. Por otro lado, la infertilidad secundaria ocurre “cuando una mujer no puede tener un hijo ya sea debido a la incapacidad para quedar embarazada o la incapacidad de llevar un embarazo a un parto vivo después de un embarazo anterior” (World Health Organization, 2017). También resulta pertinente aclarar al término de infecundidad frente al de infertilidad, expertos en el área como el PhD David Healy y el PhD Alan Trounson definen ambos términos según la clasificación disponible en la Tabla 3.

Ilustración 4. Definiciones generalmente aceptadas de Infertilidad e Infecundidad
tabla

Panel: Generally accepted definitions of infertility and infecundity			
Term	Definition	Clinical definition	Subdivision
Infertility*	Inability of couple to obtain clinically recognisable pregnancy, to achieve fertilisation of gametes	Couple does not achieve clinically/biochemically (hCG) recognisable pregnancy after 12 mo of intercourse	Resolved infertility/infecundity (subfertility/subfecundity): episode that is sooner or later followed by conception/birth. Unresolved infertility/infecundity: episode that is not followed by conception/birth
Infecundity*	Inability of couple to achieve livebirth	No pregnancy resulting in livebirth after 12 mo of unprotected intercourse	

*May be primary or secondary, depending on whether the couple has ever achieved pregnancy/livebirth.

(Healy, Trounson, & Andersen, 1994)

En cuanto a las causas primarias de infertilidad dentro de la pareja se encuentran varias condiciones médicas que pueden ser sujetas a distintos tratamientos según se presenten las condiciones de cada caso. Al hablar de infertilidad femenina las causas médicas principales son: desórdenes de ovulación (ovario poliquístico, exceso de prolactina, insuficiencia ovárica prematura), infertilidad tubárica (daños en las trompas de Falopio), endometriosis (engrosamiento del endometrio y adhesiones a la pared pélvica), problemas cervico-uterinos, obesidad y la infertilidad inexplicada (Mayo Clinic, 2017a). Este tipo de trastornos tienen una incidencia significativa a nivel mundial y su frecuencia varía según factores genéticos, geográficos y económicos, entre otros.

La infertilidad masculina, por otro lado, tiene su origen en los siguientes trastornos: Varicocele (inflamación de las venas de drenaje del testículo), infecciones, problemas de

eyaculación, tumores, testículos no descendidos, anticuerpos que atacan a los espermatozoides, tumores, desbalances hormonales, enfermedad celíaca y problemas al mantener relaciones sexuales (Mayo Clinic, 2017b). La incidencia del factor masculino en los casos de infertilidad de pareja en general se sitúa entre el 40%-50%. Sin embargo, la mayor parte de los trastornos de infertilidad masculina tienen una mayor tasa de solución frente a los trastornos femeninos.

Otros factores a tomar en cuenta que empeoran los síntomas antes descritos tanto en mujeres como en hombres son la postergación de la maternidad, la obesidad, el cigarrillo, el estrés y el alcohol (Mayo Clinic, 2017a). Esto ha conducido al aumento de la incidencia de la infertilidad en países desarrollados. En la actualidad una de cada siete parejas tiene problemas para concebir y el aumento de factores secundarios que afectan a los trastornos de salud principales podría variar en las próximas décadas hasta hacer que una de cada tres parejas enfrenten estos desafíos (Fuentes, 2010). Un alarmante indicador de este patrón es que el 6% de las mujeres menores de 19 años en Europa son clasificadas como obesas (Fuentes, 2010)

Adicionalmente, existen varias enfermedades de transmisión sexual que desencadenan problemas de fertilidad e incluso llegan a causar esterilidad (Fuentes, 2010). La incidencia de clamidia, por ejemplo, se duplicó en la década de los 2000 incrementando el riesgo de obstrucción tubaria (Fuentes, 2010). Por otro lado un nuevo brote de gonorrea resistente a los antibióticos se ha diseminado en varios países registrando 78 millones de casos a nivel mundial en lo que va del presente año (Wi et al., 2017).

En la actualidad entre el 10%-15% de las mujeres de los Estados Unidos experimenta deterioros en su capacidad de reproducción (McQuillan, Greil, White, & Jacob, 2003), en España estas cifras se replican (Bruna et al., 2012). Esta cifra se incrementa hasta llegar al 20% al hablar de parejas en el país. En cuanto a Latinoamérica y Ecuador, se reporta que “hay datos obtenidos en países cultural y económicamente comparables con Ecuador, que nos hacen suponer de la presencia de un 15% de parejas infértiles entre la población de edad reproductiva” (Sandoval & Klaus, 2005). La infertilidad es entonces un fenómeno generado a

partir de problemas de salud de la mujer y/o del hombre que por lo general involucran a las ramas de la endocrinología, ginecología, obstetricia e infertología. Por esta razón la implicación de la medicina no solo provee de soluciones al problema físico de la infertilidad sino también aporta al bienestar psicológico y a la salud mental de las personas infértiles.

Revisión desde la Psicología.

En capítulos anteriores se definieron los conceptos de maternidad y paternidad impuestos por los arquetipos de familia generados por la sociedad. Se estableció también que la valía del individuo (sobre todo de la mujer) se mide según su capacidad de apearse al rol de su género. Es entonces evidente que el ser humano, en busca de la aprobación de sus pares, se vea afectado psicológica y anímicamente al no poder cumplir con su rol establecido.

A pesar de los constantes esfuerzos por disolver los roles de género y los estereotipos de familia, maternidad y paternidad, es evidente que los mismos todavía son motivo de rechazo y agresión psicológica implícita hacia quienes no los cumplen ya sea su decisión o por motivos fuera de su alcance. En el caso de la infertilidad, los problemas físicos que implica se ven traducidos en el deterioro de la salud mental de quienes se ven afectados por la misma. Esto debido a que la infertilidad limita la capacidad de desarrollarse dentro del rol de género de cada individuo, ya sea hombre o mujer y por lo tanto conduce al rechazo (voluntario o involuntario) por parte del círculo social hacia el individuo.

Las repercusiones psicológicas de la infertilidad y la infecundidad se manifiestan de forma distinta en el hombre y la mujer dentro de la pareja. Algunos efectos, por ejemplo, tienen mayor incidencia en la mujer. En este caso, la mujer tiende a sentir una mayor pérdida de control sobre su propia vida y futuro, se atribuye la culpa de la situación y percibe a la falta de hijos como inaceptable (Greil, McQuillan, & Kathleen, 2011). Por otro lado, el hombre se siente emasculado, tiende a reprimir sus sentimientos de ansiedad y presenta mayores síntomas psicossomáticos en relación a su pareja. (Petok, 2015) Una conclusión apropiada para la

comparación de los efectos psicológicos en hombres y mujeres según Frank Van Balen, reconocido autor en dinámica de familias infértiles, es que “las mujeres experimentan una angustia considerable porque son ‘la esterilidad’ y los hombres se enfrentan a presiones emocionales debido a su disfunción sexual.”(H. Bos, van Balen, & Visser, 2005).

Si bien es cierto la infertilidad se sufre en pareja, los estudios en los últimos 25 años se han concentrado en lo que concierne a la mujer. En un estudio sobre la terapia del hombre en temas de infertilidad conducido por William Petok, reconocido terapeuta y sexólogo de los Estados Unidos, se determinó que los “hombres tenían dificultades para comprender la naturaleza de su pérdida y podría tener dificultades para expresar sus sentimientos sobre el tema” (2015 p.261). Esta incapacidad de exteriorizar las emociones es, según Petok, un producto de la construcción social del hombre y de la falta de conciencia pública sobre los efectos de la infertilidad masculina (2015).

Sin duda alguna, los efectos psicológicos de la infertilidad en la mujer y el hombre se manifiestan de distintas formas, sin embargo, en el presente se conducen estudios constantemente con el fin de determinar el tipo de terapia más efectiva para la pareja o el individuo que sufren por este motivo. Ambas partes en una familia infértil que no ha podido conseguir el embarazo o que el mismo llegue a término, son propensas a sufrir de depresión y ansiedad con distintas repercusiones. En el caso de la mujer, se han sugerido terapias que se acojan al Modelo Relacional de Desarrollo, el cual establece que

Las mujeres son seres relacionales y crecen en, a través y hacia la relación [...]. La conexión con los demás, a través de relaciones que fomentan el crecimiento, es fundamental para el bienestar psicológico de las mujeres. Como consecuencia, las experiencias de las mujeres en las relaciones pueden usarse para promover su bienestar psicológico. (Gibson & Myers, 2002)

Por esta razón, se proponen distintos modelos de terapia que se acogen a la naturaleza relacional de la mujer. Los recursos de apoyo complementario a la terapia que se recomiendan son: acudir a grupos de apoyo sobre infertilidad, buscar acceso a recursos de afrontamiento social y crear relaciones que fomenten el crecimiento personal (Gibson & Myers, 2002). Este estudio fue conducido con un grupo de 100 mujeres que acudían a clínicas privadas en la costa este de los Estados Unidos para tratamiento de infertilidad y cuya edad promedio era de 34 años (Gibson & Myers, 2002).

En el caso del hombre, es evidente que existen varios factores a ser mejorados en la terapia para hombres infértiles. La falta de apertura del individuo con sus personas cercanas es consecuencia de los estereotipos de fortaleza impuestos para el hombre que limitan su capacidad de expresarse y lo conducen a inhibir sus emociones frente a su situación de infertilidad (Petok, 2015). Para el tratamiento de sujetos masculinos en situaciones de infertilidad, Petok sugiere pequeñas acciones complementarias a la terapia que permitan un espacio de confort emocional para el individuo. Estas medidas se resumen en los siguientes puntos:

1. Proporcionar material educativo de pretratamiento específico para hombres.
2. Explicar los beneficios potenciales de la terapia sobre infertilidad para hombres y mujeres.
3. Ofrecer testimonios que reflejen las preocupaciones típicas de los hombres sobre la terapia y alentar a los hombres a buscar apoyo psicológico
4. Presentar este apoyo antes de las intervenciones médicas, indicando que este proceso parte integral de la atención.

(Petok, 2015)

Revisión desde el aspecto Social.

La infertilidad, ya sea en pareja o del individuo, debe ser considerada no solo

concentrándose en los efectos que manifiestan quienes la sufren sino también en el contexto en el que se encuentra la pareja o el individuo. Haciendo un recuento de lo mencionado respecto a la familia anteriormente en esta investigación, la construcción de la palabra en términos sociales varía según la cultura desde la cual se analice. Sin embargo, se puede tomar como eje unificador al concepto de reproducción como el gestor de la familia en contexto.

Cuando la infertilidad se sufre en pareja se generan varios comportamientos, según la sociedad de contexto, que serían considerados irracionales en otras situaciones. Estos comportamientos suelen ser producto de la presión social que la pareja siente por cumplir el estándar de “pareja normal” o de familia. Los efectos se desenvuelven de distinta forma dependiendo de la sociedad y contexto en la que se encuentre la pareja. Para efectos de esta investigación el análisis de la incidencia de la sociedad en el individuo infértil debe arrancar desde el siguiente principio: las sociedades occidentales son opuestas a las orientales en temas de infertilidad.

Es importante tener en cuenta la brecha de lo social entre oriente y occidente en este análisis con el fin de tener una visión global de la problemática social que genera la infertilidad. Según Van Balen, en su análisis de los factores culturales y sociales en la infertilidad, el no tener hijos es inaceptable en sociedades de oriente, en algunas áreas, las mujeres son consideradas como brujas o *parias* por su incapacidad de concebir (H. Bos, van Balen, & Visser, 2005). A pesar de que estas consideraciones rozan los extremos de lo irracional, en las sociedades occidentales el tema de la infertilidad forma parte del tabú del rechazo por no atenerse al concepto “normal” de familia. Se puede sentar entonces como precedente que en las sociedades en general existe un rechazo implícito al individuo o pareja infértil. (H. Bos et al., 2005)

Estigmas de la Infertilidad

Al hablar de roles de género se tiene claro que la maternidad y paternidad con productos simbólicos, sujetos a cambios, sin embargo, existen ciertas conductas que son difíciles de cambiar como el que incluso instituciones de estado brinden mayor apoyo e importancia a familias “completas” con hijos, ya que ellos aportarán en el futuro a la sociedad, es decir que se estipula que quien no tiene hijos “no dejará un legado en el mundo”.

“A lo largo del tiempo y en las diferentes culturas, los conceptos de maternidad, paternidad, pareja y familia, han ido variando su significado, sin embargo, las nociones de infertilidad y esterilidad siguen teniendo una connotación de estigma que coloca en entredicho la estructura de la masculinidad y la feminidad respectivamente, de quienes los padecen”.(Veintimilla, 2013, p. 24)

Esta pérdida de masculinidad y feminidad que ocurre cuando una pareja no tiene hijos, posee repercusiones en la perspectiva del mundo exterior hacia el individuo, marginalizándolo, desde círculos sociales personales como familia y amigos, “las parejas sin hijos también están excluidas de asumir funciones importantes en funciones y eventos familiares importantes, como cumpleaños, bautizos, confirmaciones, Bmjar mitzvah y matrimonios de sus hijos”. (Rutstein & Shah, 2004, p. 1)Hasta llegar a incidir en factores laborales o de beneficios económicos.

En el curso de la historia la infertilidad ha desarrollado distintos papeles según el tiempo y la sociedad en donde ocurre. Sin embargo, es claro que, al representar el impedimento para desempeñar la función fisiológica básica de la reproducción, la condición de infertilidad automáticamente genera un estigma o rechazo hacia quien lo padece. Los estigmas vinculados a la infertilidad dependen de factores como el género, la edad, su cultura y su posición socio económica. Puede consistir en sutilezas que derivan en la privación de algún beneficio en su

círculo social hasta el rechazo total por fallar en la misión de dar vida. Así como se menciona en el anterior capítulo, los efectos del rechazo hacia las personas, parejas o familias infértiles se manifiestan de distinta forma según la sociedad.

Los autores Marcia Inhorn y Frank Van Balen, especialistas reconocidos por sus múltiples estudios sobre infertilidad y sus efectos sociales, reunieron sus esfuerzos por estudiar las causas y efectos de los estigmas por infertilidad en culturas de todo el mundo en su libro “Infertility Around the Globe”. Esta obra consiste en 17 ensayos sobre las problemáticas que rodean a la infertilidad y las consecuencias de las mismas en quienes la padecen. Inhorn y Van Balen, tras haber estudiado a profundidad el tema de la infertilidad a nivel global, generan dos conclusiones importantes que sirven de eje y sustento del presente trabajo de investigación (Inhorn & van Balen, 2002).

Primero, ambos determinan que la infertilidad es, para la mayoría de los seres humanos en todas partes del mundo, una experiencia angustiante que conduce a niveles reducidos de bienestar personal (Inhorn & van Balen, 2002). Es por esta razón que resulta necesario que quienes se ven afectados por la infertilidad tengan acceso a apoyo profesional con el fin de promover su propia salud mental. En segundo lugar, concluyen que el bienestar de las mujeres parece estar más seriamente afectado que el de los hombres en la mayor parte del mundo (Inhorn & van Balen, 2002), conclusión que se ve respaldada a través de la siguiente declaración:

“Las mujeres de todo el mundo parecen ser quienes llevan la mayor carga cuando se trata de asumir la responsabilidad de la infertilidad, en términos de culpa por el fracaso reproductivo; ansiedad personal, frustración, pena y miedo; coacción matrimonial, disolución y abandono; el estigma social y el ostracismo de la comunidad; y, en algunos casos, intervenciones médicas que amenazan la vida. Además, en general, estas consecuencias sociales y psicológicas de la infertilidad parecen ser mayores para las mujeres en las llamadas

“sociedades en desarrollo” del mundo no occidental, que para las mujeres de Occidente. (Inhorn & van Balen, 2002)

Causas del Estigma.

Con el fin de situar al estigma dentro de una sociedad, es necesario considerar que la paternidad y maternidad socialmente aceptadas son del tipo biológico. Esto se sustenta en el hecho de que se valida como real únicamente a la procreación biológica. En otras palabras, en las familias donde los hijos hayan sido adoptados por una o por ambas partes de la pareja, el parentesco será considerado de alguna forma menos “real”(Inhorn & van Balen, 2002). El cuestionar la legitimidad del parentesco del hijo adoptado con sus padres es una clara manifestación de la estigmatización por la infertilidad incluso cuando los esfuerzos por tener un hijo han sido superados.

Según Inhorn y Van Balen, la estigmatización de la infertilidad a nivel global tiene su origen en la incapacidad de cumplir con el deber fundamental de cada individuo de poder materializar su legado a través de la procreación (Inhorn & van Balen, 2002). En un estudio conducido en India con mujeres que se sometían a tratamientos de fertilización in vitro, se realizaron entrevistas sobre las razones y motivos de sus tratamientos puesto que varias mujeres se movilizaban desde ciudades rurales hacia Bombay y Nueva Dehli donde se impartían los tratamientos. La totalidad de mujeres de la muestra (cuyas religiones variaban según la región de origen) respondió que este tratamiento sería su última alternativa para ser aceptadas en sus comunidades. Según Van Balen, editor en el artículo que analiza este estudio, las mujeres:

Deben tener hijos; de lo contrario, no cuentan. Debido a que no tienen hijos, algunas mujeres incluso son maltratadas, especialmente por sus parientes políticos. Difícil o inadecuadamente informadas por los médicos sobre el tratamiento, las mujeres se someten al procedimiento de FIV.(H. Bos et al., 2005)

En sociedades occidentales el estigma hacia la mujer se manifiesta de distintas formas. En ocasiones las mujeres se ven excluidas de actividades de su círculo social porque su estilo de vida es “distinto” por no tener hijos. También existen casos en los que la mujer asume la culpa, factor que la hace propensa a la depresión, actitud que por falta de consideración de la pareja es tomada como un ataque y resulta en el deterioro o término de la relación. (H. Bos et al., 2005)

La estigmatización por infertilidad no solo la sufren las mujeres, los hombres son también víctimas de ataques por este motivo. En el caso del hombre en la sociedad occidental, como se mencionó en capítulos anteriores, el hombre sufre de negligencia cuando se trata de acudir a distintos medios de soporte psicológico debido a los estereotipos de fortaleza a los que se somete la figura masculina (Gannon et al., 2004). A pesar de que esto se puede considerar un auto-sabotaje por parte del hombre, esto se da únicamente porque los estereotipos de masculinidad refuerzan ese comportamiento. Analizando este fenómeno desde el exterior, es el miedo a ser estigmatizado o emasculado lo que hace que el hombre no busque ayuda por su propia cuenta. (Gannon et al., 2004)

Efectos del Estigma.

En sociedades occidentales, los estigmas de la infertilidad tanto en hombres como en mujeres tienen como resultado que las parejas prefieran esconder el hecho de que recurren a métodos de reproducción asistida. En varias ocasiones este escenario también se esconde de sus propios hijos incluso cuando la persona o la pareja ya no atraviesa esta situación. Es así como el estigma afecta a cada una de las partes involucradas en su lucha contra la infertilidad. Inhorn y Van Balen determinan que “A nivel mundial, el estigma perdura y es una fuerza poderosa en la vida de los infértiles y los niños que aman como propios.”(Inhorn & van Balen, 2002).

La determinación de los efectos del estigma por la infertilidad siempre tendrá como punto de partida al rechazo que sufren las personas que se ven afectadas por la misma. Las personas estériles o infértiles que no han logrado llevar un embarazo a término son quienes se ven más afectadas por la estigmatización que envuelve a la infertilidad.

Altos porcentajes de depresión y ansiedad se reportan en personas y parejas que se han declarado como infértiles. Es importante considerar que para llegar a este punto habrán transcurrido entre uno o dos años de constantes intentos sin conseguir que un embarazo llegue a término. Incluso antes de que un individuo pueda declararse infértil por definición (año o más sin lograr un embarazo de nacimiento vivo habiendo mantenido actividad sexual no protegida por un método anticonceptivo) la constante presión infringida por la sociedad y por sí mismos conlleva repercusiones serias en la salud mental de las personas infértiles.

Limitaciones en tratamientos para la infertilidad

Al hablar de soluciones para cualquier problema de salud, los limitantes tienden siempre a ser económicos y socioculturales. El caso de la infertilidad no es la excepción a la regla. Para tener clara la limitación que enfrentan las personas infértiles en esta área es necesario describir en primer lugar cuales son los tratamientos más comunes para la infertilidad.

Tecnología de Reproducción Asistida.

Las tecnologías de reproducción asistida (TRA) comprenden los siguientes métodos: la fertilización in vitro (FIV), tratamientos hormonales para incrementar la fertilidad, el uso de vientres sustitutos, el óvulo o embrión de donante, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (implantación del núcleo del espermatozoide en el interior del óvulo), la inseminación artificial (de la pareja o de un donante anónimo) la transferencia intratubárica de gametos y de cigotos (cirugía laparoscópica para implantar al embrión en la trompa uterina)

(H. M. W. Bos & Van Rooij, 2007). Al tratarse del manejo de información genética y embriones, las TRA despertaron controversia desde sus primeras implementaciones (H. M. W. Bos & Van Rooij, 2007).

A pesar de haber ayudado exitosamente a millones de parejas para lograr concebir, los métodos utilizados son constantemente cuestionados desde lo ético, lo social y lo legal (Brezina & Zhao, 2012). Existen en el mundo alrededor de 70 millones de personas afectadas por la infertilidad (Brezina & Zhao, 2012). En la primera década del siglo XXI el uso de servicios de TRA presentaron una tendencia de crecimiento a un ritmo del 5% al 10% anual. Tan solo en los Estados Unidos, la técnica de fertilización in vitro (FIV) es responsable de la existencia del 1% de la población. (Brezina & Zhao, 2012).

Al tratarse de métodos que mantienen tasas crecientes de éxitos al año, cabe preguntarse qué frena su implementación en distintos países. En primer lugar, se debe tener en cuenta que al tratarse de técnicas que requieren análisis constantes de laboratorio y la atención especializada de expertos en el tema, cada uno de estos tratamientos resulta costoso. Cada ciclo de FIV en el Ecuador, por ejemplo, mantiene costos de entre \$7.000 y \$8.000 según el especialista; suma que se ve incrementada con los constantes avances tecnológicos en el área. Otras tecnologías de la misma categoría como las inyecciones intracitoplasmáticas de espermatozoides (similar a la FIV) y la criopreservación también son alternativas costosas, sin mencionar que existen países donde estas tecnologías todavía no se pueden aplicar por falta de recursos y acogida del público. A esto se le suma que las personas que recurren a estos tratamientos suelen tratar con varios de ellos y aun así son varios los casos en los que estos no resultan exitosos.

Es preocupante la condición actual de los tratamientos de infertilidad con respecto al sistema médico en varios países. En el Ecuador los seguros privados ofrecen una posibilidad de respaldo económico ante enfermedades, siniestros y emergencias. Sin embargo los planes de seguro fallan en la inclusión de varias problemáticas importantes al hablar del bienestar del

beneficiario (Panamerican Life & Raúl Coka Barriga, 2017). Teniendo en cuenta que una póliza de seguro privado ofrecida por la institución empleadora del beneficiario representa un porcentaje significativo de su sueldo, estos planes presentan una carencia importante al excluir a los gastos de tratamientos psicológicos o psiquiátricos (Panamerican Life & Raúl Coka Barriga, 2017). Resulta también pertinente mencionar que estas pólizas también suelen excluir a los gastos “por fertilización in vitro y complicaciones”(Panamerican Life & Raúl Coka Barriga, 2017). La exclusión de los dos campos descritos anteriormente hace que las soluciones a la infertilidad sean menos accesibles, ocasionando una mayor frustración en las personas afectadas. Visto también desde el punto de vista social, acciones como esta que vienen de instituciones privadas de prestigio, contribuyen al reforzamiento del rechazo hacia la infertilidad en términos generales (H. Bos et al., 2005).

Más allá de su efectividad, la TRA ha sido constantemente cuestionada desde el punto de vista ético puesto que métodos como la FIV y las inyecciones intracitoplasmáticas de espermatozoides implican en algunas ocasiones el desperdicio de embriones. Esto ha ocasionado que en sociedades fuertemente vinculadas con religiones fundamentalistas los métodos de la TRA no sean bien vistos por sus integrantes (H. Bos et al., 2005). En este caso, los sujetos que sufren de infertilidad son estigmatizados no solo por su condición de incapacidad para procrear (sociedades cuyos principios implican un mayor rechazo hacia la infertilidad, sino también por recurrir a las alternativas que significarían una solución a su condición (Inhorn & van Balen, 2002)

Medicina Complementaria y Alternativas.

En respuesta a los desafíos que representan las TRA en distintas sociedades donde la accesibilidad es limitada o existen impedimentos legales, se ha recurrido a la medicina complementaria y alternativa (MCA)(Smith et al., 2010). La MCA consiste en prácticas médicas, que por lo general provienen de la medicina oriental, que se consideran externas a la medicina convencional (Park et al., 2010). Dentro de estas alternativas se encuentran técnicas

como la acupuntura, la terapia herbal, el Thai Chi y distintas técnicas de masajes. (Smith et al., 2010) En países como Corea del Sur, Estados Unidos y el Reino Unido las personas afectadas por la infertilidad han recurrido a la MCA ya sea como alternativa a las TRA o como tratamientos principales (Park et al., 2010).

La MCA es una opción a la que pocas personas recurren, principalmente porque consiste en alternativas que no se promueven como el tratamientos asociados a la infertilidad principalmente (Smith et al., 2010). El que una pareja se declare infértil significa que ha intentado concebir por un año como mínimo, esto implica que quien acude a ayuda profesional en este punto ya empezó a sufrir las consecuencias emocionales y sociales de la infertilidad. Debido a las emociones de ansiedad y desesperación ante el sentimiento de pérdida de control que se manifiesta tras ser declarado el estado de infertilidad, las parejas tienden a optar por tratamientos que prometan resultados en un menor plazo de tiempo.

Las TRA fueron creadas con el fin de responder a distintas condiciones de infertilidad, Sin embargo en ocasiones la desinformación de las parejas ocasiona que recurran desde un principio a alternativas más costosas y con mayores repercusiones en la salud mental (como la FIV) sin tener en cuenta tratamientos menos agresivos que podrían tener mejores resultados dependiendo del caso (Fuentes, 2010). Por esta razón es necesario que la pareja sepa acudir a un infertólogo que pueda asesorar a la pareja o al individuo en cuanto a cuál es su mejor alternativa. En las primeras etapas de la infertilidad, la MCA ha probado tener un efecto positivo en el estado anímico de la persona infértil permitiendo que el tratamiento de la infertilidad sea más llevadero y tenga menos consecuencias negativas dentro de sus relaciones (Smith et al., 2010).

Finalmente es necesario aclarar que otra de las posibles soluciones a la esterilidad o la infertilidad inexplicada es la adopción (Rutstein & Shah, 2004). La adopción es en muchas ocasiones la mejor alternativa debido a que promete la posibilidad de tener hijos. Sin embargo,

muchas parejas toman a la adopción como una última opción debido a que requiere mucho tiempo en trámites y constantes evaluaciones.

Al tratarse de un proceso que muchas veces ocurre en la etapa posterior a tratamientos de TRA fallidos, la adopción tiene repercusiones en la relación de pareja debido a que es un proceso desgastante que implica un alto nivel de tensión en la dinámica de la relación (Rutstein & Shah, 2004). Por esta razón es importante que quien recurra a la adopción tras haberse sometido a tratamientos para la concepción, tenga constante apoyo emocional y ayuda psicológica profesional de ser necesario para mantener la salud mental de los afectados. (Rutstein & Shah, 2004).

MARCO TEÓRICO NACIONAL

La familia en el Ecuador, y a manera global, ha ido evolucionando a lo largo de los años, existen, hoy en día familias constituidas de manera diversa de manera monoparental, de dos personas en matrimonio o unión libre, familias heteronormadas, y casos en los cuales las familias se constituyen por niños y tíos, abuelos y padres. Sin embargo, existe socialmente una estigmatización hacia el reconocimiento de una familia sin hijos, lo cual implica daños sociológicos y sociales hacia individuos en esta posición.

La necesidad de tener hijos origina distintos discursos en una sociedad globalizada, desde matrimonios que fundan una familia, individuos que desean tener hijos por su cuenta, y aquellos que eligen no ser padres por motivos personales. Pero hay individuos, quienes desean ser padres y por motivos médicos no pueden hacerlo llevando su situación a ser vista como una impotencia, una ilegitimidad en su rol de ciudadanos, llevando a estos individuos a ser parte de una represión psicosociológica que es un atetado contra su persona cuando no debería serlo.

A continuación, se conceptualiza a nivel Ecuador la enmarcación de la familia (incluyendo la maternidad y paternidad), los derechos, la visión sociológica nacional sobre la necesidad de tener hijos y como esto es un medio que estigmatiza relaciones sociológica y psicológicamente.

En Ecuador, no existe un Código de Familia que ampare legalmente a individuos o matrimonios sin hijos, reconociendo sus derechos por la unión que representan, solo se toma en cuenta a derechos particulares de familia en el Código de la Niñez y Adolescencia. Según el INEC (2013), en el país, el hogar promedio se constituye de 4 personas, sin embargo, la diversificación de familias muestra un aumento sociológico en el país, sin dejar de ser la familia nuclear (padre y madre con hijos) la más reconocida en cuanto a derechos y posición social. Esto es un punto clave para que se genere la necesidad de tener hijos en todos los individuos, con el fin de considerarse como seres íntegros y que cumplen su rol social, por tanto, para

aquellas personas que tienen dificultades para concebir un hijo se vuelve-en especial en una sociedad conservadora y tradicional como la ecuatoriana- un punto de inflexión que acarrea estigmas por su falta de paternidad, y una situación psicológica dura de manejar para ellos y su círculo social. En Ecuador el patriarcado tiene distintos efectos y manifestaciones, dentro de las más destacadas está el deber de la reproducción como medio de validación y aprobación por parte de la sociedad. Esto implica fuertes repercusiones sociales teniendo en cuenta que “entre el 12% y 15% de la población presenta dificultades para concebir” (El Telégrafo, 2014) y por consecuencia no cumplen con la función que la sociedad patriarcal les impone.

Como consecuencia de las crisis económicas, políticas y sociales que ha atravesado el país desde la década del 80, el núcleo familiar ha sufrido transformaciones que han modificado la institución familiar. Recientemente, en Ecuador, se propone una reforma económica como proyecto de Ley para Impulsar la Reactivación Económica, la cual apunta a que mientras menor sea el número de cargas de un individuo, mayor será el valor de deducción de impuesto a la renta; es decir, que mientras mayor sea el número de hijos, así también será el beneficio de las personas en la deducción de gastos personales. Esto es algo muy debatible desde aspectos culturales y económicos, sin embargo, para el presente trabajo es necesario recalcar que, es una forma de represión para los individuos que no poseen hijos-, a pesar de que esta ley se ponga en marcha o no-, se violenta la igualdad de oportunidades y amparo social y del estado con personas calificadas “sin hijos”, las cuales, en la mayoría de casos, no los tienen debido a motivos que no controlan (infertilidad) y esto agrava su percepción de valoración como entes sociales y personas íntegras; sin contar además que para personas en una situación de infertilidad se implican otro tipo de factores como la búsqueda de concepción que acarrea cuestiones económicas, presiones familiares y como parte fundamental, un proceso psicológico preparatorio extenuante y que puede resultar doloroso y largo.

Con el fin de entender la situación social y la implicación psicológica de la infertilidad en Ecuador dentro de una zona urbana, se toman en cuenta estudios sobre la familia

ecuatoriana, la necesidad de tener hijos en el país, y los efectos familiares (presión y apoyo) que conllevan a una estigmatización social general sobre qué significa no tener hijos.

INFERTILIDAD COMO ESTIGMA EN QUITO-ECUADOR

La familia en Ecuador

Una familia legítima, es una más de las construcciones sociales que se han creado históricamente estas construcciones cambian con el paso del tiempo y a través de distintas culturas. Como se mencionó anteriormente, la concepción de familia paternal se estableció desde épocas bíblicas, seguidos por griegos y romanos, pero fueron los romanos quienes instauran la “concepción del *pater familias* como figura principal de la familia, dueño de personas y bienes”.(Trujillo & Burgaleta, 2014, p. 162)

La sociedad familiar entonces, se vuelve responsable de promover un cuidador integral de los hijos en todas sus etapas de desarrollo hasta llegar a la adultez, esto a través de procesos involucrando el crecimiento, promover capacidades físicas e intelectuales, aspiraciones y un entorno afectivo, cultural y con cobertura de todas las necesidades en su derecho.

La Real Academia de la Lengua Española (s/f), define a familia primeramente como un “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas”, lo cual en términos contemporáneos y generales sería correcto-aunque se puede cuestionar el parentesco y su significado. La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 67, define a la familia como:

“Se reconoce la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes.” (2008, p. 51)

Por otra parte, también se debe destacar como uno de los elementos esenciales de la responsabilidad tanto materna como paterna la decisión de tener un hijo, la cual debe partir de ambas partes y las mismas deben tomar en consideración los factores socio económicos y de salud física y mental para asumir esta responsabilidad, pero el proceso de verificación en el caso de las personas infértiles esto se vuelve aún más complicado, pues deben probar ante distintas estancias que están “capacitados” para esto, se les impone barreras y todavía existen personas especialmente de vida religiosa y conservadora que justifican esto diciendo “que talvez no es la voluntad de Dios” o que la situación es un “castigo”, pero no se puede alegar simplemente bajo preceptos sociales la situación de la infertilidad y la legitimación de la unión entre dos personas o una familia diversa en busca de concebir un hijo.

Según el sociólogo ecuatoriano Julio Echeverría “Se ha complejizado la estructura de la familia en el país. Existe una alteración de roles, lo que implica la creación de nuevas identidades”, e decir que al igual que la maternidad y paternidad cambiantes, el hecho de tener una familia integra no significa lo mismo que hace 40 años,

“Ahora hay: madres o padres solos con sus hijos, abuelos que crían nietos, parejas LGBTI también al cuidado de sus hijos, esposos que no quieren tener descendencia o quienes anhelan una gran prole”. (Echeverria, 2013)

Si es verdad esta afirmación, cabe hacer la pregunta de ¿En verdad existe una inclusión para todo tipo de familia? La respuesta es complicada pues a pesar de que en enmarcaciones legales, como la Constitución se ha integrado ciertos artículos sobre familias diversas, no se ampara a las uniones sin hijos o se propone algún tipo de socialización de la situación como una dificultad biológica, más no como un problema o desgracia que deba ser rechazada, y en especial para las personas infértiles no es una situación para la lastima ajena, sino de un apoyo externo y naturalización de opciones que les permitan ser naturalizadas en la sociedad y en el caso de no poder tener hijos y llegar a la esterilidad, no ser excluidos de derechos iguales a los familiares. Hoy en día, el Ecuador transcurre un periodo de nuevos roles familiares,

lamentablemente el rechazo especialmente en grupos de clase media a lo que se consideran roles naturalizados y heteronormados siguen existiendo. Y aunque la tendencia de no tener hijos está en aumento, no debe ser considerada como parte del camino que pasan los individuos infértiles, ya que no es elección, pero tampoco una situación de lamentación social, sino de apoyo y aceptación.

Es necesario ratificar, que en cuestiones del Estado Ecuatoriano no existen cifras ni seguimiento hacia la infertilidad o esterilidad o clínicas terapéuticas y médicas que afrontan con esta situación; de igual manera es apenas durante los últimos años en que se ha dado paso por parte del Seguro Social a apoyar y brindar tratamientos de reproducción asistida, sin que esto venga acompañado normativamente por un proceso de acompañamiento psicológico integral. “Esto quiere decir que no existe un ente que se encargue de verificar que los hospitales y laboratorios que se dedican a esta actividad funcionen correctamente y bajo las normas sanitarias adecuadas. Tampoco hay alguien que vele por los derechos de los pacientes”.(Echeverría, 2013)

La nueva concepción de paternidades

Ecuador es un país conservador, en el cual los roles de género influyen al momento de la reproducción. La paternidad y maternidad, ejercidas de una manera responsable, es una experiencia que deberá estar presente a lo largo de la vida del individuo y que inicia en el momento en que se toma la decisión de tener un hijo (Bedaña & Palacios, 2003, p. 32), lo cual no significa que sea la única manera de obtener un reconocimiento social. Uno de los cambios más destacados en los padres es el nuevo significado de paternidad, porque ya no se coloca simplemente el acento en el sostenimiento económico, sino en el vínculo afectivo, en el compromiso con la crianza y socialización de los hijos o hijas, y porque no solamente se limita la paternidad a la descendencia biológica. (Puyana, 2003, p. 12) Es decir, ahora las familias no

están enmarcadas en un núcleo de descendencia, muchas veces hay personas que se hacen cargo de sobrinos o adultos mayores, es decir las familias con corroboración a la necesidad de ser parte de un grupo y el afecto que se recibe de ello, ya no se limita la relación familiar, es necesaria pero diversa.

Se tiene claro que la maternidad y paternidad con productos simbólicos, sujetos a cambios, sin embargo, existen ciertas conductas que son difíciles de cambiar como el que incluso instituciones de estado brinden mayor apoyo e importancia a familias “completas” con hijos, ya que ellos aportarán en el futuro a la sociedad. Según Inhorn y Van Balen, la estigmatización del no tener hijos (plural) a nivel global tiene su origen en la incapacidad de cumplir con el deber fundamental de cada individuo de poder materializar su legado a través de la procreación (Inhorn & van Balen, 2002).

Asimismo, el estigma hacia la mujer se manifiesta de distintas formas. En ocasiones las mujeres se ven excluidas de actividades de su círculo social porque su estilo de vida es “distinto” por no tener hijos. También existen casos en los que la mujer asume la culpa, factor que la hace propensa a la depresión, actitud que por falta de consideración de la pareja es tomada como un ataque y resulta en el deterioro o término de la relación. (H. Bos et al., 2005).

Los hombres son también víctimas de ataques por este motivo, especialmente situándose en un escenario de un país en el cual la paternidad es sinónimo de poder, y donde mientras más hijos tenga el hombre más varonil se lo considera, en el caso del Ecuador esto se ve ligado a ser una sociedad paternalista y machista, que lentamente se abre paso a una inclusión, pero cuestiones como la infertilidad no electiva siguen siendo motivo de presión y poco entendimiento, en especial en el núcleo familiar.

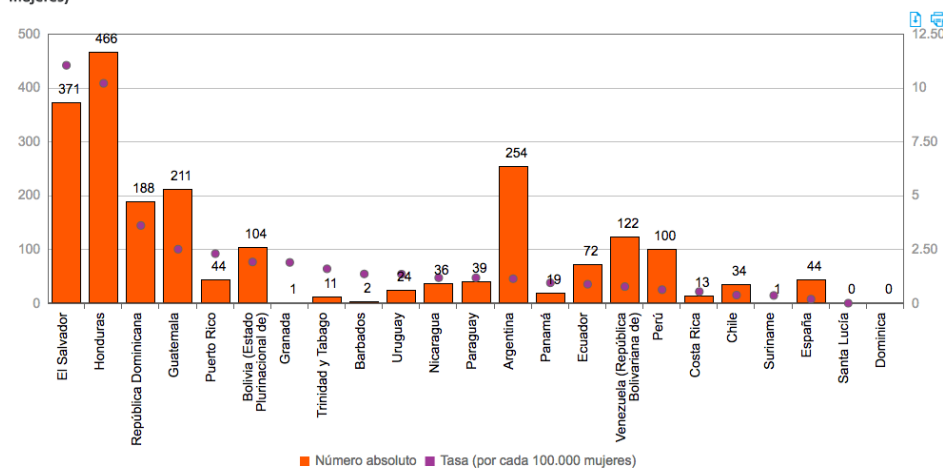
La necesidad de tener hijos

En el marco de una sociedad global que busca avanzar hacia la ruptura de los estereotipos que nacen de las normativas sociales, el Ecuador se sitúa como una nación cuya sociedad se puede catalogar como retrógrada en materia de la igualdad de género. En el presente Ecuador es uno de los 14 países latinoamericanos que constan con legislación contra la violencia de género y el femicidio, sin embargo anualmente se reportan cerca de 100 casos de femicidio (ver la ilustración 1) y las cifras tienden al alza (CEPAL, 2016). Por otro lado el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos reporta que 6 de cada 10 mujeres son víctimas de violencia según los datos recogidos en el 2017 (Instituto Nacional de Estadística y censos, s. f.). Es evidente entonces que, a pesar de los esfuerzos de los últimos años por combatir a la desigualdad de género en el país, la población ecuatoriana todavía se ve afectada por los principios del patriarcado. Como parte de los efectos sociales de la sociedad patriarcal ecuatoriana es pertinente explorar a los roles de cada género en términos de familia desde la heteronormatividad.

Ilustración 5 Femicidio en Latinoamérica y el Caribe

Femicidio

América Latina y El Caribe (23 países): Femicidio o femicidio, último año disponible (En número absoluto y tasa por cada 100.000 mujeres)



(CEPAL, 2016)

Se entiende por heteronormatividad al régimen social, político y económico que impone a las prácticas heterosexuales como las únicas prácticas sexuales válidas y posibles (Rich, 1980). Esto, además de ser producto de una sociedad patriarcal, ha conducido a innumerables repercusiones. Dentro de dichos efectos se encuentra la designación de la figura femenina como la responsable de la reproducción, que al ser un proceso natural y de “instinto” es catalogado como una tarea fácil en comparación al rol masculino de proveedor (Quiroga, 2009). En materia de economía el patriarcado genera como consecuencia que “la naturalización de lo reproductivo como una responsabilidad femenina es un factor presente en la construcción hegemónica de lo que se ha entendido como ‘economía’ dando lugar a procesos de injusticia estructural”(Quiroga, 2009). Esta ‘justicia estructural’ está evidenciada en la brecha salarial por género y en la ‘feminización’ de las profesiones de servicio.

En Ecuador el patriarcado tiene distintos efectos y manifestaciones, dentro de las más destacadas está el deber de la reproducción como medio de validación y aprobación por parte de la sociedad. Esto implica fuertes repercusiones sociales teniendo en cuenta que entre el 12% y 15% de la población presenta dificultades para concebir y por consecuencia no cumplen con la función que la sociedad patriarcal les impone. A pesar de que la infertilidad es considerada como una enfermedad por la Organización Mundial de la Salud, en varios países se la considera una discapacidad en términos legales (World Health Organization, 2017). Esto implica una mayor carga social sobre las personas que la padecen puesto que son constantemente juzgados a falta de la existencia de una cultura de aceptación y apoyo en lugar de condescendencia y lástima (H. Bos et al., 2005).

Al analizarla desde un punto de vista social, la infertilidad implica la ruptura de una serie de supuestos preestablecidos dentro de la construcción del estereotipo de la mujer y su rol en la sociedad. Como se mencionó anteriormente, en una sociedad patriarcal cuya base estructural es la pareja y la familia, la mujer es quien carga con la responsabilidad de la

reproducción. Esta presunción implica varias repercusiones psicológicas negativas en la mujer, como el sentimiento de pérdida total de control sobre la situación, la auto-atribución de culpa y como consecuencia, varios efectos negativos en la relación con su pareja.

El enfrentamiento de una pareja a la infertilidad es un proceso largo y desgastante para ambas partes. Si bien existen varios tratamientos para la infertilidad, los porcentajes de efectividad variarán según el caso. Lastimosamente este porcentaje inicial estimado decae con cada intento de concepción (H. Bos et al., 2005). Las alternativas que ofrecen las tecnologías de reproducción asistida (TRA) trabajan apeándose al ciclo reproductivo femenino que ocurre cada mes (H. M. W. Bos & Van Rooij, 2007). Esto implica que las parejas podrán intentar concebir máximo cada mes. Si se tiene en cuenta que para haberse declarado infértil la pareja debe haber pasado un año intentando concebir, cada tratamiento hecho por medio de las tecnologías de reproducción asistida será implicará altos niveles de estrés y frustración ante la expectativa.

En el Ecuador, además las repercusiones psicológicas y sociales, los tratamientos de reproducción asistida tienen un costo muy elevado. En el mejor de los casos, un solo intento de inseminación artificial tendrá un costo aproximado de \$600 mientras que una FIV parte desde los \$5000, a eso se le suman los procesos de congelación, descongelación e implantación de embriones que rondan los \$2000 (CERHVALENCIA, 2017). Teniendo en cuenta que el ingreso personal promedio en el país es de \$700, estas alternativas son inalcanzables para una gran mayoría de sectores socioeconómicos (Sosa, 2017). Frente a esta problemática, en el país se han emprendido acciones para lograr que las TRA sean accesibles para los niveles socioeconómicos más bajos. Adicionalmente es necesario considerar que los planes empresariales de seguros privados en el Ecuador no tienen cobertura para tratamientos convencionales de fertilidad. Es importante considerar esta implicación teniendo en cuenta que el estado ecuatoriano establece que la reproducción es un derecho y no un privilegio (Ministerio de Salud Pública, 2008)

El Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (HEEE) puso en marcha desde principios del 2017 un programa de FIV de bajo costo para los pacientes. Esta iniciativa propone como precio base \$300 para cada intento de FIV frente a los \$5000 que una pareja tendría que invertir en una clínica privada (Vallejo, 2016). Por su lado, el Instituto Ecuatoriano de Salud Social (IESS) lleva a cabo un programa similar de reproducción asistida desde el 2007, sin embargo muy pocos beneficiarios del seguro social tienen conocimiento sobre esta iniciativa («Se amplía atención a pacientes de IESS», 2014).

A las tensiones económicas permanentes que atraviesa la mujer en este proceso, se le suman a demás los efectos secundarios de las dosis hormonales que debe recibir diariamente en su ciclo. En varias ocasiones estos tratamientos hormonales han reportado acrecentar los síntomas de depresión en la mujer (Healy et al., 1994). La depresión en estos casos tiene una serie de causas y etapas importantes. Al considerar el contexto social, la mujer tiende a desarrollar su depresión debido a que no es capaz de realizar el sueño de ser madre, un sueño que (además de ser una aspiración personal) es un requisito implícito de la sociedad para demostrar su valía y feminidad en su comunidad. Al verse frustrado, el sueño de ser madre se convierte en un tormento para la mujer.

Un estudio sobre la depresión y ansiedad en la etapa de estimulación ovárica conducido en Madrid por la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Universitario Montepíncipe, demostró que las manifestaciones de la depresión por infertilidad se equiparan a las de pacientes con VIH y cáncer (Sociedad Española de Fertilidad, 2012). Según este estudio, los pacientes que sufren de problemas de fertilidad se enfrentan a un sentimiento constante de duelo ante la pérdida de control sobre el sueño de ser madre/padre (Bruna et al., 2012).

En el Ecuador, las clínicas de reproducción son privadas, limitadas y se encuentran en las ciudades principales. Por lo general estas instituciones requieren que los pacientes mantengan terapias de apoyo psicológico como complemento a los tratamientos de TRA (CERHVALENCIA, 2017), sin embargo, esta necesidad se convierte en un privilegio cuando

se trata de sectores socioeconómicos bajos. Los programas de iniciativa pública antes mencionados no contemplan el tratamiento psicológico de las parejas que se someten a estos tratamientos debido a que implican un costo adicional al proceso de tratamiento (Vallejo, 2016). Es por esta razón que resulta necesario promover la importancia del cuidado de la salud mental en estos casos con el fin de hacer de este un proceso más llevadero.

Efectos Familiares de la Infertilidad

Un individuo (o pareja) infértil, y en búsqueda de quedar embarazada, puede pasar por un largo trayecto emocional lleno de expectativa, estrés, y frustración en el caso de una mala respuesta al buscar soluciones o al no tener acceso a las mismas. Es común que cuando una pareja está casada o una persona llega a cierta edad (en el caso de Ecuador- alrededor de los 30 años) surjan presiones sociales, en especial desde el círculo familiar en donde padres, tíos y hermanos se vuelven una tensión constante en la búsqueda del embarazo, y aumentan en muchos casos la carga emocional llevando a la pareja o individuo a sentirse más angustiado y frustrado si no se llega a tener éxito en la concepción o cuando se determina esterilidad en última instancia.

Según la psicóloga Teresa Borja especialista en terapia familiar , “la problemática en parejas e individuos infértiles, puede residir por depresión y ansiedad, que cambia de acuerdo al contexto de los individuos, pero que sin embargo, el no concebir se liga a problemas de separación matrimonial y de familia, en especial aquí en el Ecuador.”(2017) Por tanto, a pesar de que mucha de la atención a la infertilidad por parte del círculo social es guiado en pro del bienestar de las personas que no pueden concebir, es necesario incluir una educación integral a nivel de sexualidad, en el cual todas las personas sepan concienciar a la infertilidad no como una desgracia sino como un proceso que en el caso de pasar a ser irreversible no sea un motivo de alejamiento social. Esto debido a que hay casos en los cuales familias en donde alguno de sus integrantes es infértil, es alejado de la vida activa familiar, esto lo confirma Julián Parra,

un riobambeño de 45 años, que tras más de 15 años de tratamiento no pudo concebir un hijo junto a su esposa, es cuenta que decide dejar su ciudad y establecerse en Quito, ya que su familia lo alejaba, “cuando se hacían las fiestas de cumpleaños de mis sobrinos, me invitaban pero sentían que no podía integrarme al 100% con todos ya que no los “entendía”, con el pasar de los años simplemente ya no me invitaban, supongo que creen que me siento mal porque ellos tiene hijos y yo no, pero en realidad me hace más falta el apoyo de todos mis hermanos, el sentir que está bien no haber tenido hijos, que no me hace una peor persona, que sigo siendo tan de la familia como ellos”.

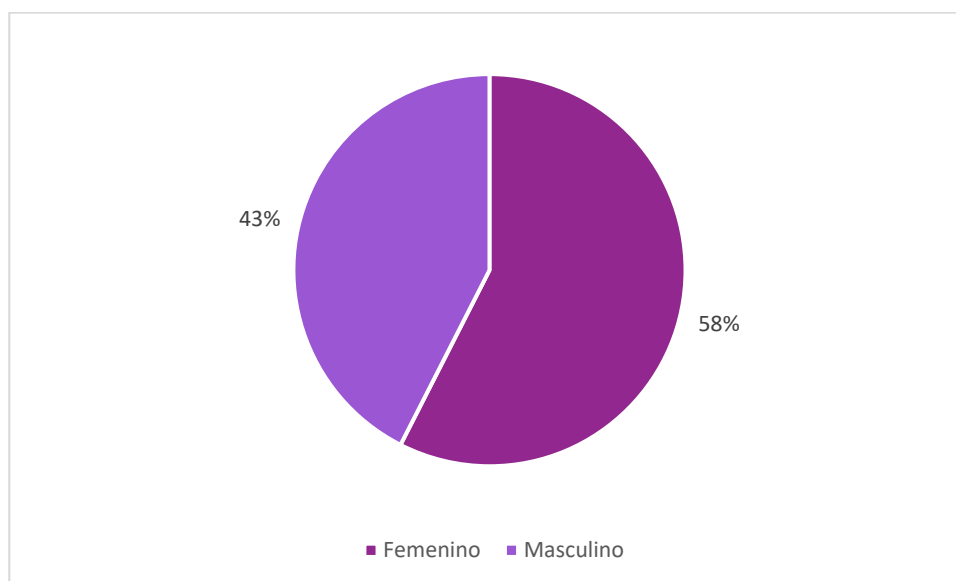
Este es solo un caso de muchos de personas que han debido lidiar y tratar de adaptar una vida familiar a cuestiones que no pueden controlar sobre su fertilidad, muchas veces de las cuales se dan separaciones por motivo de vergüenza; y esto logra acarrear problemas de depresión, que necesita un acompañamiento familiar integral, pero que muchas personas no logran acceder al mismo, ni consiguen que s familia los acompañe en este proceso. Son en realidad varios motivos diferenciados por nivel socio económico y cultural a los cuales se enfrentan los individuos infértiles, pero se debe tener en cuenta que la incidencia psicológica es de alta importancia y debe ser considerada en cada caso.

Encuesta preliminar-Situación psicosocial de la infertilidad en Quito

En conjunto con el Centro de Reproducción Humana Valencia, en la ciudad de Quito, se llegó a recopilar información cuantitativa y cualitativa sobre el estado de bienestar emocional de personas en tratamiento de infertilidad (en distintas etapas del mismo) para conocer de mejor manera que tipo de estigma es el que perciben, o no; y de qué manera se podría abordar estos temas durante la planificación de actividades comunicacionales. A continuación, se presentan los resultados de esta encuesta preliminar.

Género

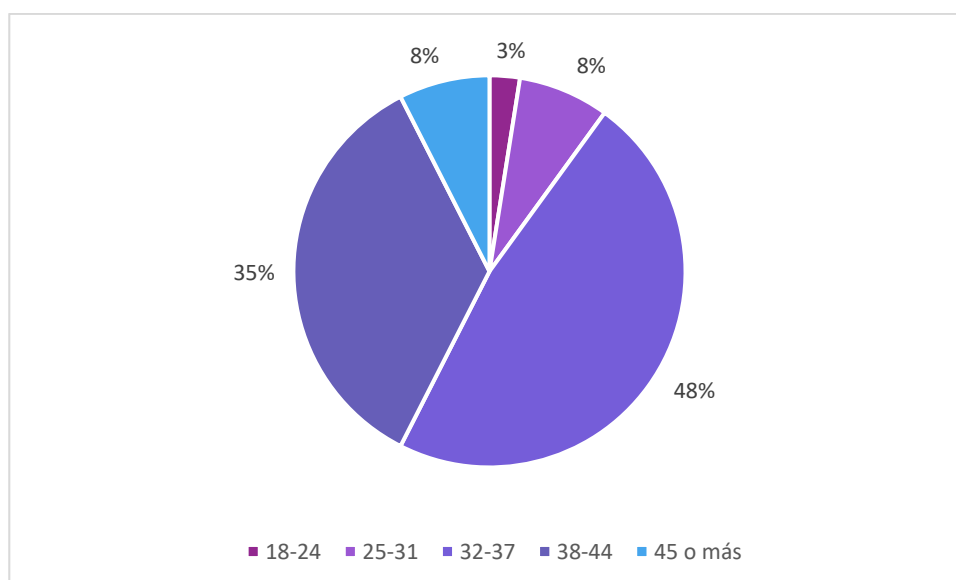
Gráfico 1 Investigación nacional-Género



Los participantes en el programa de fertilidad asistida en el periodo de trabajo son 40, de los cuales 23 son mujeres y 17 hombres, lo cual nos indica una inclinación a más mujeres que por su cuenta buscan concebir un hijo.

Edad

Gráfico 2 Investigación nacional-Edad

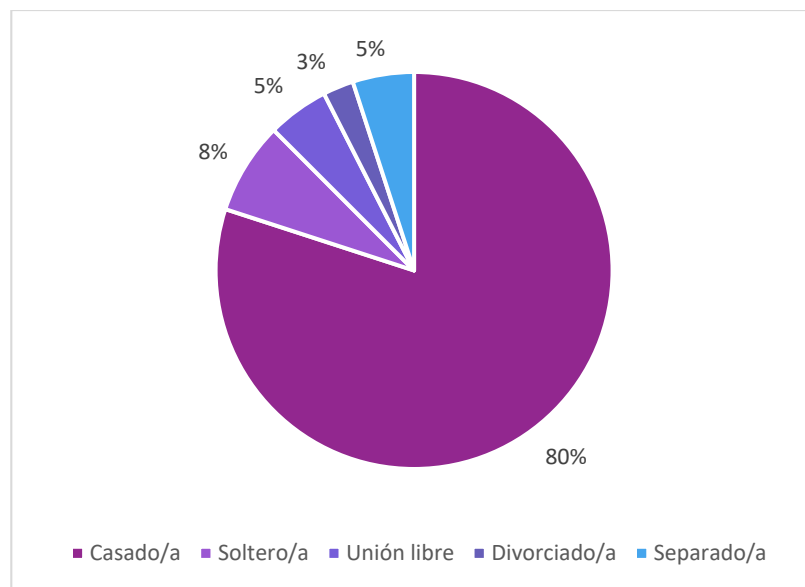


La edad que en promedio es predominante es la de 32-37 años, lo cual puede ser explicado ya que como comenta el Dr. Valencia “es la edad en la cual las personas ya dejaron

un asentamiento en sus vidas laborales, ahora viene lo personal”(Dr.Valencia, 2017). El aletargamiento que dan las personas a la reproducción, significa que el cuerpo no está tan dispuesto a la concepción como a los 25, siendo la causa de que esta sea la edad predominante, especialmente en mujeres.

Estado Civil

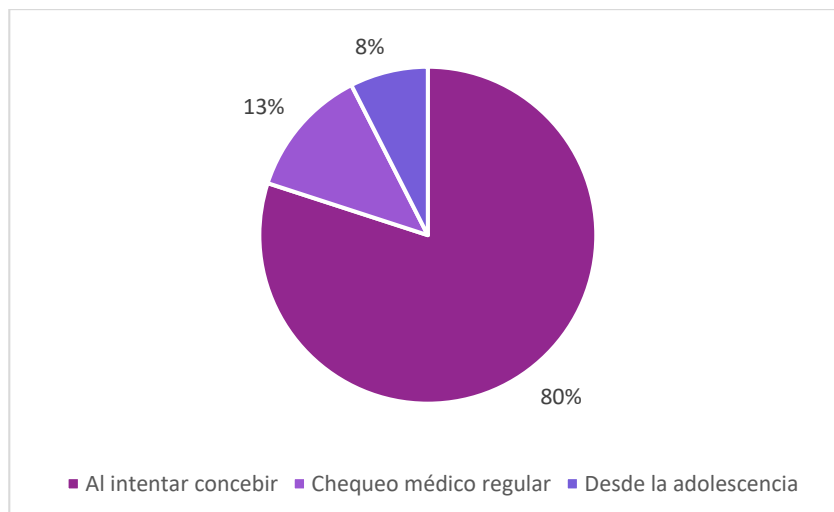
Gráfico 3 Investigación nacional- Estado civil



La mayoría de los encuestados fueron parejas en tratamiento, sin embargo, hubo cuatro casos en los cuales mujeres estaban por su cuenta en el trayecto de la fertilización asistida.

1. ¿En qué momento supo que era infértil, o que su pareja lo era?

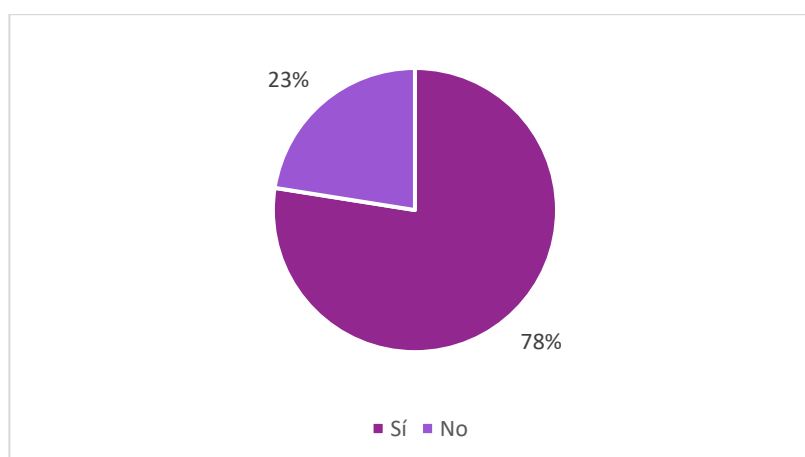
Gráfico 4 Investigación nacional- Diagnóstico de infertilidad



Algo que es predominante con un 80% de incidencia es que las personas no conocían su situación de infertilidad hasta que intentaron quedar embarazados, lo cual indica una falta de control regular de esta situación para médicos en general, sin embargo, quienes se dieron cuenta con anterioridad eran mujeres debido a la regularidad de visita con un ginecólogo. “La tendencia apunta a una disminución de la tasa de fertilidad y un aumento de la edad promedio de las mujeres al tener hijos.”(Urresta, 2016, p. 34)

2. ¿Recibe usted apoyo emocional por parte de un profesional como un psicólogo o terapeuta?

Gráfico 5 Investigación nacional-Apoyo Profesional

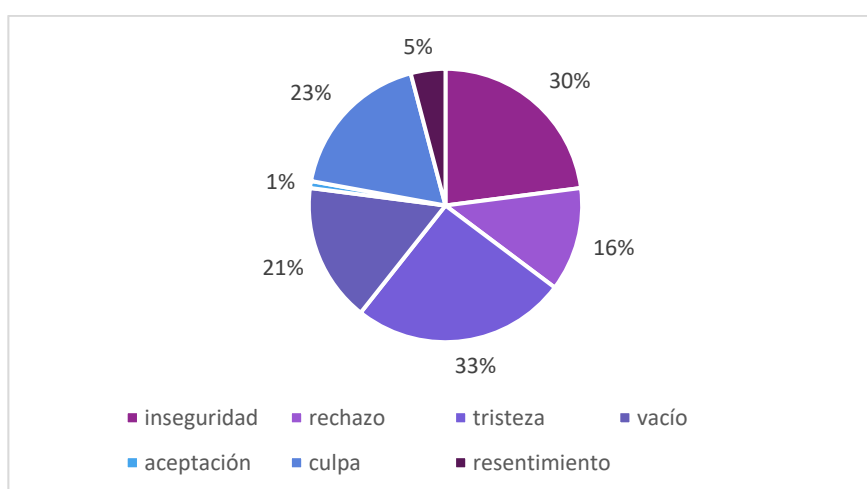


A pesar de estar dentro de un programa de fertilidad asistida, el acompañamiento de un profesional terapeuta o psicólogo no es obligatorio, si no opcional; sin embargo, al ser un

trayecto personal tan delicado y con repercusiones psicológicas 78% de los individuos decide tener acompañamiento, lo que significa que solo 9 individuos están por su cuenta en este aspecto.

3. ¿Asocia alguna de estas emociones a la experiencia de la infertilidad en sus primeras instancias?

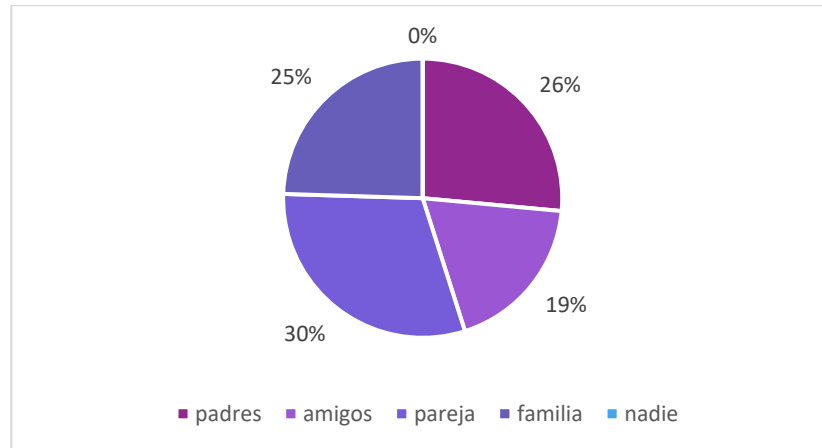
Gráfico 6 Investigación nacional-Experiencia inicial de infertilidad



Lo que predomina en cuanto a la forma en que se sienten las personas en situación de infertilidad es la tristeza, la inseguridad y la culpa; tristeza porque sienten que el no tener hijos es un obstáculo en su realización personal; inseguridad especialmente hacia la relación con sus parejas y al futuro y culpa por la conexión entre las dos anteriores. Esto es mejor explicado a través del pensamiento que: “la correlación inapropiada de infertilidad con proezas sexuales, junto con el conflicto de roles de género creado por el fracaso de inseminar y una probabilidad significativamente reducida de buscar ayuda para el estrés emocional de la situación, tiene el potencial de causar una significativa angustia personal e interpersonal”(Petok, 2015, p. 264)

4. ¿A quién acudió en busca de apoyo durante este proceso?

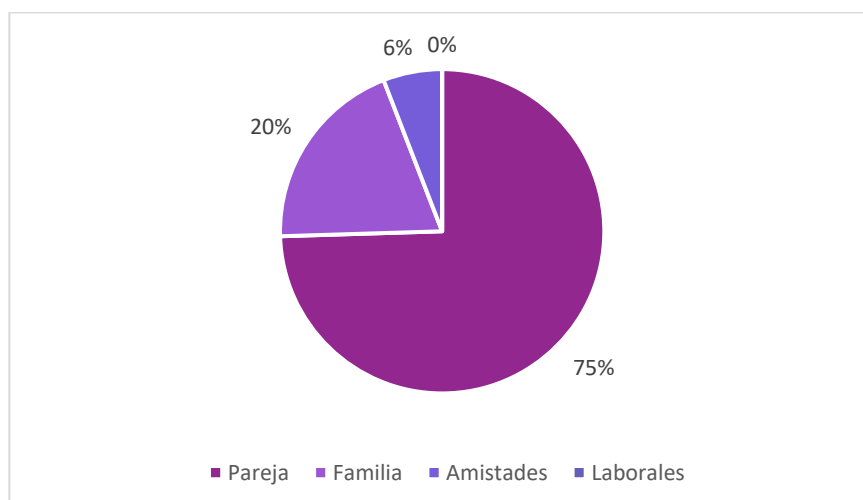
Gráfico 7 Investigación nacional- Apoyo personal



“La reproducción ha venido a ser un tema más o menos privado de la pareja y su familia, sin embargo, al existir dificultades en esta área y tener que recurrir a técnicas de reproducción asistida, pasa a tener una expresión pública”(Veintimilla, 2013, p. 25). Por tanto, es lógico que en niveles de 77% y 67% sean los padres y familia a quienes se acuda en búsqueda de apoyo; tomando en cuenta que las parejas en conjunto son quienes atraviesan la primera fase de conocimiento de la infertilidad.

5. ¿Cuáles cree que fueron las principales relaciones que vieron el efecto de esta situación?

Gráfico 8 Investigación nacional- Relaciones personales



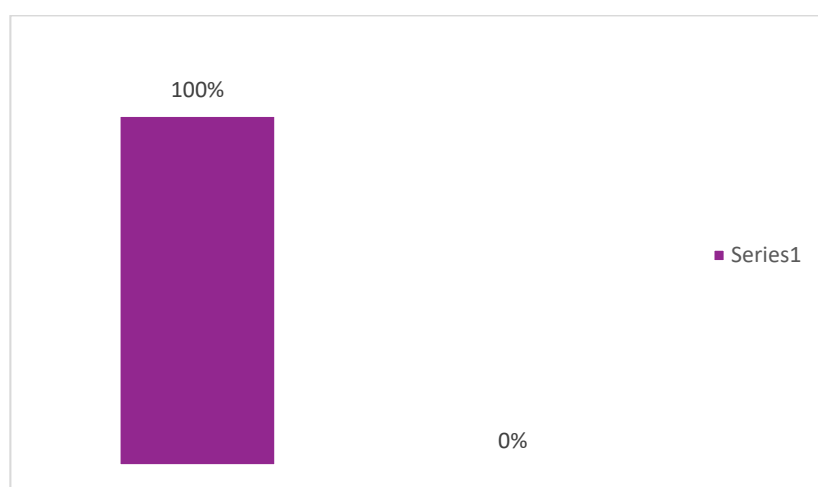
“Definirse infértil implica no solo negociaciones entre el individuo y los profesionales médicos, sino también negociaciones dentro de la pareja”(Greil et al., 2011, p. 737) Y debido a sentimientos de reproches o falta de comunicación se da más fricción y se encuentran más problemas internos y causados por opiniones externas que ahondan en la situación.

6. ¿Cuáles son los motivos por los que desea concebir?

En su mayoría las respuestas van en torno a la vida marital y el conformar una familia como medida de reformación del matrimonio, búsqueda de compañía y por sobretodo el sentimiento de autorrealización, como si el tener hijos revalorizara al individuo de forma positiva ante el mundo; y por lo cual el no tener hijos les causa tristeza y sienten la falta de algo en sus vidas, ya que “la maternidad es fundamental socialmente para las formas en que las mujeres son definidas por sí mismas y por otros, siendo la paternidad un aspecto de la vida de los hombres y la forma en que se definen a sí mismos y su masculinidad”(Gannon et al., 2004, p. 1170).

7. ¿Considera que las personas cambiaron la forma de trato con usted al enterarse de esta situación?

Gráfico 9 Investigación nacional- Estigma



Como parte del efecto de los estigmas generados en torno a la infertilidad, las personas externas a la situación tienen una percepción errónea de la situación por no vivir dicha

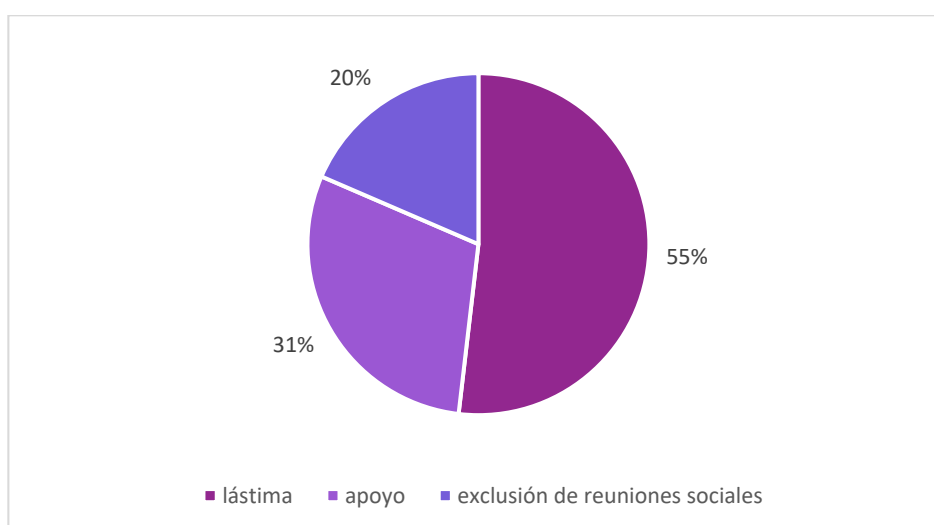
experiencia de primera mano. La problemática en el tema de la infertilidad y los estigmas generados por la sociedad es que los mismos se traducen en cambios de la actitud de terceros hacia las personas que son afectadas por la infertilidad.

En este caso el 100% de los encuestados reportó haber notado un cambio de actitud, ya fuera positivo o negativo, en las personas de sus círculos sociales más cercanos. En situaciones como la infertilidad, los efectos psicológicos sobre los afectados son graves, dentro de ellos se encuentran la depresión y la ansiedad como condiciones mentales frecuentemente asociadas a la infertilidad. La depresión de quien sufre de infertilidad se compara a la de pacientes con cáncer y enfermedades terminales (Bruna et al., 2012).

Es por esta razón que es de suma importancia que quienes acompañan a los afectados en este proceso representen un apoyo emocional significativo y positivo (H. Bos et al., 2005). La estigmatización de la infertilidad impide que exista una comprensión adecuada de la situación por la que atraviesan los afectados, esto tiene un impacto directo en la capacidad de empatizar con los mismos y de esa forma se dificulta que los círculos sociales más cercanos representen el apoyo emocional que el afectado necesita.

8. Si la respuesta a la pregunta 9 fue SI, ¿En qué aspecto lo hicieron? (puede seleccionar varias respuestas)

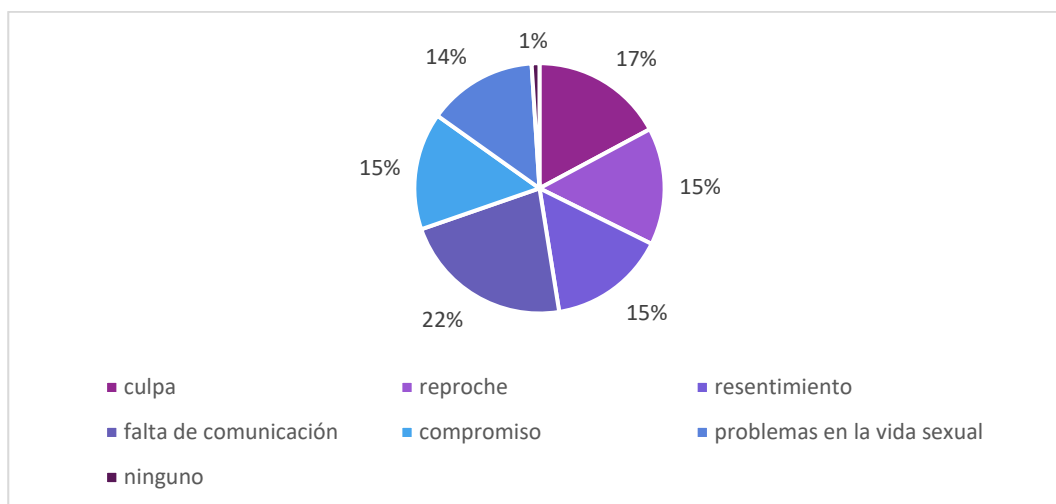
Gráfico 10 Investigación nacional-Trato diferencial



Las respuestas reflejadas en esta investigación demostraron que la actitud que más perciben los sujetos de estudio, 28 de ellos, por parte de quienes los rodean es de lástima. En el caso de los seres humanos la reproducción pasa a ser una necesidad social además de ser una necesidad fisiológica (H. Bos et al., 2005). En el caso de las personas con problemas para concebir, el no poder cumplir con esta necesidad social implica (según los modelos sociales patriarcales heteronormativos) que el individuo no puede sentirse completo y por ende no se verá realizado (Beauvoir, 2005). Esto en la realidad se traduce en un sentimiento de lástima hacia quienes se ven afectados y es natural puesto que las personas externas perciben su frustración. Sin embargo, es necesario que a este sentimiento de lástima lo acompañen actitudes positivas como la demostración de apoyo y el hacer esfuerzos por entender la situación sin juzgar a los afectados.

9. En cuanto a la vida con su pareja, cree que existe una situación de:

Gráfico 11 Investigación nacional- Problemas de pareja



Según Frank Van Balen en su estudio “factores sociales y culturales en la infertilidad y la falta de hijos”, los efectos principales que tiene la infertilidad en la vida de quienes se ven afectados por esta problemática se ven reflejados en su convivencia en pareja. Una persona o pareja puede llamarse infértil a partir del primer año de intentar concebir o llevar el embarazo

a término sin éxito. Esto implica que las parejas infértiles atraviesan largos periodos desgastantes de intentos sin conseguir el resultado esperado.

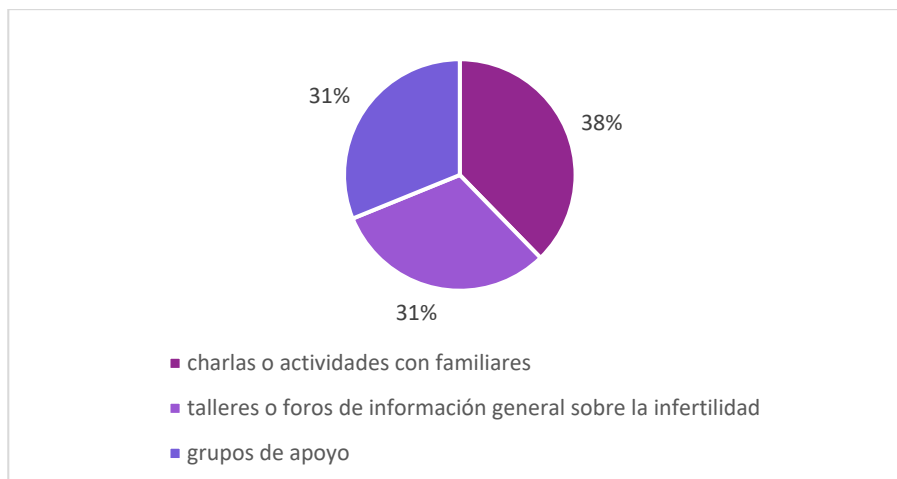
Dentro de los efectos detectados por esta investigación es posible determinar que los factores que más inciden en las relaciones son la falta de comunicación y la atribución de la culpa por uno de los miembros de la pareja. Dentro de los efectos detectados en la dinámica de la relación existen también repercusiones positivas como lo son el fortalecimiento del compromiso de la pareja en la relación y en los intentos por concebir, en este caso el 38.5% reportó sentir que su pareja se mostraba comprometida con el proceso y la relación.

10. ¿Considera que en el Ecuador existe un estigma hacia las personas con dificultades para tener hijos? Si es así defínalo en una frase

Para efectos de análisis a profundidad de esta investigación, esta pregunta fue de respuesta abierta con el fin de recoger las opiniones sobre el estigma hacia la infertilidad desde las personas que se ven afectadas por el mismo. Las opiniones recogidas sugieren que en efecto la estigmatización de la infertilidad tiene varias repercusiones sociales en la vida diaria de las personas infértiles. Dentro de las opiniones destacadas se encontró que el problema principal es la falta de comprensión sobre el tema. Esto parte del hecho de que las personas que perciben el problema por fuera de la relación se limitan a tener lástima (gráfico de actitudes modificadas) y no se hace un esfuerzo por entender o empatizar en este caso. También se destacó el hecho de que, en estas situaciones, las personas externas a la relación tienden a atribuirle la culpa la persona en la relación cuyas condiciones de salud generan la situación de infertilidad y esto a su vez produce varias repercusiones negativas en la salud mental de ambas personas en la pareja.

11. De qué manera cree que el estigma podría cambiar

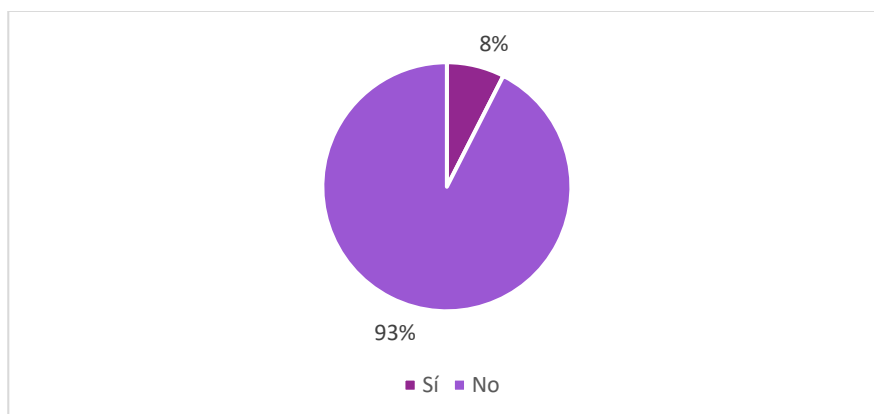
Gráfico 12 Investigación nacional-Medidas de acción



En cuanto a las propuestas generadas en esta investigación a manera de solución se propusieron distintos programas que podrían fomentar espacios de bienestar de los sujetos de investigación y de quienes los rodean. En este caso, 23 de los 40 encuestados sugirieron que se establezcan charlas y actividades con los familiares y allegados de los beneficiarios de esta propuesta de campaña. Por otro lado, para trabajar directamente por el bienestar de los sujetos de investigación exclusivamente, se propuso crear un grupo de apoyo entre los beneficiarios con el fin de promover su propio bienestar.

12. ¿Desearía usted participar en una iniciativa como las mencionadas en la pregunta 10 con el fin de mejorar la visión social hacia la infertilidad?

Gráfico 13 Investigación nacional-Participación social



De los cuarenta encuestados el 95% de ellos afirmó estar interesados en formar parte de iniciativas que busquen aliviar su situación emocional producto de los tratamientos para infertilidad y por causa de la misma.

INVESTIGACION

Investigación Cualitativa

Al hablar de soluciones para cualquier problemática, los limitantes tienden siempre a ser económicos y socioculturales. El caso de infertilidad, no es la excepción a la regla, para tener clara la situación que enfrentan las personas en esta área es necesario analizar las percepciones y realidades a las que se exponen las personas tratamientos de infertilidad y como se enfrentaron a estas personas que son consideradas estériles.

Para efectos de esta investigación se encontró pertinente localizar distintos casos personas infértiles, sus familiares y los doctores que acompañan este proceso de búsqueda de un hijo, con apoyo médico y psicológico. Adicionalmente se consideraron testimonios de consideraciones varias respecto a elección de no tener hijos enmarcada en la cultura ecuatoriana.

Testimonios.

Para efectos de esta investigación, se realizaron entrevistas a dos mujeres de distintas edades que se enfrentan a la infertilidad y esterilidad con el fin de adquirir una perspectiva de los desafíos a los que se enfrentan dentro de la sociedad ecuatoriana. Por motivos de protección de las participantes, sus nombres serán censurados. A continuación, se resumen los testimonios por sujeto entrevistado:

Sujeto 1:

Edad: 25 años

Género: femenino

Nivel socioeconómico: medio

A continuación se presenta el caso de una mujer que sufre de endometriosis, una condición médica en la que el revestimiento interno del útero (endometrio) presenta un engrosamiento y cicatrización anormales que impiden la implantación del embarazo (Remohí, 2012). A los 17 años sus períodos eran abundantes y largos, también presentaba cuadros de dismenorrea (menstruación difícil y dolorosa) que se veía agravada con desmayos y náuseas constantes. En ese entonces su diagnóstico se limitó a lo que ella se refiere como “una menstruación complicada”. Posteriormente, a los 21 años, cuando cursaba su último año de universidad los síntomas de su menstruación se volvieron incapacitantes y llegó a ser internada dos veces por este motivo. Finalmente, su diagnóstico fue de endometriosis grave, una condición cuya consecuencia principal es la esterilidad. Por su parte ella cuenta que, desde su infancia, todos sus planes se veían conducidos por el sueño de ser madre. Al haber sido diagnosticada con endometriosis, explica que todos sus esquemas de vida se destruyeron. No podía concebir su futuro sin la posibilidad de poder ser madre. Explica que esto implicó un importante cambio en su vida puesto que desde ese momento existirían ciertas implicaciones en su estilo de vida que la desviarían de un modelo de persona normal.

Por la cicatrización e inflamación, la endometriosis de este primer sujeto de estudio no sólo la hace estéril, sino que también puede llegar a imposibilitar que ella mantenga relaciones sexuales. Ella explica desde su diagnóstico su vida social se ha visto afectada puesto que además de que su condición le impone reposo periódico, tomó la decisión de dejar de salir en citas frecuentemente porque tiene que explicar que en ocasiones no podrá tener relaciones sexuales y por consiguiente también debe explicar que no puede concebir.

En este caso esta mujer describe que lo más difícil de su condición es su exposición con las personas que la rodean. Además de alterar su estilo de vida, dice que lo que menos le gusta de su enfermedad es que automáticamente la convierte en una discapacitada frente a los ojos de la sociedad. Explica también que lo que más le hace falta es comprensión y apoyo de parte

de sus amigos y conocidos pero que en lugar de contar con esto, sus allegados son condescendientes con ella.

A pesar de las repercusiones que su enfermedad tiene en su vida, ella logró estar en paz consigo misma tras aceptar su condición como parte de su identidad. También explica que el apoyo de su familia y la terapia psicológica fueron claves para superar la depresión que siguió a su diagnóstico. Como conclusión ella explica que lo que hizo que pudiera aceptarse a sí misma fue que lograra entender que su enfermedad no era su culpa y que esta no hacía que fuera *menos mujer*, sentimiento que la asedió tras los primeros años de haber sido diagnosticada.

Sujeto 2:

Edad: 38 años

Género: femenino

Nivel socioeconómico: medio-alto

En este caso, el sujeto de estudio es una mujer de 38 años que sufre de infertilidad inexplicada, condición que como su nombre indica consiste en la incapacidad de concebir o llevar un embarazo a término por razones desconocidas. Ella cuenta que al igual que todas las mujeres que eran sus ejemplos a seguir, ella sería madre en algún momento en su vida. Ella explica que este deseo era más un objetivo autoimpuesto puesto que la sociedad en donde creció dictaba que ser madre era un requisito en su vida. Se casó a los 28 años sin saber de su condición y explica que desde ese momento todo en su vida empezó a girar en torno a convertirse en madre. Tras año y medio de intentar concebir, ella y su pareja recurrieron a las TRA como posible solución a los desafíos que estaban enfrentando.

En total, intentó concebir por 5 años y su desgaste emocional desencadenó cuadros de ansiedad y depresión durante estos últimos años. Su largo proceso empezó con tres intentos fallidos de inseminación artificial para ello tuvo que recibir inyecciones hormonales diarias que hicieron que su humor cambiara significativamente. Ella explica que uno de los efectos de

la inyección de progesterona es que se presentan síntomas similares al embarazo. Según su experiencia este era el aspecto más difícil que enfrentaba, pensar constantemente que estaba embarazada después de sus inseminaciones ocasionó lo que ella describe como una *montaña rusa de emociones*. El desgaste emocional y la frustración que sentía fueron los desencadenantes de su depresión y ansiedad, esto sin mencionar que su relación se veía afectada constantemente.

Tras 2 años de intentar concebir, empezó con ciclos de FIV espaciados debido a que ella y su pareja debían ahorrar cada vez que empezaban un nuevo ciclo. A demás de sufrir la incapacidad de ser madre, su situación económica y su relación estuvieron en deterioro. A pesar de ello, explica que lo que más le afectaba era sentirse juzgada por sus compañeros de trabajo y sus conocidos. Cuenta que para ella era muy difícil ver a mujeres embarazadas quejarse de su malestar y que en una ocasión en la época de inicio de clases tuvo un ataque de ansiedad en una reunión con sus amigas cuando hablaron de lo complicado que era mantener a un niño.

Finalmente, ella y su esposo dejaron de intentar concebir y decidieron concentrarse en su relación y en sus carreras, que para ellos eran tan importantes como tener una familia. Hace un año ambos definieron que su siguiente paso a seguir en su sueño de ser padres sería la adopción, apenas este año empezaron el proceso, pero se mantienen positivos en cuanto al resultado del proceso.

Investigación Cuantitativa

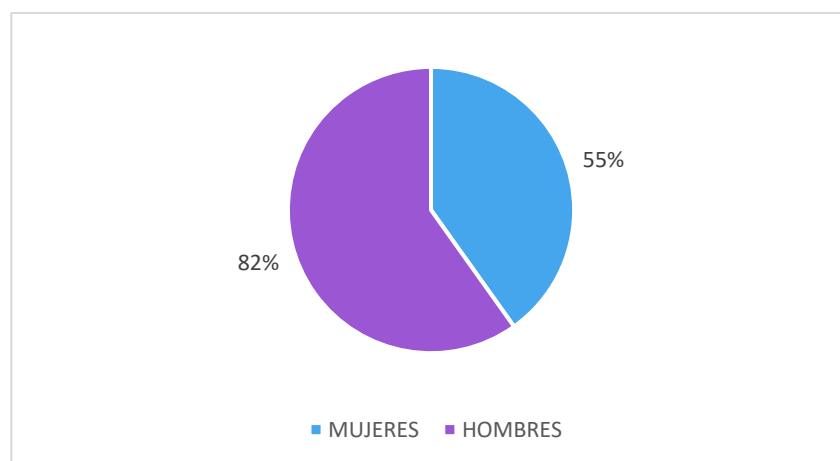
Para la investigación cualitativa se tomó a consideración una encuesta realizada en conjunto por profesionales de psicología y medicina que tratan de cerca la infertilidad. Esta encuesta muestra a manera de porcentajes el cómo se retrata en la mente de las personas, lo que es la infertilidad y como consideran a una familia no tradicional.

Esta investigación se llevó a cabo con el público objetivo de las capacitaciones de la campaña, en este caso, fueron 20 personas del grupo Scout 28 (Liceo Internacional) en la Rama mayores Rovers y caminantes, quienes dedican su tiempo a realizar acciones de índole social.

- Muestra: Universo (20 personas)
- Descripción de la muestra: 11 hombres-9 mujeres

Género

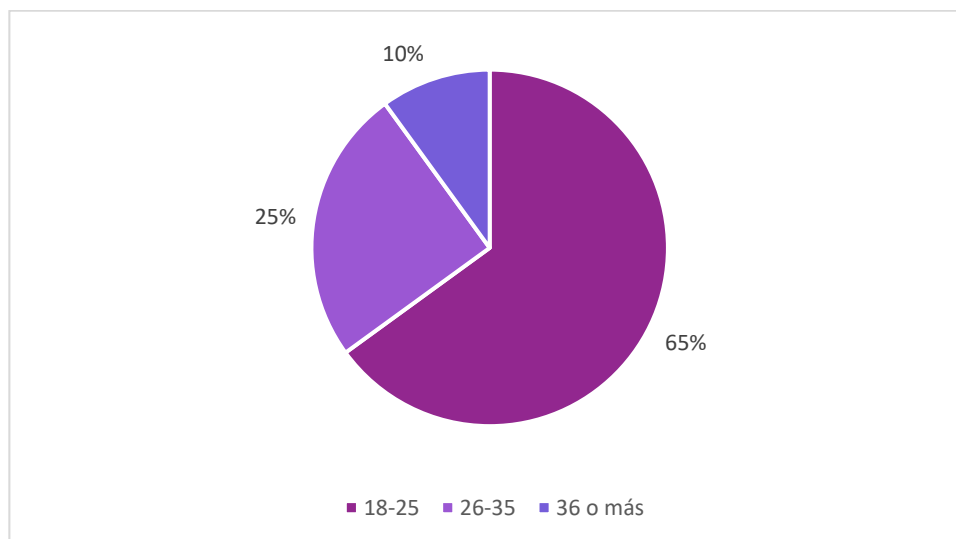
Gráfico 14 Encuesta inicial-Género



Dentro del grupo con el que se trabajará capacitaciones y actividades se cuenta con 55% de mujeres y un 82% de hombres. Siendo un grupo homogéneo y en similares situaciones socio-económicas.

Edad

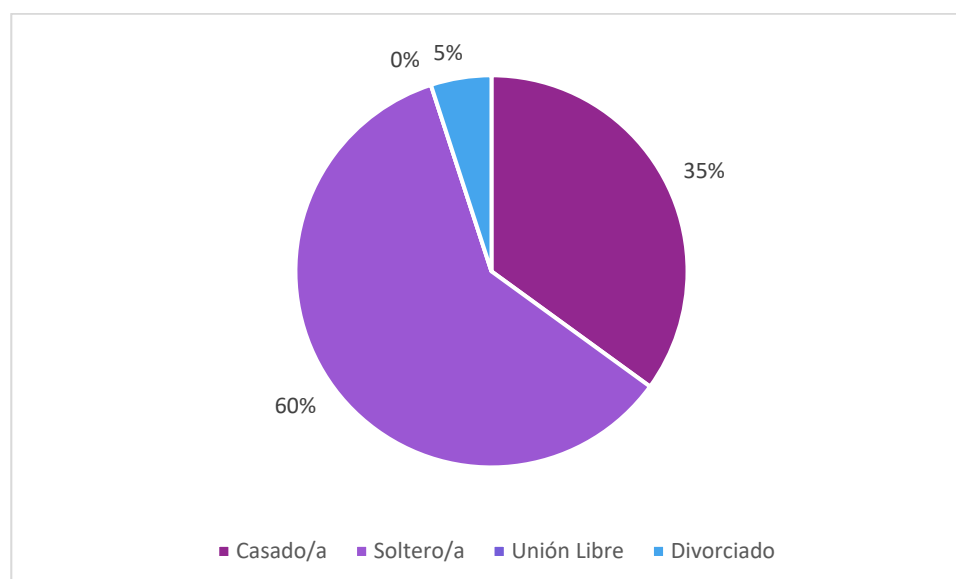
Gráfico 15 Encuesta inicial-Edad



La edad predominante del grupo objetivo es entre 18-25 años, edad en la que se encuentran más preparados personal y académicamente para tratar temas de esta índole y con quienes es necesario cambiar percepciones de familia, además se encuentran en edad fértil por lo cual se destina charlas que promuevan el diagnóstico de problemas en su salud reproductiva.

Estado Civil

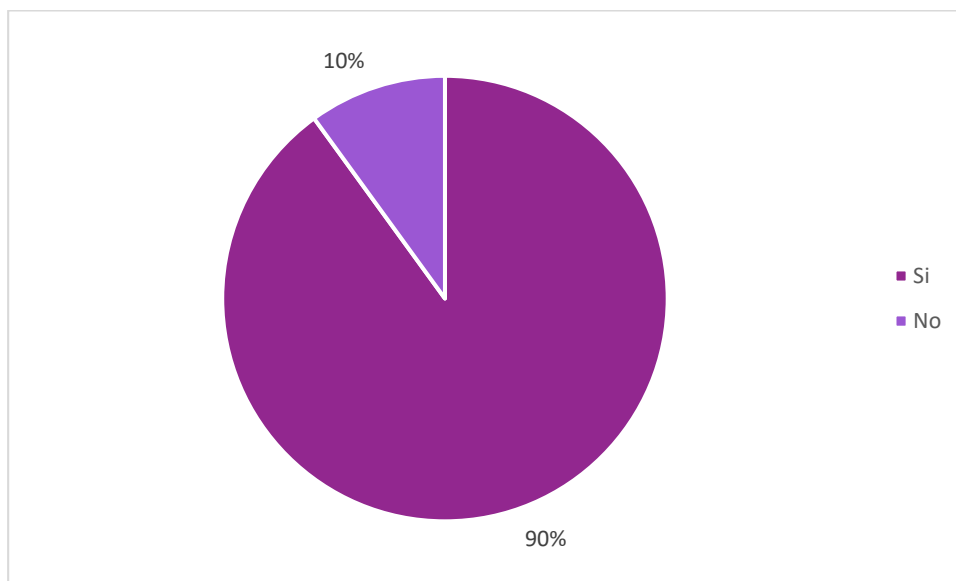
Gráfico 16 Encuesta inicial-Estado civil



El 60% de los encuestados es soltero, y un 35% está casado. Significando que tratamos temas de interés para planificación familiar y para generar empatía con gente de su edad atravesando etapas de diagnóstico de infertilidad.

1. ¿Sabe lo que es la infertilidad?

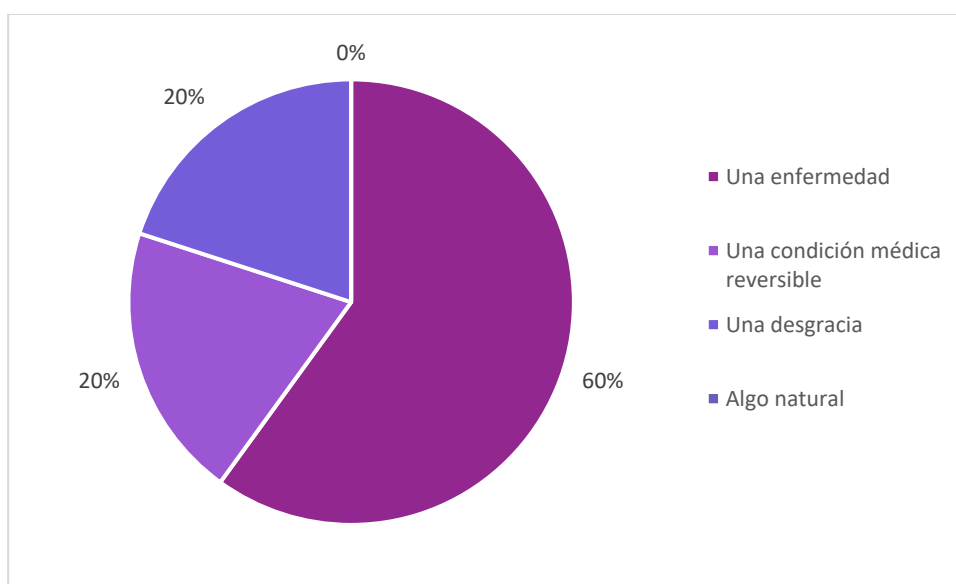
Gráfico 17 Encuesta inicial-Pregunta 1



Un 90% de los encuestados aseguro conocer que es la infertilidad, es decir que afirman conocer su definición medica específica.

2. ¿Qué considera que es la infertilidad?

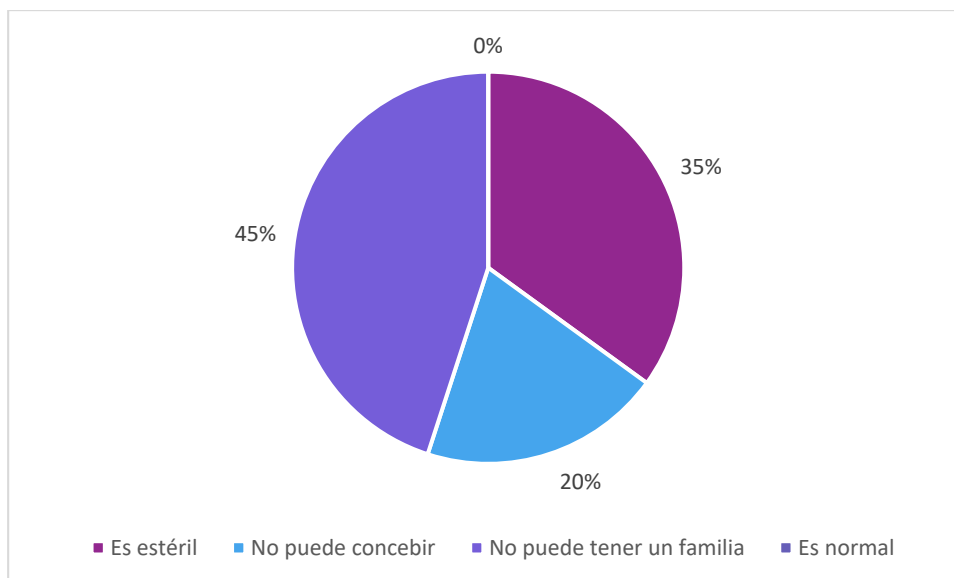
Gráfico 18 Encuesta inicial-Pregunta 2



Sin embargo, solo un 20% de los encuestados respondió de manera correcta cual es la definición general de la infertilidad. Siendo el término “enfermedad” el predominante como definición de la misma, y un 20% restante afirma que es una desgracia el ser infértil.

3. Cuando alguien es infértil ...

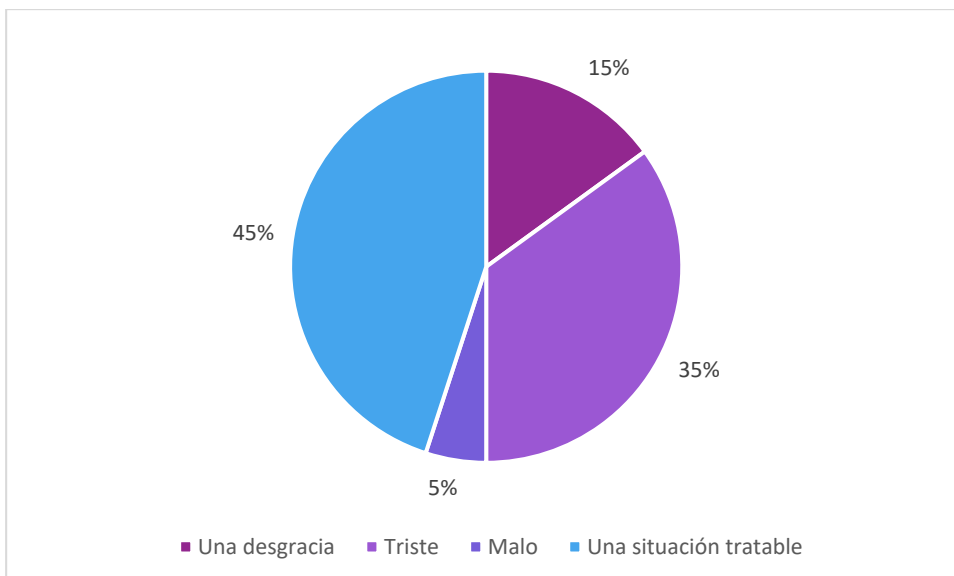
Gráfico 19 Encuesta inicial-Pregunta 3



En un 45% las personas consideran que quien es infértil no puede llegar a tener una familia, asimismo, confunden en un 35% el ser estéril con la infertilidad. Tan solo el 20% acierta en que la infertilidad es el problema en la concepción. Por tanto, se define que lo más importante es concienciar sobre que es tener una familia, y la diferencia entre infertilidad y esterilidad.

4. Cree que ser infértil es....

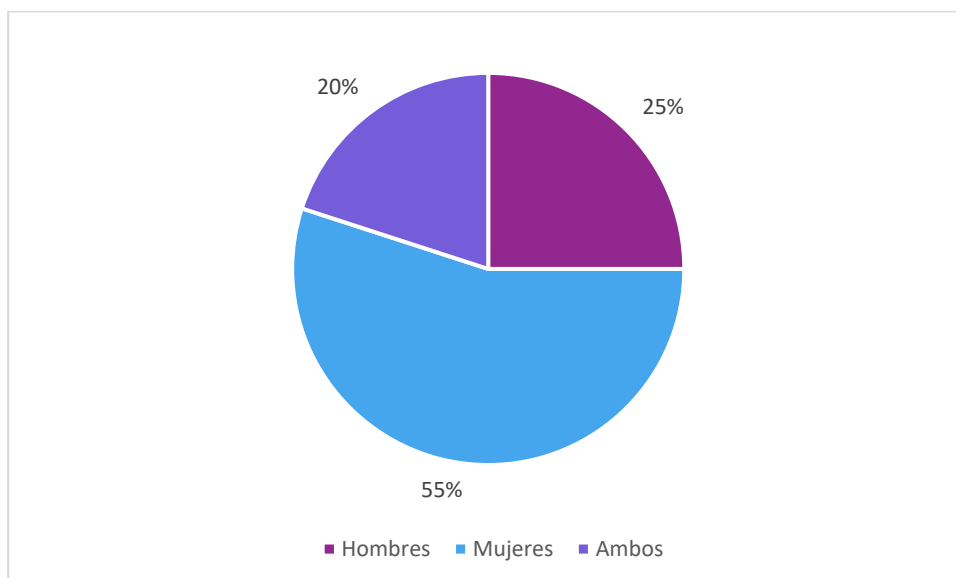
Gráfico 20 Encuesta inicial-Pregunta 4



Algo positivo se puede notar al ver que un 45% de encuestados conoce la tratabilidad de la infertilidad por distintos métodos; aunque se debe trabajar en el sentimiento de lastima y vulnerabilidad con el cual se siente se debe tratar a una persona en esta situación.

5. La infertilidad afecta a

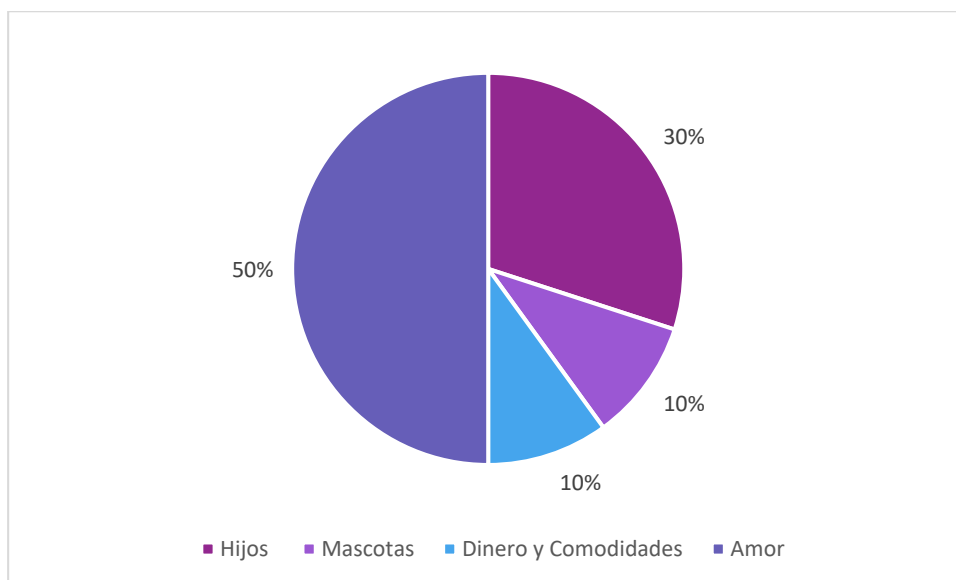
Gráfico 21 Encuesta inicial-Pregunta 5



Como se ha visto en la investigación global, la mayoría de la población considera que un índice más elevado de 55% es la mujer quien acarrea problemas de esterilidad antes que el hombre con un 25%, y se reconoce que en un 20% de casos hay un factor en común para ambos sexos.

6. ¿Qué crees que es lo más importante para formar una familia?

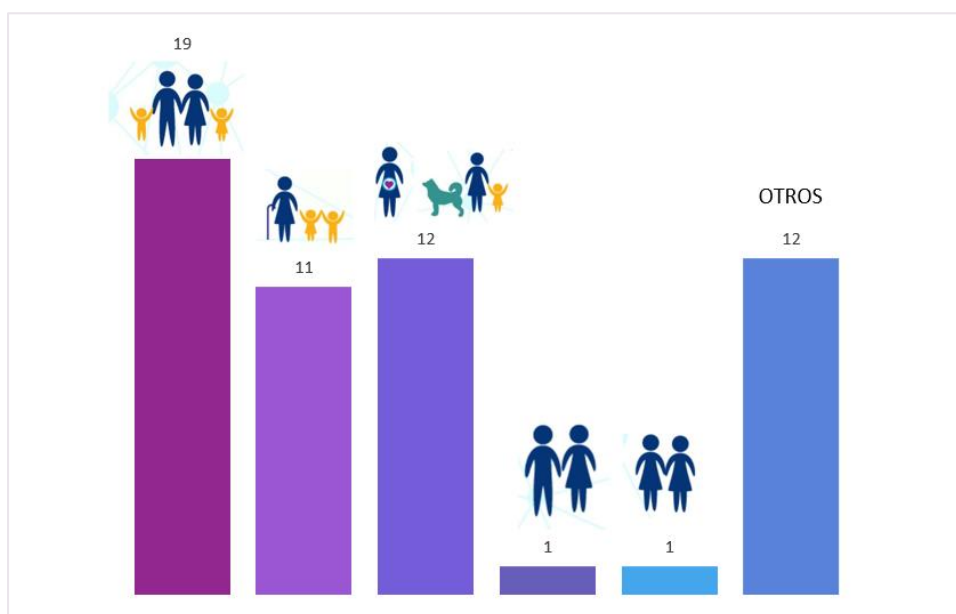
Gráfico 22 Encuesta inicial-Pregunta 6



Un 50% de los encuestados afirma que es el sentimiento de amor lo que hace que una familia se constituya como tal, lo cual es un índice positivo por sobre las comodidades y bienes materiales, pero el 30% cree a su vez que ser una familia implica el tener hijos ya que, sin esto, la familia no sería posible.

7. Una familia puede ser: (Elija todas las opciones que desee)

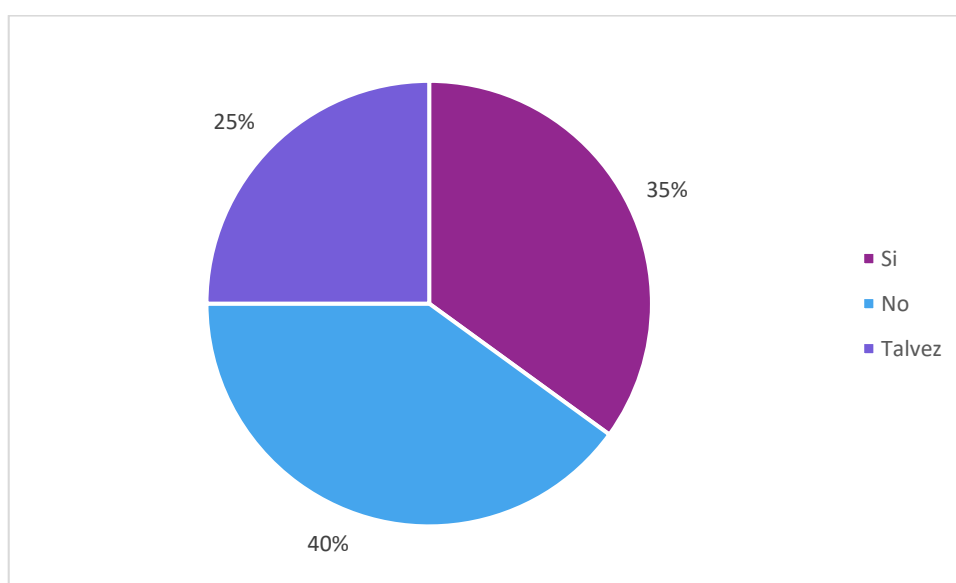
Gráfico 23 Encuesta inicial-Pregunta 7



Tan solo 1 persona dentro de los encuestados supo señalar a parejas sin hijos como una estructura familiar, a pesar de que la pregunta daba la opción de seleccionar varias de las opciones lo cual nos indica la necesidad de la realización de charlas sobre el valor familiar y nuevas concepciones. Los modelos predominantes con más de 12 respuestas cada una son aquellos que incluyen niños como parte de la familia, y son reconocidos como heteronormativos.

8. ¿Puede existir una familia sin hijos?

Gráfico 24 Encuesta inicial-Pregunta 8



Un 40% de los encuestados no cree posible que exista una familia sin incluir a niños en esta concepción, y un 25% se encuentra inseguro de si sería posible hacer este reconocimiento. Dada la edad y el contexto social en el cual se ha desarrollado la vida del grupo objetivo se reconoce esto como valido ya que se ven influenciados por la sociedad heteronormada y tradicional quiteña.

CAMPAÑA SOCIAL

Tema de la Campaña

La campaña “Aquí si hay familia” busca reducir el estigma de la infertilidad en la sociedad Quiteña, y promover el bienestar emocional de las personas infértiles, a través de la concientización del público en general, sobre la diversificación de familias y la aceptación de parejas sin hijos como una estructura familiar válida.

Justificación

Los individuos que han sido diagnosticados con infertilidad primaria o secundaria, atraviesan situaciones emocionales desafiantes al enfrentarse a distintos problemas de infertilidad. A su constante lucha contra su condición se le suman los estigmas sociales que se cometen contra ellos en el ejercicio de los arquetipos de familia en una sociedad patriarcal y heteronormada. Teniendo en cuenta los efectos psicológicos de los estigmas sociales que se imponen, esta campaña busca promover el bienestar emocional de los mismos a través de capacitaciones sobre la naturaleza de la infertilidad, y su diagnóstico, con personas adultas (18-40 años).

Por otro lado, se trabajará con la comunidad de la USFQ y público externo con el fin de romper los estereotipos relacionados a la construcción de familia y valorización personal en el Ecuador a través de foros, conversatorios o capacitaciones.

Estrategia Comunicacional

Objetivo General

Promocionar el bienestar emocional de personas en situación de infertilidad, a través de grupos de apoyo y relación con la comunidad mediante capacitaciones (para personas de entre 18-35 años) que creen consciencia sobre el efecto de la estigmatización por este motivo. Con

el fin de crear un nuevo concepto de revalorización personal y familiar a más de un 80% de los implicados y que reconozcan la naturalización del no tener hijos como una situación que no los redefine de manera negativa.

Objetivos Específicos

1. Promover y ejecutar la campaña en plataformas digitales con el fin de crear conciencia en la comunidad. Se trabajará en al menos 3 plataformas en las cuales se buscará generar determinada cantidad de impactos y reacciones durante los meses de implementación de la campaña en redes. Esto a través de la creación de piezas comunicacionales que aportaran con información de la campaña.
2. Recaudar fondos mediante la venta de un producto comunicacional creado exclusivamente para la campaña, y con la organización de un evento de recaudación de fondos.
3. Difusión de la campaña en 10 medios de comunicación en tres etapas determinadas estratégicamente (expectativa, informativa, de recordación).
4. Ejecutar 4 capacitaciones, dirigidas al público en general sobre qué es la infertilidad, el diagnóstico temprano y las consecuencias sociales de “no tener hijos”.
5. Promocionar la campaña a través de 3 BTLs realizados en la ciudad de Quito durante los meses de febrero, marzo y abril.
6. Determinar una línea de acción para activismo con relación a la campaña con el fin de movilizar un colectivo a ser concientizado en los efectos psicosociales de la infertilidad, y de la necesidad de tener hijos.
7. Lograr una alianza con una fundación que actúe en pro defensa de derechos familiares, consiguiendo además el apoyo de un personaje de influencia pública para el grupo objetivo de la campaña.

AQUÍ SI HAY FAMILIA

Logotipo

Ilustración 6. Logotipo



El logotipo de la campaña simboliza al amor en hogar y familia, es presentado en forma de pictograma. El símbolo de casa con un corazón representa al principio sobre el cual se fundamente la presente campaña: donde hay amor hay familia. Los colores de la campaña se seleccionaron en base a su significado y armonía. El color morado es considerado un color neutro en cuanto a referencias de género, adicionalmente se trata de un color que evoca serenidad y paz, elementos importantes para alcanzar el bienestar emocional que la campaña promueve. El color celeste es un color que simboliza la libertad, el bienestar, la armonía y el progreso. Estas cualidades hacen que los colores elegidos para el logotipo complementen al fin de la campaña.

Nombre y Slogan

La campaña “Aquí sí hay familia” nace en respuesta a la necesidad de normalizar distintas estructuras familiares para así combatir al estigma que sufren las personas que en edad adulta no tienen hijos, ya sea por problemas en la concepción o por decisión propia. El nombre

inspira curiosidad en el receptor pues es una declaración firme en forma de afirmación. El nombre invita al receptor a indagar sobre el tema de la campaña puesto que permite a cada persona crear su propia interpretación del significado del nombre y por lo tanto se logra enganchar al público creando interés por saber de qué trata la campaña

El **slogan** de la campaña: “donde hay amor hay familia” complementa al nombre de la misma y transmite el mensaje de aceptación a nuevas estructuras familiares de forma positiva, no de forma defensiva. Tanto el nombre como el slogan invitan al lector a la reflexión sobre el concepto general de familia, esto contribuye a que se cumpla uno de los objetivos principales de la campaña: cuestionar al modelo tradicional de familia a través de la propuesta de su diversificación.

Descripción General

Como se menciona anteriormente, la campaña cuenta dentro de sus objetivos específicos a la promoción del bienestar emocional en parejas o personas que sufren los efectos de la infertilidad. Según la investigación realizada como fundamento de esta campaña, cerca del 90% de las personas que sufren de infertilidad presentan síntomas de depresión y el 22% de ellos desarrolla problemas de ansiedad. Asimismo, las primeras encuestas con el grupo objetivo indica que consideran a las personas infértiles como enfermas y que sufren un tipo de desgracia por más del 30% de incidencia. El rechazo que sufre un individuo con problemas de fertilidad es una consecuencia de los arquetipos de familia en una sociedad heteronormada. Según este precepto, la familia tradicional consiste en una unidad conformada por padres e hijos. Este principio implica que aquellas personas que no tienen hijos no son consideradas socialmente como familias.

Por tanto, se planteó llevar a cabo una serie de actividades y charlas que informen y concienticen al público en general la realidad de la infertilidad y como al cambiar las percepciones tradicionales de esto, pueden aportar al bienestar emocional de quienes atraviesan

tratamientos de fertilidad. Estas actividades constan de 4 capacitaciones sobre la infertilidad y familia, 3 BTL's al público para informar sobre la campaña y la recaudación de fondos para la organización Aldeas Infantiles SOS, precursora de los derechos familiares.

Público Objetivo

La campaña cuenta con dos frentes de acción importantes para su implementación y estos parten de la comunicación dirigida hacia sus dos públicos principales. En primer público contemplado son adultos jóvenes, de todo género que se encuentren entre los 18-35 años y estén cursando o hayan cursado educación de tercer nivel. El mensaje dirigido a este sector demográfico es una invitación a reconsiderar las bases de la familia y los requisitos de su conformación. Esto teniendo en cuenta que en la actualidad es más común ver familias que no se apegan al concepto tradicional de familia. Y así, logrando concientizar sobre que es la infertilidad en cuanto a salud reproductiva, y proponiendo el buscar diagnóstico tempranos.

Otro de los objetivos planteados para esta campaña es promover el bienestar emocional de las personas que sufren de infertilidad. Por esta razón se planteó como público objetivo a personas y parejas entre los 35 y 45 años que acuden a centros de reproducción asistida, dentro de su perfil demográfico se contempla que sean individuos que ya cursaron su educación de tercer nivel y que poseen o persiguen un título de cuarto nivel.

Producto Comunicacional

Con el fin de contribuir al objetivo de campaña de promover el bienestar emocional de las personas que atraviesan problemas de infertilidad se consideraron distintas opciones que representen, no sólo bienestar, sino que inspiren a la serenidad y tranquilidad. Las técnicas de medicina alternativa y complementaria son utilizadas alrededor del mundo como complemento al tratamiento de fertilidad pues está comprobado que el bienestar psicológico y emocional de los afectados incide de forma positiva en los tratamientos de reproducción asistida (Khalsa,

2002). Los métodos contemplados dentro de la medicina alternativa y complementaria incluyen la práctica de yoga, meditación, acupuntura y aromaterapia.

Dentro de los productos comunicacionales de la campaña se planteó la venta de velas aromáticas y aromatizantes, como producto complementario ya que es frecuentemente utilizado en sesiones de aromaterapia. Las fragancias de estas últimas son: Lavanda y rosas silvestres. Las velas se vendieron por el precio de \$6,50. Con las cuales se logró recolectar un total de \$325.



Ilustración 7. Producto Comunicacional

Influencer

Como Influencer para esta campaña se contó con el apoyo de Ana María Balarezo, reconocida actriz de destacada trayectoria en el teatro ecuatoriano. Ana María es comediente, con más de 30 años de incursión en el teatro del país. Ha desempeñado distintos roles en películas de habla hispana y participa constantemente en distintas puestas en escena. Cuenta con producciones personales en modalidad de stand-up comedy cuyo público son mujeres ecuatorianas cuya edad ronda entre los 35 y 50 años. Ana María tiene una presencia significativa en redes sociales, con 2.049 seguidores en Instagram, y 1100 seguidores en su página personal de Facebook, es también un personaje mediático.

Para propósito de esta campaña, Ana María contribuyó con su actuación en el evento de recaudación de la misma con su función “Mi... despedida de casada”. Se hizo difusión del evento en sus redes sociales y se grabaron videos de invitación a la función que se difundieron

en las distintas plataformas sociales de la campaña. Adicionalmente se trabajó con Ana en la Mención y promoción de la causa a través de sus redes sociales.

Asimismo, Carla Ayala locutora radiofónica se unió a la campaña, promocionando este tema social en sus programas en distintas emisoras en Quito, y vía on-line.



Ilustración 8. Influencers campaña

Piezas Comunicacionales

Las piezas comunicacionales utilizadas para la difusión de la campaña comprenden material impreso utilizado en distintos espacios de interacción con el público para concientización sobre la infertilidad, como datos demográficos de la incidencia de la infertilidad y sobre los nuevos modelos de familia. De igual manera se elaboraron dos videos promocionales de la campaña (uno informativo y otro reflejando resultados), actividad constante en redes sociales, y una cuña promocional de radio.

Algo de extrema importancia para transmitir nuestro mensaje, consistió en crear una sólida imagen de marca para la campaña, que creara un reconocimiento visual didáctico, a través de colores y tipografía fácil de captar y de ilustraciones didácticas, que no afecten la sensibilidad de los distintos públicos. (Ver Anexos)

Fundación Aliada

La campaña formo una alianza con la Organización sin fines de lucro Aldeas Infantiles SOS Ecuador, la cual se volvió parte de nuestros aliados en defensa de derechos familiares (diversos). La campaña, busca promover la aceptación de distintas estructuras familiares como

alternativa al modelo tradicional de familia. Al existir una incidencia del 15% de infertilidad en el país que acarrea problemas de bienestar emocional, se crea la necesidad de involucrar esta situación con la causa de Aldeas Infantiles SOS, de la búsqueda de hogares para niños en situación vulnerable.

En el Ecuador, del 12% al 15% de parejas se enfrentan a la infertilidad, situación que en muchos casos significa ser rechazados en la sociedad o que tiene incidencia en problemas con el bienestar emocional al no creer que pueden “formar una familia”. Es por ello que se da el apoyo por parte de esta organización, y a la cual se apoya en cierto sentido al comunicar en que una familia puede formarse de distintas formas, siempre que se salvaguarde el derecho a vivir con dignidad y en armonía. Asimismo, mediante las activaciones y charlas planificadas con personas infértiles, se comunica sobre nuestra labor con niños y adolescentes junto con la necesidad de contar con personas que puedan bríndales a los niños un ambiente familiar y seguridad a través del padrinazgo.

Actividades

Capacitaciones

Las capacitaciones se llevaron a cabo con 20 personas del grupo Scout 28 (Liceo Internacional) en la Rama mayores Rovers y caminantes, quienes dedican su tiempo a realizar acciones de índole social. Se plantearon tres capacitaciones distintas con temas dirigidos hacia la promoción de la salud reproductiva en cuanto a diagnóstico de problemas de fertilidad, a las consecuencias del estigma que se da hacia las personas sin hijos y por último se trató el aspecto social de la concepción de familia. Las capacitaciones fueron dirigidas por el Dr. Julio Urresta, quien ha investigado sobre fertilidad en el Ecuador y tiene un Máster en Reproducción Humana.

Las tres capacitaciones tuvieron lugar en el área dispuesta por el Liceo Internacional, cada capacitación y por las fechas seleccionadas. Esto fue ideal para los asistentes ya que es el mismo lugar destinado a sus reuniones semanales de coordinación de proyectos.

La modalidad de operación de las capacitaciones consistió en la apertura del taller con una dinámica de integración entre los asistentes, se procedió posteriormente con las charlas informativas guiadas por el doctor y finalmente se implementó un espacio de participación de los beneficiarios para reflexión de cada taller y para que se realicen preguntas u observaciones sobre el tema del día.

La primera capacitación tuvo lugar el día sábado 7 de marzo, el tema del día fue “salud reproductiva”, aquí se introdujeron temas recurrentes al diagnóstico temprano de la infertilidad y las causas de esto tanto en hombres como en mujeres. Haciendo énfasis en la distinción de diagnósticos por tiempo de espera en la concepción y en que existe una infertilidad primaria y secundaria.

El tema de la segunda capacitación fue de la importancia de la sobre la infertilidad y la posibilidad de “no tener hijos”, para poder eliminar el estigma hacia las personas que no tienen hijos ya llegadas a una edad adulta, con un hincapié en cómo se retrata a la infertilidad a nivel global e histórico. Este conversatorio tuvo lugar el 14 de abril, se realizó una dinámica en la cual se expuso testimonios de personas infértiles y un conversatorio de cómo tratar de actuar ante lo que les había pasado.

La tercera capacitación fue el día 21 de abril, el tema a tratar fue la importancia de crear un nuevo modelo de percepción sobre la estructura familiar “aceptable”, demostrando el cambio de la concepción de familia desde 1950 hasta la época. Aquí se retrató aquí se trató sobre los nuevos tipos de maternidades y paternidades, así como el retrato de derechos familiares en el Ecuador.

La capacitación en externa se dio el día 7 de mayo en las instalaciones de APROFE, al norte de Quito, el tema a tratar será la diversificación de la familia en Ecuador. Esta capacitación fue dirigida por la Dra. Johanna Palacios especialista en Ginecología y proyectos sociales; quien habló sobre las causas de infertilidad e importancia de realizarse chequeos regulares de salud reproductiva. Inicialmente se planteó tratar el tema de familias diversas con

Pamela Troya en la USFQ, sin embargo, por temas de su agenda y la disponibilidad de espacios en la universidad no fue posible contar con su presencia en los talleres de la campaña.

Activaciones y BTL

Se llevaron a cabo 3 BTL's relacionados a concientizar al público sobre la positividad de los diferentes tipos de familia. Los públicos para estas activaciones fueron: personas en situación de infertilidad, comunidad universitaria y público en general (familias e individuos de Cumbayá).

El primer BTL se lo realizó en la USFQ, el día 5 de abril de 2018. Esta activación consistía en informar a la comunidad universitaria sobre la incidencia de infertilidad, aquí se les requería dibujar una "familia", la primera imagen que venga a su mente; y en un 98% de casos las familias se veían retratadas como la estructura tradicional, es decir: madre, padre e hijos. El siguiente paso, fue el que los participantes construyeran su familia mediante un código de colores que permitiera en la siguiente instancia retratar una diversificación multicolor de cada hogar, llegando a la conclusión de que a pesar de las diferencias la familia se construye por un sentimiento y no lazos de sangre o estructuras preconcebidas.

La segunda activación se llevó a cabo como parte de un taller después del conversatorio del 14 de abril, en donde se dio la simulación de reacciones ante experiencias testimoniales de personas infértiles que se sintieron estigmatizados de alguna forma.

El tercer BTL se llevó a cabo en el C.C La Esquina en Cumbayá el día sábado 22 de abril en horas de la tarde, esta experiencia consistió en una réplica de la activación de la USFQ; sin embargo, fue muy enriquecedor y que el público al que se dirigió fue parte un ambiente diversificado, desde niños hasta personas de la tercera edad. Las retroalimentaciones que se consiguieron fueron positivas y a la vez reveladoras ya que la población más joven retrató familias muy diversas en el primer módulo de la activación, dando a entender que las nuevas generaciones son más abiertas a las estructuras familiares no tradicionales.

En APROFE, el día 7 de mayo, se realizó otro BTL en donde se habló en primera instancia sobre la infertilidad a nivel médico y la importancia de la familia, aquí las personas debieron llenar un collage de la imagen de un hogar con pensamientos sobre qué es lo más importante dentro de una familia.

Eventos

Se llevaron a cabo tres eventos dentro del desarrollo de esta campaña, dos relacionados y dirigidos a las personas del grupo de Rovers de los Scouts, y un último evento destinado al público general con el objetivo de recolectar fondos para la fundación beneficiaria Aldeas SOS Ecuador.

En el evento de inicio de campaña se realizó una actividad en la cual se conectaba a distintos iconos de personas en modelos de familia y se indicaba un “match” por ser una familia, una vez finalizada esta actividad se informaba a los participantes que la actividad tenía como fin el demostrar que a veces dejan de lado a individuos por considerar que no hacen “match” y que esto es lo que pasa con las personas infértiles, en muchos de los casos.

El evento de cierre de campaña consistió en un conversatorio después de llevar a cabo una actividad sobre la valorización de familia en forma de collage, en donde se trató las distintas ideas sobre las familias calificadas como “sin hijos”.

Se realizó un evento de recaudación de fondos, en conjunto con la campaña “Mis Primeros Mil Días” (quienes trabajan con madres adolescentes solteras), donde se planificó un stand-up comedy por la actriz ecuatoriana Ana María Balarezo llamada “Mi despedida de casada”, que se llevó a cabo el día 17 de abril en la Universidad San Francisco de Quito, en el Teatro Calderón de la Barca.

Activismo

La campaña tuvo como finalidad en cuestiones de activismo, el realizar una petición formal al ministerio de salud mediante un oficio, en el cual se requería que se establezcan y consideren legalmente, de manera más profunda la acción de donación de óvulos y esperma. Ya que, si bien es cierto dentro del Ley Orgánica de Trasplante de Órganos y Células establecida en Ecuador en el 2011, se habla de esta actividad, no se la detalla, no se dispone a detalle que debe pasar en cuanto a los procedimientos y acciones legales que salvaguarden ni a los receptores, donadores o a los centros de reproducción.

Por tanto, se realizó una recolección de 100 firmas (las cuales son necesarias para presentar una acción legal al ministerio), en la cual las personas colaboraron para que se cree un anexo en la Ley de Trasplantes que considere a profundidad la donación de células reproductivas, al igual que la regulación de reproducción asistida, creando un banco de datos nacional de los donadores.

El oficio en conjunto con la recolección de firmas, se presentará en el Ministerio de Salud el día 25 de abril, dentro del marco de la semana internacional de concientización sobre la infertilidad; con esto queda un precedente de dos meses en los cuales los administrativos darán respuesta a esta petición.

Redes Sociales

Instagram

En la red social Instagram, se logró conseguir un total de 181 seguidores, se utilizaron publicaciones tipo colectivas (modo álbum de fotos), durante un periodo de 3 meses y dos semanas. Las publicaciones abarcaban temas informativos respecto a la infertilidad y la familia, además se compartió fotografías de las actividades de la campaña y hubo interacción de *likes* y comentarios por el público y con las *influencers* de la campaña.



Ilustración 9. Estadísticas Instagram

Twitter

En Twitter, en el plazo de 3 meses se consiguieron 363 seguidores, con una media de 587 impresiones por semana en los tweets sobre la infertilidad en Ecuador. Se tuvo una relación más cercana con el público usuario de esta red en comparación con las otras dos redes. Aquí se compartió las mismas publicaciones que en Facebook, más *retweets* sobre familia y diversidad familiar.



Ilustración 10. Estadísticas Twitter

Facebook

Facebook en sí fue una red de acogida de público un poco más juvenil; mas una vez que empezó la gira de medios es el lugar donde las personas pudieron contactarse para obtener más información de la campaña y sobre la infertilidad en el país. En un periodo de 4 meses, se consiguieron 216 *likes* orgánicos en la página.

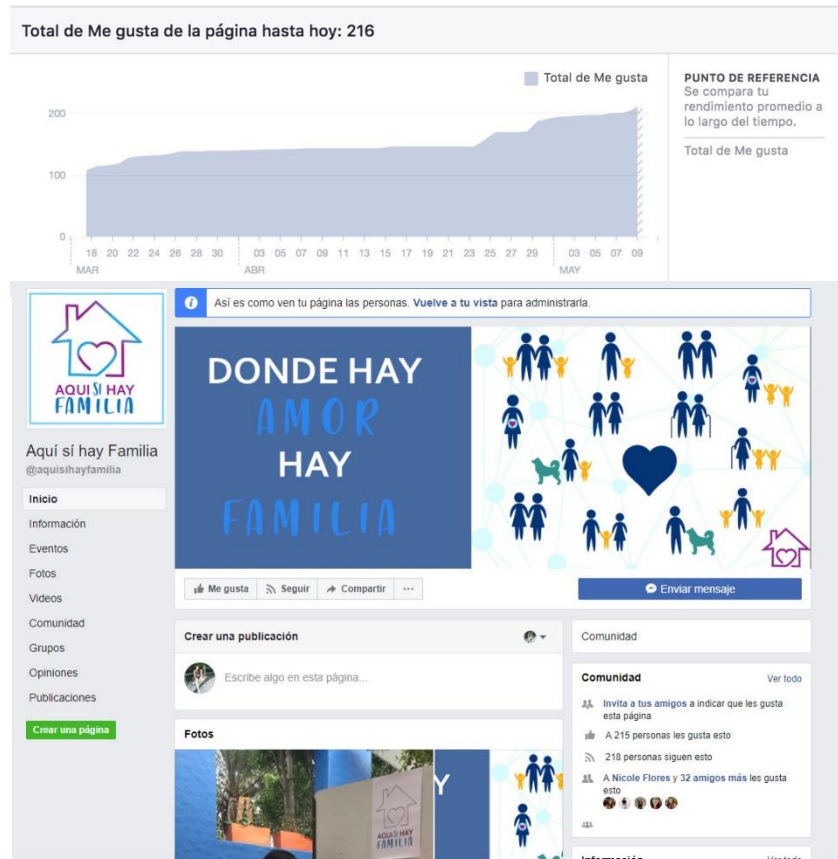


Ilustración 11. Estadísticas Facebook

Clipping de Medios

MEDIO	CONTACTO	TEMA	FECHA (año 2018)	HORARIO	TIPO DE NOTICIA	TAMAÑO	COSTO
Radio Ecos de Rumiñahui	Carla Ayala	Las consecuencias sociales de la infertilidad	19/04	10H15 AM	Entrevista	24'0'' minutos	\$ 264
Exacto Digital	Patricio Guevara	Información sobre el evento de recaudación	17/04	----	Nota informativa	Página y Media	\$ 50
Radio Canela	Angélica Millán	Campaña y alianza con fundación	24/04	12H30 PM	Entrevista	5'0'' minutos	\$ 60
Radio Municipal	Nancy Solís	Información sobre la campaña	26/04	15H30 PM	Entrevista	24'0'' minutos	\$ 144
Radio Distrito	Fernando Cajo	Información sobre la campaña general	19/05	9H45 AM	Entrevista	Por determinar	-----
Radio La Red	Patricio Díaz	Información sobre la campaña general	25/04	16H00 PM	Entrevista	10'0'' minutos	\$ 170
Radio Pública	Diego Valencia	Información sobre la campaña	25/04	10H00 AM	Entrevista	8'0'' minutos	\$ 88
Radio Municipal	Pilar Guacho	Infertilidad y consecuencias emocionales	28/04	13H00 PM	Entrevista	15'0'' minutos	\$ 90
Infórmate y Punto	Oficial	Campaña social	23/04	-----	Nota informativa	Página y Media	\$ 107
Ecos de Rumiñahui	Diego Melo	Información sobre la campaña	26/04	18H30 PM	Entrevista	5'0'' minutos	\$ 55
Radio Sonorama	Dayana Mancheno	Información sobre la campaña	19/05	10H00 AM	Entrevista	Por determinar	-----
HOT 106	Paolo Muñoz	Información sobre la campaña general	27/04	18H30PM	Entrevista	5'0'' minutos	\$ 240
FREE PRESS TOTAL							\$ 1,268

Tabla 1. Clipping de Medios

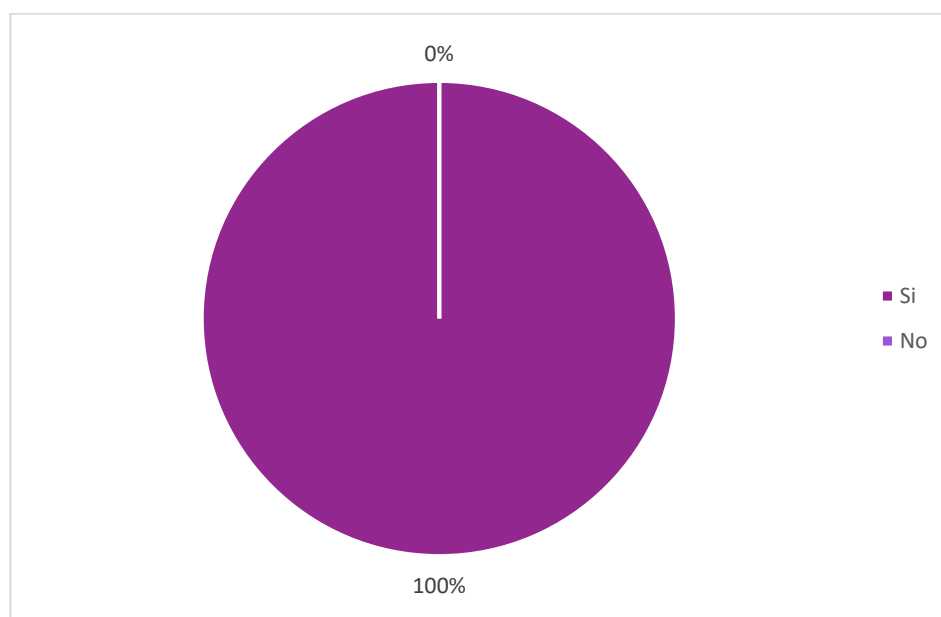
Resultados de Encuestas

Para la aplicación de estas encuestas, se tomó unos minutos de la última capacitación con el grupo objetivo, siendo las mismas personas de la primera encuesta se da una fiabilidad del 100% de objetividad sobre los resultados reflejados a continuación.

- Muestra: Universo (20 personas)
- Descripción de la muestra: 11 hombres-9 mujeres

1. ¿Sabe lo que es la infertilidad?

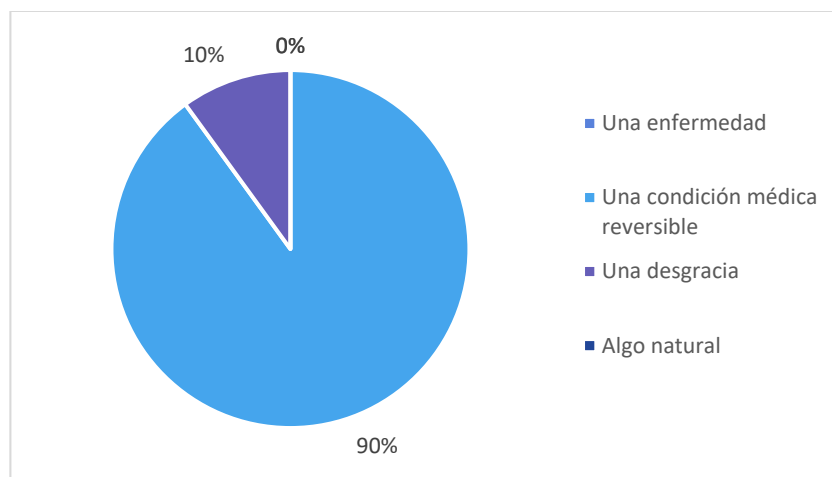
Gráfico 25 Encuesta final-Pregunta 1



Una vez finalizadas las capacitaciones BTL's se llegó a completar un 100% de conocimiento sobre que es la infertilidad como condición médica y social, lo cual mejora considerablemente el desconocimiento incorrecto previo de más del 40%, en primera instancia las personas creían que en un 90% sabían correctamente que era la infertilidad cuando no era así.

2. ¿Qué considera que es la infertilidad?

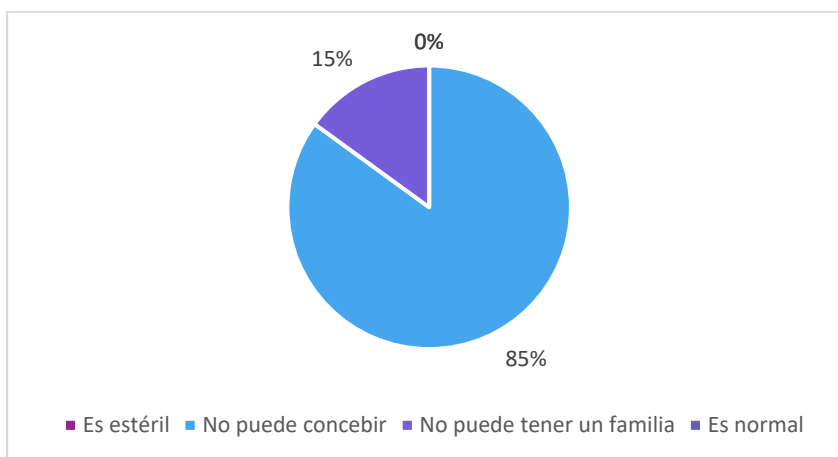
Gráfico 26 Encuesta final-Pregunta 2



Un 90% respondió de manera correcta que la infertilidad es una situación médica tratable, que en la mayoría de casos puede ser reversible mediante procedimientos médicos o alternativos como el yoga y acupuntura. A pesar de todo, un 10% sigue considerando que fue una desgracia el ser infértil.

3. Cuando alguien es infértil

Gráfico 27 Encuesta final-Pregunta 3

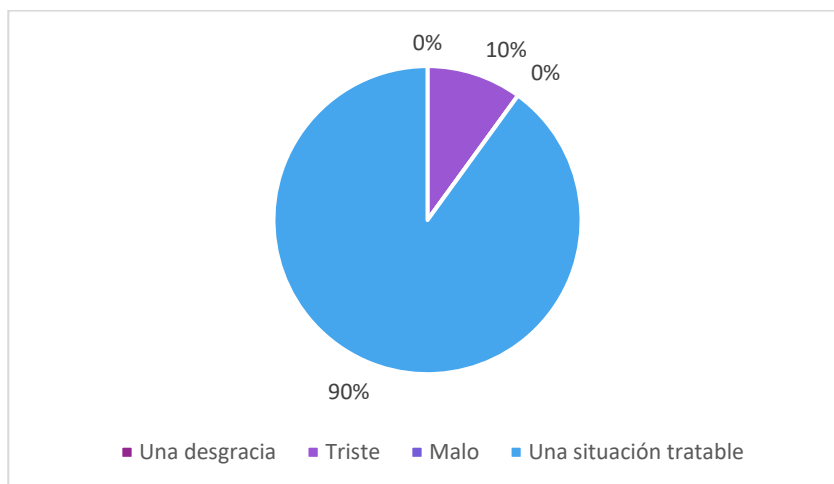


Un 15% de los encuestados sigue considerado que el ser infértil es un impedimento para ser una familia, sin embargo, hubo un cambio de pensamiento significativo, ya que anterior a las capacitaciones era un 45% de personas las que consideraban esta premisa. Otro aspecto

positivo es el de la reducción completa de la confusión entre esterilidad e infertilidad que antes se encontraba en un 35% de incidencia.

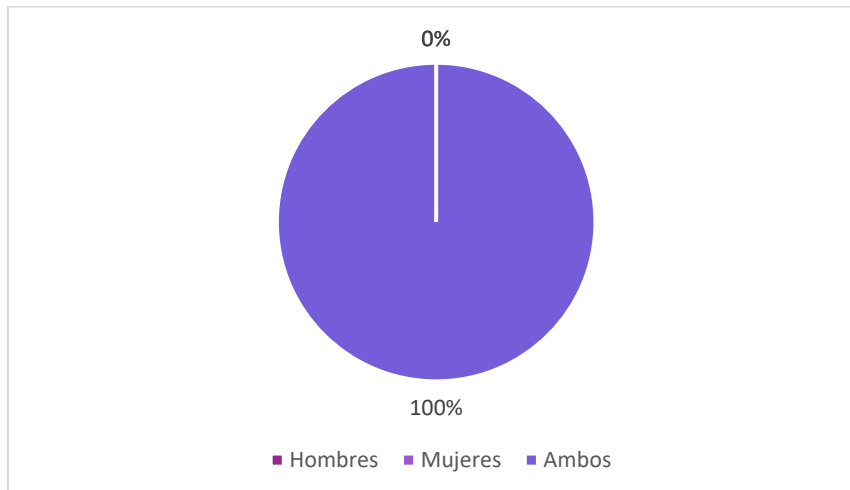
4. Cree que ser infértil es....

Gráfico 28 Encuesta final-Pregunta 4



5. La infertilidad afecta a

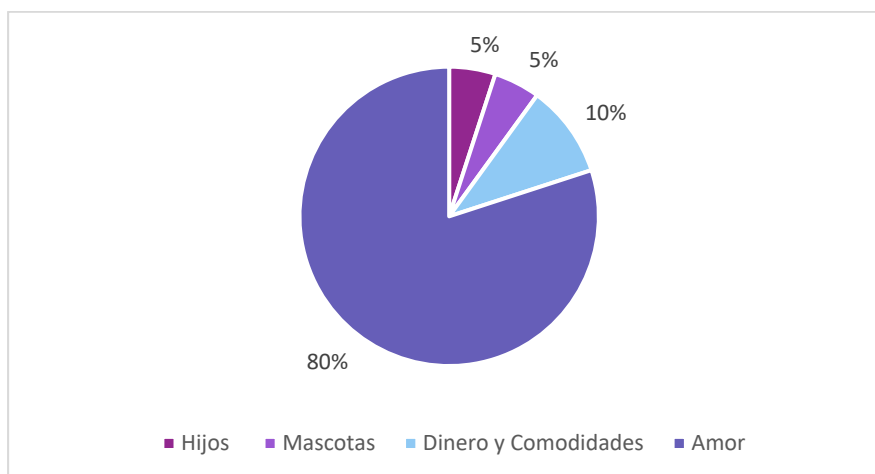
Gráfico 29 Encuesta final-Pregunta 5



Anterior a las actividades de la campaña se consideraba que la mujer era quien se veía mayormente afectada por la infertilidad (55%) y solo un 25% era considerado como parte del hombre. Sin embargo, gracias a la educación de salud reproductiva se comprueba el 100% de reconociendo a que la situación de infertilidad puede afectar a ambos sexos de igual manera, indicativo de que tanto hombre como mujeres conocen su necesidad de diagnóstico temprano.

6. ¿Qué crees que es lo más importante para formar una familia?

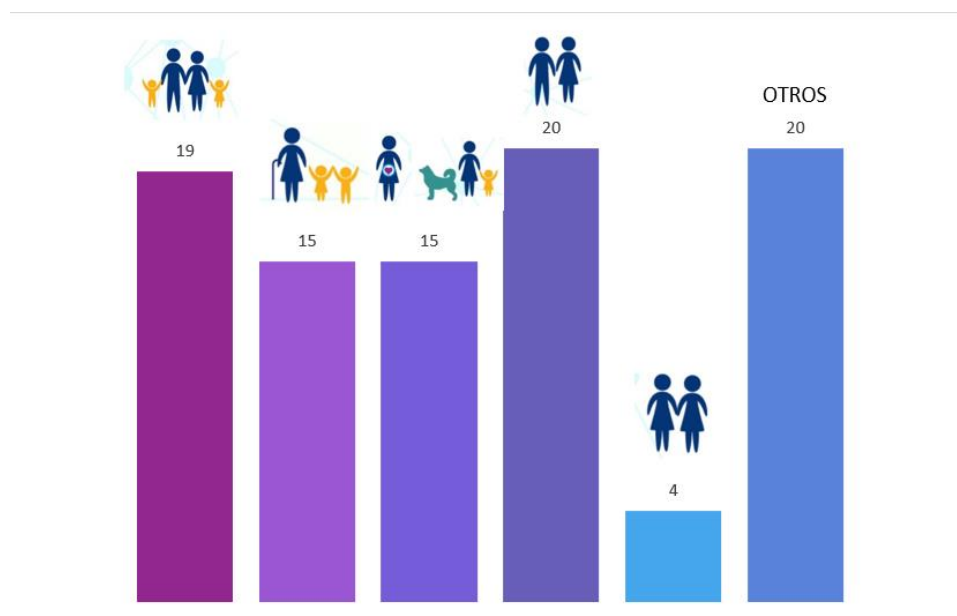
Gráfico 30 Encuesta final-Pregunta 6



Se redujo en un 25% la mentalidad de que un hijo es lo que logra constituir a la familia como tal, considerando un 5% de influencia, y de igual manera se sigue considerando predominante el sentimiento de amor con un 80% para que exista una familia.

7. Una familia puede ser: (Elija todas las opciones que desee)

Gráfico 31 Encuesta final-Pregunta 7

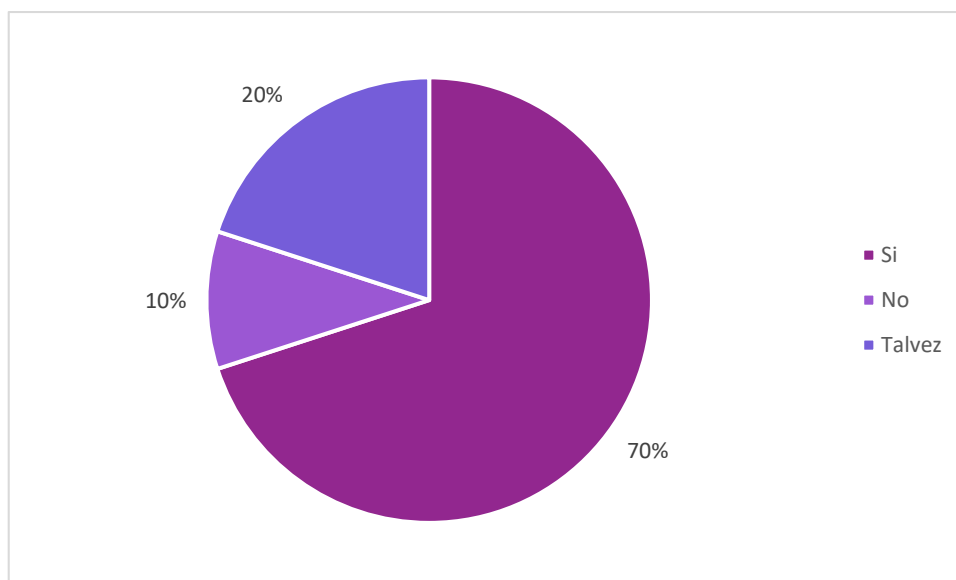


Se nota, un 100% de positivismo al reconocer que puede existir una familia al ser solo pareja, sin embargo, las parejas del mismo sexo no lograron el mismo nivel de aceptación, lo cual nos guía a seguir buscando concientizar sobre estos casos. Se sigue reconociendo a la

familia tradicional y aquellas con hijos lo cual también es positivo ya que no se trata de deslegitimar a la familia tradicional sino de diversificar el concepto de “familia”.

8. ¿Puede existir una familia sin hijos?

Gráfico 32 Encuesta final-Pregunta 8



Tan solo un 10% (1 persona) de nuestro público aun considera que es necesario el tener hijos para que exista familia, siendo un 90% del público que ahora ya contempla la posibilidad y valoriza el ser familia sin necesidad de que sea una estructura tradicional

Objetivos vs. Logros

OBJETIVO	LOGRO
<p>Promocionar el bienestar emocional de personas en situación de infertilidad, a través de grupos de apoyo y relación con la comunidad mediante capacitaciones (para personas de entre 18-35 años) que creen consciencia sobre el efecto de la estigmatización por este motivo. Con el fin de crear un nuevo concepto de revalorización personal y familiar a más de un 80% de los implicados y que reconozcan la naturalización del no tener hijos como una situación que no los redefine de manera negativa.</p>	<p>Se logró trabajar con un total de 20 personas adultas (con una media de edad de 25 años), quienes en un total de tiempo de 3 meses cambiaron su percepción sobre infertilidad.</p> <p>Siendo un 90% de impacto en el cambio de mentalidad sobre la estructura familiar sin hijos como válida.</p>
<p>Promover y ejecutar la campaña en plataformas digitales con el fin de crear conciencia en la comunidad. Se trabajará en al menos 3 plataformas en las cuales se buscará generar determinada cantidad de impactos y reacciones durante los meses de implementación de la campaña en redes.</p> <p>Esto a través de la creación de piezas comunicacionales que aportaran con información de la campaña.</p>	<p>Se ejecutó la campaña en Facebook, llegando a más de 200 seguidores orgánicos; en Instagram 181 seguidores y en Twitter un total de 363 seguidores.</p> <p>Se crearon más de 12 piezas comunicacionales digitales y 5 exclusivamente para material impreso y de promoción de la campaña en capacitaciones y gira de medios.</p>
<p>Recaudar fondos mediante la venta de un producto comunicacional creado exclusivamente para la campaña, y con la</p>	<p>Se logró recaudar \$145 de la venta del producto comunicacional y el evento de recaudación</p>

organización de un evento de recaudación de fondos.	
Difusión de la campaña en 10 medios de comunicación en tres etapas determinadas estratégicamente (expectativa, informativa, de recordación).	Se logró concordar espacio en 10 medios hasta finales de abril de 2018 para la difusión de la campaña y la infertilidad en Ecuador y 2 programaciones de entrevistas para el mes de mayo. Logrando una recaudación de freepress de \$1,268
Ejecutar 4 capacitaciones, dirigidas al público en general (Grupo Scouts 28) sobre qué es la infertilidad, el diagnóstico temprano y las consecuencias sociales de “no tener hijos”.	Se ejecutaron 4 capacitaciones, sobre los temas definidos, con apoyo de profesionales médicos y psicológicos. 3 capacitaciones se llevaron a cabo con los el grupo objetivo y 1 capacitación en la USFQ.
Promocionar la campaña a través de 3 BTL's realizados en la ciudad de Quito durante los meses de febrero, marzo y abril.	Se llevó a cabo un BTL en conjunto con los Scouts, uno en la USFQ, y uno en el centro comercial La Esquina en Cumbayá. Con el objetivo de dar a conocer la campaña y datos sobre la infertilidad.
Determinar una línea de acción para activismo con relación a la campaña con el fin de movilizar un colectivo a ser concientizado en los efectos psicosociales de la infertilidad, y de la necesidad de tener hijos.	Se realizó un oficio con el fin de presentar al Ministerio de Salud, una petición para considerar en la Ley Organiza de Transparentes de Órganos, Células y Tejido, la donación regulada de óvulos y esperma.

<p>Lograr una alianza con una fundación que actúe en pro defensa de derechos familiares, consiguiendo además el apoyo de un personaje de influencia pública para el grupo objetivo de la campaña.</p>	<p>Se realizó una alianza en beneficio de la Organización Aldeas Infantiles SOS a quienes se destinaron los fondos recaudados. Y se consiguió el apoyo de Ana María Balarezo como vocera de la campaña, y con Carla Ayala como vocera en radio frecuencias.</p>
---	---

Tabla 2. Objetivos vs. Logros

Logros inesperados

- Invitación a formar parte en la Feria Familia 2018, organizada por la asociación de mujeres “Destrabadas”, a realizarse el día 02 de Julio del presente año, con un espacio de interacción central informando sobre los nuevos modelos de familia y las consecuencias sociales del “no tener hijos”.
- Asociación con la entidad APROFE sede Quito, para realizar capacitaciones abiertas al público sobre el diagnóstico temprano de la infertilidad y distintos métodos de tratamiento. Esto, con la finalidad de preparar al público para la implementación del programa de Reproducción asistida en la ciudad de Quito.
- Se puntualizó el trabajo continuo hasta el mes de Julio con el Centro Ecuatoriano de Reproducción Humana, con el fin de aportar con guías de comunicación abierta entre parejas y que promuevan el bienestar emocional de los pacientes.

Presupuesto

EGRESOS	
ACTIVIDAD	PRESUPUESTO
PREPARACION DE CAMPAÑA	
Creación y aprobación de logo y nombre	\$0,00
Definición y producción de producto	\$80,00
Venta de producto	\$0,00
Definición de padrinos	\$0,00
Fanpages (Facebook, Instagram, Twitter)	\$10,00
Definición lugar de capacitaciones	\$0,00
Preparación de artes y piezas	\$0,00
Definición de talleres y capacitadores	\$0,00
DESARROLLO DE CAMPAÑA	
Encuestas Iniciales	\$9,00
Convocatoria a capacitaciones	\$0,00
Evento de apertura	\$5,00
Capacitación 1	\$0,00
Capacitación 2	\$0,00
Capacitación 3	\$0,00
BTL 2- Experiencias	\$0,00
Evento de cierre	\$0,00
Encuestas Finales	\$6,00
ACTIVIDADES EXTERNAS	
BTL 1-USFQ infertilidad como familia	\$5,00
BTL 3- CC. La Esquina	\$5,00
Capacitación 4- USFQ-La familia en Ecuador aspecto legal	\$0,00
Gira de Medios	\$0,00
Evento de Recaudación de fondos	\$325,00
Activismo	\$0,00
PRESENTACION	
Presentación de Resultados Encuestas	\$0,00
Desarrollo de Video Final	\$0,00
Desarrollo de Documento y Presentación	\$0,00
Presentación final	\$0,00
TOTAL	\$445,00

Tabla 4. Presupuesto Campaña

INGRESOS	
ACTIVIDAD	PRESUPUESTO
Venta de Producto Comunicacional	\$325
Recaudación de Evento Benéfico	\$265,00
INGRESOS TOTALES	\$590,00

Tabla 5. Ingresos Campaña

GANANCIAS	
ACTIVIDAD	PRESUPUESTO
Ingresos	\$590
Egresos	\$445,00
TOTAL	\$145,00

Tabla 6. Ganancias Totales Campaña

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.

La infertilidad es una problemática cuyos alcances se extienden desde sus causas en el campo de la salud hasta sus consecuencias en la psicología de las personas afectadas. Los efectos psicológicos no son únicamente producto de la incapacidad física de concebir, son una consecuencia de los principios de la sociedad que se traducen en estigmas hacia la infertilidad. Así es que, en el Ecuador, y en el mundo entero el tabú hacia la infertilidad da paso a la falta de conocimiento sobre las causas de esta situación, y de una correcta salud reproductiva.

Alrededor del 15% de la población ecuatoriana tiene algún problema para concebir o infertilidad, sin embargo, esto solo se toma en cuenta de individuos que han acudido a chequeos médicos en búsqueda de tener hijos. Es decir que, estas cifras no son completas ya que el estado no realiza estudios sobre esta situación. Además, al ser un tema tan personal e íntimo, varias personas no lo reconocerían como parte de su vida, y asimismo por cuestiones culturales, las mismas personas prefieren ocultar que son infértiles.

La infertilidad en la familia y el matrimonio, en el caso ecuatoriano, se generaliza con consecuencias sociológica por sentir que no se llega a cumplir expectativas sociales heteronormadas de la constitución de una familia, en otras palabras, socialmente se considera que la persona infértil no puede formar una familia. Sin embargo, en la población de generación más joven existe un cambio de mentalidad radical al considerar que solo en 10 años las nuevas tendencias de no tener hijos y no casarse se ven más populares y aceptadas.

Recomendaciones.

Es importante que en el Ecuador no solo se tengan iniciativas como la del HEEE y el IEES en el aspecto de tratamientos de infertilidad médicos, sino que también se consideren dentro de estos programas a la integración de tratamientos psicológicos con el fin de asegurar

el bienestar de los pacientes. Además de que es necesario crear una campaña comunicacional desde el Estado para hacer conocer al público sobre el diagnóstico de la infertilidad y la importancia de contar con una educación sexual integral, para todas las edades y niveles socio-económicos.

Se debe poner en cuestión el dejar de tener un tabú en cuanto a temas de salud reproductiva, en especial para las personas que atraviesan la infertilidad no por decisión propia, una iniciativa a proponer a las clínicas de reproducción asistida a nivel nacional es la creación de un grupo de apoyo emocional para la infertilidad y esterilidad, que permita a las personas compartir experiencias y mejorar la comunicación entre ellos con la sociedad.

Una parte importante en cuanto al mensaje de la campaña “Aquí si hay familia” es el lograr la valorización igual a cada modelo de familia, es decir que se debe considerar la implementación a profundidad del tema para familias conformadas por miembros de la comunidad LGBTI.

Finalmente, la educación en salud reproductiva y en aspecto sociológico debe ser complementario a un cambio de modalidad de percepciones culturales en el país, en donde aún la idea de familia tradicional es la única considerada como válida al 100%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador (2008).
- Badinter, E. (1993). *La Identidad Masculina*. España: Alianza.
- Beauvoir, S. (2005). *El segundo sexo*. España: Catedra.
- Bedaña, G., & Palacios, M. (2003). *Educación para la vida: manual de educación de la sexualidad*. Managua, Nicaragua: Ministerio de Educación, Cultura y deportes.
- Borja, T. (2017, noviembre). La infertilidad, afección en parejas y familia [Personal].
- Bos, H. M. W., & Van Rooij, F. B. (2007). The influence of social and cultural factors on infertility and new reproductive technologies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2), 65-68. <https://doi.org/10.1080/01674820701447439>
- Bos, H., van Balen, F., & Visser, A. (2005). Social and cultural factors in infertility and childlessness. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 223-225. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.08.013>
- Brezina, P. R., & Zhao, Y. (2012). The Ethical, Legal, and Social Issues Impacted by Modern Assisted Reproductive Technologies [Research article]. <https://doi.org/10.1155/2012/686253>
- Bruna, I., Roca de Bec, M., & Pérez-Millan, F. (2012). Prevalencia de la ansiedad y depresión en mujeres en tratamiento de estimulación ovárica y su relación con las características sociodemográficas EFESO. *Boletín Sociedad Española de Fertilidad*.
- CEPAL. (2016, febrero 11). Femicidio [Text]. Recuperado 20 de noviembre de 2017, a partir de <https://oig.cepal.org/es/indicadores/femicidio>
- CERHVALENCIA. (2017). Fertility Treatment Costs Dr. Pablo Valencia, Centro Ecuatoriano de Reproducción Humanan, Tratamientos de Fertilidad, CERHVALENCIA. Recuperado 20 de diciembre de 2017, a partir de http://www.cerhvalencia.com/spanish/faq_costos.html
- Connel, R. W. (1987). *Gender and Power*. Estados Unidos: Stanford, University Press.
- Dr.Valencia, P. (2017, diciembre). Infertilidad área urbana de Quito [Personal].
- Echeverria, J. (2013, mayo). Nuevas formas de familia conviven en Ecuador. *El Telegrafo*.
- Fuentes, A. (2010). Fecundidad y fertilidad: aspectos generales. *Tema central: Infertilidad*, 21(3), 337-346. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70544-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70544-7)
- Gannon, K., Glover, L., & Abel, P. (2004). Masculinity, infertility, stigma and media reports. *Social Science & Medicine*, 59(6), 1169-1175.
- Gimeno Berbegal, A. (2015). *El deseo de ser madre*. España: Alba Editorial.

- Greil, A. L., McQuillan, J., & Kathleen, S.-B. (2011). The Social Construction of infertility. *Sociology Compass*, 5(8), 736–746.
- Harriet, T., & Mill, J. (2001). *Ensayos sobre la igualdad*. Madrid: Catedra.
- Healy, D. ., Trounson, A. ., & Andersen, A. . (1994). Female infertility: causes and treatment. *The Lancet*, 343(8912), 1539-1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)92941-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)92941-6)
- Hoyos Botero, C. (2015). *Los desarrollos científicos y su impacto en la familia del siglo XXI*. Medellín , Colombia: Ediciones Unaula.
- Inhorn, M. C., & van Balen, F. (Eds.). (2002). *Infertility around the Globe*. University of California Press. Recuperado a partir de <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1ppfk5>
- Instituto Nacional de Estadística y censos. (s. f.). Boletín de Violencia de Género. Recuperado 20 de noviembre de 2017, a partir de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- Khalsa, H. K. (2002). Yoga. *Fertility and Sterility*, 80, 46-51. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(03\)01138-5](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(03)01138-5)
- Mayo Clinic, M. C. (2017a). Female infertility - Symptoms and causes - Mayo Clinic. Recuperado 15 de octubre de 2017, a partir de <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/female-infertility/symptoms-causes/syc-20354308>
- Mayo Clinic, M. C. (2017b). Male infertility Causes. Recuperado 15 de octubre de 2017, a partir de <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/male-infertility/basics/definition/con-20033113>
- McQuillan, J., Greil, A. L., White, L., & Jacob, M. C. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 1007–1018. Recuperado a partir de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2003.01007.x/full>
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*.
- ONU. (2014). *La situación demográfica en el mundo. Informe conciso*. New York.
- Panamerican Life, & Raúl Coka Barriga. (2017). Credencial 683: Seguro médico y vida, exclusiones.
- Park, J. J., Kang, M., Shin, S., Choi, E., Kwon, S., Wee, H., ... Kaptchuk, T. J. (2010). Unexplained Infertility Treated with Acupuncture and Herbal Medicine in Korea. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(2), 193-198. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0600>

- Paterna, C., & Martínez, C. (2005). *La maternidad hoy: claves y encrucijada*. Madrid, España: Minerva Ediciones.
- Petok, W. (2015). Infertility counseling (or the lack thereof) of the forgotten male partner. *Fertility and Sterility*, 104(2), 260-266.
- Quiroga, N. (2009). Economías feminista, social y solidaria. Respuestas heterodoxas a la crisis de reproducción de América Latina. *Íconos Revista de Ciencias Sociales*, 13(1). Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10469/304>
- Remohí, J. A. (2012). *Infertilidad y reproducción asistida: algoritmos para la toma de decisiones*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Rich, A. (1980). Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 5(631).
- Rutstein, S. O., & Shah, I. H. (2004). *Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries*. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.
- Salguero, M. A. (2008). Identidad de género masculino y paternidad. *UNAM*, 13, 239-259.
- Sandoval, J., & Klaus, W. (2005). *Tratado de Reproducción Humana*. Quito, Ecuador: Panamericana Formas e Impresos.
- Se amplía atención a pacientes de IEES. (2014, abril 21). Recuperado 20 de diciembre de 2017, a partir de <https://www.eluniverso.com/noticias/2014/04/21/nota/2794326/se-amplia-atencion-pacientes-iess>
- Smith, J. F., Eisenberg, M. L., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Shindel, A. W., Wing, H., ... the Infertility Outcomes Program Project Group. (2010). The Use of Complementary and Alternative Fertility Treatment in Couples Seeking Fertility Care: Data from a Prospective Cohort in the United States. *Fertility and sterility*, 93(7), 2169-2174. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.02.054>
- Sociedad Española de Fertilidad. (2012). *Boletín SEF: XXX Congreso Nacional, Sociedad Española de Fertilidad*.
- Sosa, C. A. (2017). INEC: el ingreso de la familia típica en Ecuador es USD 700 mensuales, en promedio. Recuperado 20 de diciembre de 2017, a partir de <http://www.elcomercio.com/actualidad/inec-ingreso-familia-ecuador-sueldo.html>
- Trujillo, G., & Burgaleta, E. (2014). ¿Queerizando la institución familiar? Entre los discursos bio-sociales y las múltiples resistencias. *España*.
- Urresta, S. (2016). *Diseño de la estrategia de posicionamiento para un centro de infertilidad, para parejas de la clase media en la ciudad de Quito*. (Magister en Marketing con

Mención en Estudios del Consumidor). Universidad Internacional del Ecuador, Quito, Ecuador.

Vallejo, C. (2016). Fertilización in vitro de bajo costo será una realidad en Ecuador. Recuperado 20 de diciembre de 2017, a partir de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/fertilizaci-n-in-vitro-de-bajo-costo-ser-una-realidad-en-ecuador-89050>

Veintimilla, M. (2013, marzo). *Estudio de los efectos de la infertilidad primaria en las relaciones de parejas tratadas en el centro ecuatoriano de reproducción humana* (Psicología Clínica). Universidad Politecnica Salesiana, Quito.

Wi, T., Lahra, M. M., Ndowa, F., Bala, M., Dillon, J.-A. R., Ramon-Pardo, P., ... Unemo, M. (2017). Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: Global surveillance and a call for international collaborative action. *PLOS Medicine*, *14*(7), e1002344. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002344>

World Health Organization, W. H. O. (2017). WHO | Infertility definitions and terminology. Recuperado 15 de octubre de 2017, a partir de <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>


ANEXOS

1. Piezas comunicacionales

La infertilidad es una condición que dificulta el lograr un embarazo, una vez pasados 6 meses de intentarlo.

La infertilidad no es esterilidad

¿QUÉ ES LA INFERTILIDAD?



LA INFERTILIDAD

NO ES UNA BARRERA

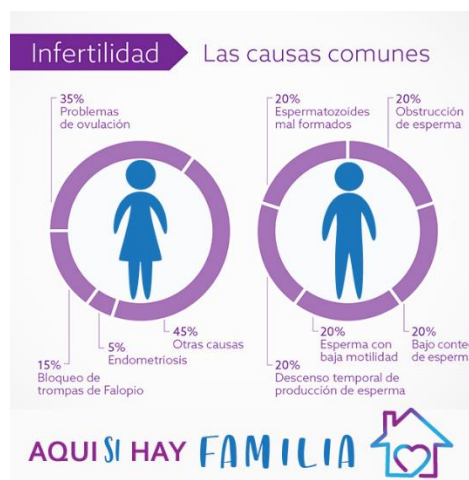

PARA SER UNA FAMILIA



En **ECUADOR** al rededor del

72% & 15%



de parejas tiene dificultades para concebir


En **1/3** de las parejas infértiles, quien presenta dificultad es el hombre

En **1/3** de las parejas infértiles, no es posible identificar el problema, o tanto el hombre como la mujer presentan dificultades

En **1/3** de las parejas infértiles, quien presenta dificultad es la mujer

1 de cada 8 mujeres es INFÉRTIL



MITOS Y VERDADES

SOBRE LA INFERTILIDAD

 MITO	 VERDAD
<p>ANTICONCEPTIVOS</p> <p>El uso de anticonceptivos NO reduce la fertilidad</p>	<p>EDAD</p> <p>La edad es el factor más determinante en la fertilidad</p>
<p>SEXUALIDAD</p> <p>La cantidad de actividad sexual NO afecta la fertilidad</p>	<p>FECUNDIDAD</p> <p>Se debe tener en cuenta el momento del ciclo reproductivo que sea el indicado</p>
<p>CULPABLES</p> <p>Las mujeres NO son las únicas culpables de los problemas de fertilidad</p>	<p>RESPONSABILIDAD</p> <p>Hombres y mujeres tienen las mismas probabilidades de tener problemas de concepción</p>
<p>ESTERILIDAD</p> <p>La infertilidad NO es esterilidad, existen tratamientos para esta situación</p>	<p>FAMILIA</p> <p>Existen varias opciones para poder sobrellevar la infertilidad y ser una FAMILIA</p>



**DONDE HAY
AMOR
HAY
FAMILIA**

AQUI SI HAY FAMILIA 

LA OMS DEFINE
A LA **INFERTILIDAD**
COMO LA **INCAPACIDAD**
DE CONCEBIR TRAS
12 MESES
DE MANTENER
RELACIONES SIN
PROTECCIÓN

2. Capacitaciones







3. Evento de Recaudación

COMEDIA

Mi... despedida de casada

Ana María Valarezo

MARTES

17

DE ABRIL

19H00

Teatro Calderón de la Barca
UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

EVENTO BENÉFICO

Preventa: \$10 / Valor: \$15

Contactos: 0996795260 / 0995076560 / 0997588305 / 0987038658





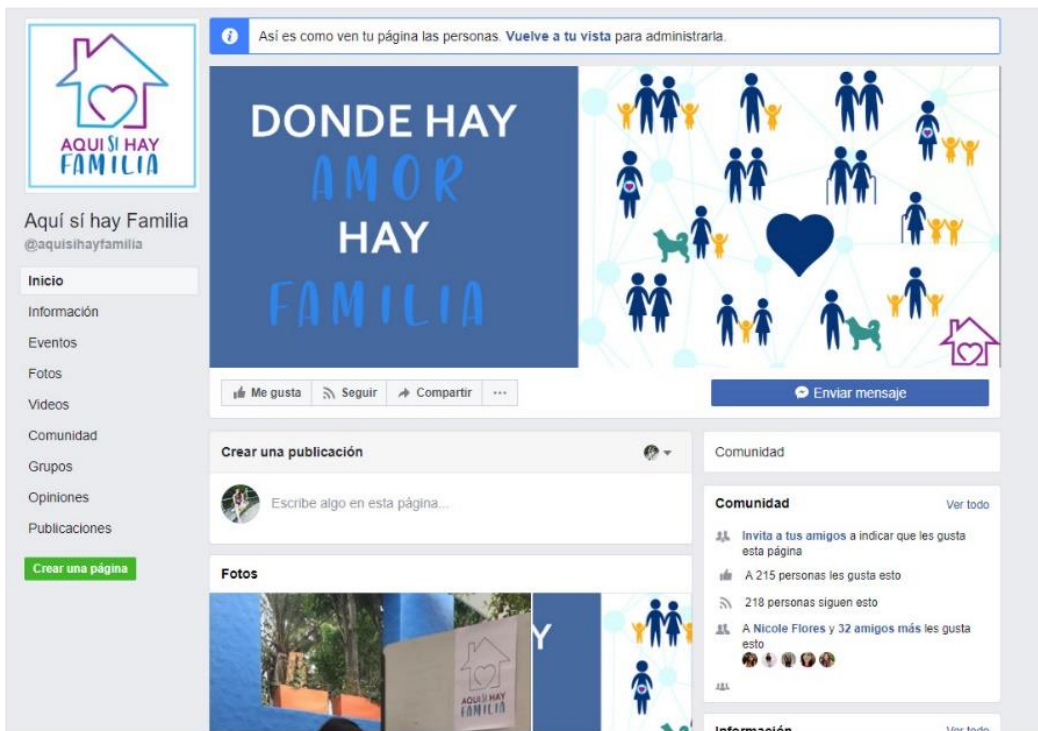
4. BTL's







5. Redes Sociales






6. Fundación



7. Activismo



Quito, 25 de abril de 2018

Dra. Verónica Espinosa
Ministra de Salud Pública de la República del Ecuador
Presente. –

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

RECIBIDO

Fecha: 25 de Abril de 2018

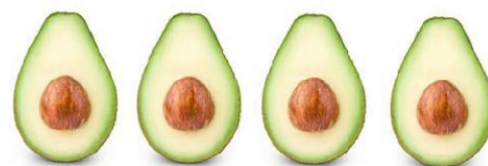
Nombre: Verónica Espinosa

Apechos: - Sin anexos -

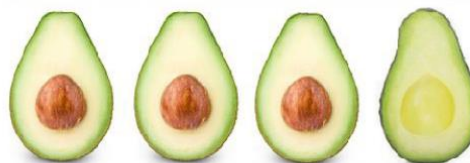
Por medio de la presente carta, nos dirigimos hacia usted como encargada del Ministerio de Salud, con la petición de que se considere incluir un anexo a la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (Publicada en el Registro Oficial No. 398 del 4 de marzo de 2011), en el cual se establezcan y consideren legalmente, a profundidad la acción de donación de óvulos y esperma, como métodos de suma importancia para llevar cabo tratamientos de reproducción asistida, esto a su vez permitiría tener un banco de datos de donantes y receptores, salvaguardando la salud de los implicados en el procedimiento.

Somos estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito, quienes, durante el desarrollo de nuestro trabajo de titulación sobre el estigma hacia la infertilidad, hemos descubierto la falta de conocimiento adecuado de la ciudadanía en general sobre la infertilidad, sus causas y métodos de tratamiento. Alrededor del 12% al 15% de parejas en el Ecuador han experimentado dificultades para concebir, según cifras del 2014; y esto sólo tomando en cuenta a personas que por iniciativa propia han llegado a descubrir esto tras una revisión médica adecuada.

Las técnicas de reproducción asistida (TRA) son el principal medio de tratamiento para la infertilidad, y actualmente en el país el acceso al mismo procedimiento es sumamente costoso, y de difícil acceso para todas las personas, ya que se requiere un nivel de preparación física y psicológica considerable. La donación de óvulos y esperma



1 de cada 8 mujeres
es
INFÉRTIL



Semana Mundial de la Concientización sobre la Infertilidad
Abril 23-29



8. Gira de medios



SOCIEDAD 23 Abril 2018

Campaña social "Aquí sí hay familia"

Es una iniciativa de estudiantes de la Universidad San Francisco, mediante la cual se busca concientizar a todas las personas sobre la infertilidad en Ecuador y ver el lado bueno de las distintas estructuras familiares.

En un esfuerzo por crear conciencia sobre la incidencia de la infertilidad en el Ecuador, esta campaña promueve la aceptación de distintas estructuras familiares como alternativa al modelo tradicional de familia.

Aquí nos referimos a positivar el hecho de que no solo hay familias conformadas por: padre, madre e hijos; sino también familias que se conforman de abuelos, tíos y esposos, sin que exista una barrera al no poder tener hijos. "Aquí sí hay familia" es una campaña social que busca promover la aceptación de las parejas infértiles como estructura familiar.

En el Ecuador entre el 12% y el 15% de la población tiene problemas de infertilidad, esto sin tener en cuenta a individuos no diagnosticados.

Se busca informar al público sobre cómo la familia ha cambiado a través de los años y el cómo se maneja la situación de infertilidad desde el aspecto clínico y psicológico; para así, una vez informadas las personas, se reduzca el estigma hacia los individuos o parejas, que no pueden o no quieren tener hijos.

Esta campaña social a su vez trabaja en favor de Alceas infantiles SOS, una organización que busca crear ambientes familiares propicios para niños y adolescentes en situación vulnerable.



SEARCH: INFERTILIDAD



La #infertilidad no es para nada un problema social. La USFQ te lo explica

POSTED: 19 ABRIL, 2018 A LAS 3:00 PM / DESTACADOS, ECUADOR, SALUD Y BELLEZA

La campaña social Aquí sí hay familia, es una iniciativa de estudiantes de la Universidad San Francisco, mediante la cual se busca concientizar a todas las personas sobre la infertilidad en Ecuador y positivar las distintas estructuras familiares. Quito, abril 2018.- En un esfuerzo por crear conciencia sobre la incidencia de la infertilidad en el [...]

READ MORE --

NO HAY COMENTARIOS