

## Experiencia vivencial de mujeres españolas que optan por la subrogación como camino hacia la maternidad

### *Life experience of Spanish women who choose surrogacy as a path to motherhood*

**Autora:** Raquel Desirée Fernández López-Mingo (1)

**Categoría profesional y lugar de trabajo:** (1) Matrona en Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón (Madrid)

**Dirección de contacto:** raquelfm8@gmail.com

**Fecha recepción:** 30/07/2021

**Aceptado para su publicación:** 08/11/2021

**Fecha de la versión definitiva:** 01/12/2021

#### Resumen

**Introducción.** La existencia de mujeres españolas que optan por la subrogación transfronteriza como camino hacia la maternidad es una realidad, pues a pesar de considerarse legalmente nulo cualquier acuerdo de subrogación desarrollado en España, se contempla la inscripción en el Registro Civil de los nacidos por subrogación en países en los que la misma es legal. A pesar de ello, no existen apenas estudios españoles acerca de la experiencia vivencial de maternidad de dichas mujeres. Por ello, investigar la vivencia de las madres intencionales españolas, entendida como una forma más de maternidad, puede ser de interés para el desarrollo tanto de la matronería como de cualquier profesión relacionada con la atención maternal y perinatal. **Objetivo.** Realizar una aproximación comprensiva a la experiencia vivencial de las mujeres españolas no gestantes que optan por la subrogación como camino hacia la maternidad. **Metodología.** Se enfocó el estudio desde un punto de vista cualitativo, seleccionando como marco teórico la fenomenología interpretativa; se emplearon entrevistas en profundidad de tipo semiestructuradas, abiertas e individuales, alcanzando un tamaño muestral de 10 mujeres. **Resultados.** se identificaron 6 categorías emergentes, 24 temas y 2 subtemas. **Discusión.** Todas las participantes se mostraban satisfechas con su experiencia vivencial de maternidad. No obstante, se hace patente la carencia y necesidad de atención maternal, al demandarla las entrevistadas directa o indirectamente en los discursos. Los profesionales especialistas en Obstetricia y concretamente las matronas disfrutaban de una posición única y privilegiada para ofrecer dicha atención maternal.

#### Palabras clave

Gestación Subrogada; Madres Intencionales; Experiencia Vital; Matronas; Investigación Cualitativa.

#### Abstract

**Introduction.** The existence of Spanish women who opt for cross-border surrogacy as a path to motherhood is a reality, because despite being considered legally void any surrogacy agreement developed in Spain, is contemplated the registration in the Civil Registry of those born by surrogacy in countries where it is legal. Despite this, there are hardly any Spanish studies on the life experience of motherhood of these women. For this reason, investigating the experience of Spanish intentional mothers, understood as another form of motherhood, may be of interest for the development of both midwifery and any profession related to maternal and perinatal care. **Objective.** To carry out a comprehensive approach to the life experience of non-pregnant Spanish women who choose surrogacy as a path to motherhood. **Methodology.** The study was approached from a qualitative point of view, selecting interpretive phenomenology as the theoretical framework; In-depth interviews of a semi-structured, open and individual type were used, reaching a sample size of 10 women. **Results.** 6 emerging categories, 24 topics and 2 subtopics were identified. **Conclusions.** All the participants were satisfied with their life experience of motherhood. However, the lack and need for maternal care becomes evident when the interviewees demand it directly or indirectly in the speeches. Professional specialists in Obstetrics and specifically midwives enjoy a unique and privileged position to offer such maternal care.

#### Keywords

Gestational Surrogacy; Intended Mothers; Life Experience; Midwives; Qualitative Research.

## INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva biológica, la “madre” es quien desde el momento de la fecundación asume esa condición, pasando su cuerpo desde ese instante a poseer características distintas a las que mantenía anteriormente. Así, generalmente “ser madre” se relaciona con el embarazo, el parto y la crianza. No obstante, pensando únicamente en dichos términos se cae en un reduccionismo de la maternidad, por lo que resulta necesario pensar en “ser madre” mucho más allá de la biología. Es decir, la biología de la reproducción es de una naturalidad inapelable, pero la categoría de “madre”, al igual que la categoría de “mujer”, es una construcción cultural y, por tanto, no puede entenderse como un hecho natural, atemporal y universal (1,2).

El concepto de maternidad ha experimentado transformaciones a lo largo de los siglos que reflejan la influencia de la cultura, quedando de manifiesto que lo que se considera válido en un momento histórico proviene de tradiciones que tienen contextos temporales y espaciales particulares (2-4).

En el contexto español, el discurso de la domesticidad se arraigó en el siglo XIX y, después de la efímera Segunda República, volvió con mayor intensidad. La exaltación de la maternidad como deber social, como única finalidad y como único modo de realización de las mujeres por el régimen dictatorial y la religión católica durante el franquismo moldearon la mentalidad social de la época (2). Además, como revisa Montes, el discurso médico legitimado, desde su triple autoridad (masculina, respaldada por la ciencia y al servicio del país), se ocupó de difundir también dicho modelo de maternidad, de manera que la institución sanitaria ha sido uno de los principales agentes de control sobre la vida de las mujeres. Sin embargo, no hay un único modelo de maternidad y las experiencias vividas por las mujeres muestran sus estrategias para equilibrar los propios deseos y necesidades con las exigencias socioculturales here-

dadas, por lo que se debería hacer referencia a maternidades en lugar de a una maternidad (5,6).

En reacción a la ideología de la época, las mujeres de los 70 y los 80 supusieron un auge del feminismo y se convirtieron en la generación menos maternalista de la historia reciente (2). La mujer ya no se vinculaba casi exclusivamente con la procreación y la crianza, a las cuales se empezó a renunciar, disminuyendo consecuentemente la natalidad (2,7). En contraposición, en la actualidad, la experiencia práctica muestra como las hijas de las mujeres emancipadas de esos años vuelven a plantearse la maternidad desde una perspectiva completamente antagónica a la de sus madres (2). Parece que los principales motivos para tener hijos incluyen: mejorar la felicidad y el bienestar, la necesidad de ofrecer y recibir amor, y experimentar el disfrute de los niños (8,9).

El avance de la investigación biomédica ha proporcionado la posibilidad de ser madres a mujeres con dificultades en la reproducción, afectando al modelo de maternidad que parecía inamovible y pudiendo dividirse la misma en 3 categorías que, a su vez, pueden representarse por 3 mujeres diferentes: la genética, la gestacional y la social. Así, la maternidad ha pasado de ser una vivencia sobrevenida por la imposición biológica a convertirse en la reivindicación del derecho reproductivo alcanzable hoy en día gracias a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) y la adopción, originándose nuevas constelaciones familiares (7,10).

La Subrogación Gestacional, Gestación Subrogada o Gestación por Sustitución, se considera una TRHA en la que una mujer, la gestante, subrogada o sustituta, hace donación de la capacidad gestacional del útero, tras un acuerdo previo a la concepción por el que renuncia explícitamente a los derechos sobre la descendencia, la cual debe entregarse a los llamados padres intencionales, quienes pueden ser una pareja heterosexual, una pareja homosexual, una mujer soltera o un hombre soltero (11,12).

<b>Según motivaciones</b>	Subrogación altruista: la subrogada únicamente recibe el reembolso de los gastos relacionados con el embarazo y el parto.
	Subrogación comercial: la subrogada, además de recibir el reembolso de los gastos relacionados con el embarazo y el parto, se beneficia de un pago por donar la capacidad gestacional del útero.
<b>Según relación genética</b>	Subrogación gestacional o plena: la gestante no tiene relación genética con el feto, aportando únicamente la capacidad gestacional del útero.
	Subrogación tradicional o parcial: la gestante tiene relación genética con el feto, proporcionando el ovocito que generalmente no es manipulado in vitro y se fecunda por inseminación artificial. En la actualidad está prácticamente en desuso.
<b>Otras formas de subrogación</b>	Subrogación “social” o “de elección”: ocurre cuando la madre intencional puede pero no quiere experimentar el embarazo y el parto en sí misma.

**Tabla 1.** Clasificación de la subrogación (13,14).

A día de hoy, de acuerdo con un informe de 2008 del Comité de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), solo la subrogación gestacional y altruista es aceptable, pues evita la conexión genética de la descendencia con la subrogada, lo que reduce el riesgo de que la misma se considere la madre legal en muchas jurisdicciones alrededor del mundo que reconocen la maternidad genética, simplificando ciertos conflictos éticos, legales y psicosociales (15).

Debido a las complejidades que presenta la subrogación, el Comité de Ética del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva recomiendan que la subrogación se restrinja a casos en los que el embarazo o su llegada a término es biológicamente imposible o está clínicamente contraindicado representando un riesgo significativo para la madre intencional o para el feto (16).

La atención reproductiva transfronteriza, término acuñado por la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) que incluye la "subrogación transfronteriza", hace referencia a la búsqueda de TRHA fuera del país de residencia. Los que optan por ella pueden hacerlo por acceder a una gama más amplia o más asequible de opciones de terapia reproductiva, por evitar restricciones legales y religiosas en su país de origen o por proteger su privacidad (11,17).

En un intento de disminuir los conflictos potenciales durante el embarazo y tras el parto, el Comité de Ética de la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) defiende que los profesionales de la Ginecología y la Obstetricia deben alentar tanto a las subrogadas como a los padres intencionales a discutir antes de la concepción tantos escenarios previsibles de toma de decisiones como sea posible y a plasmar por escrito los planes para su resolución en lo que se denomina el acuerdo de subrogación (16), en cuya redacción debe participar un equipo experto de proveedores de servicios de salud, consejeros y abogados calificados (ambas partes deben estar representadas por abogados independientes con experiencia en acuerdos de subrogación) (10,16,18). En este aspecto, es importante recordar la primacía del derecho de autonomía de la gestante en la toma de decisiones en cuanto a su cuerpo y su salud en todas las etapas del proceso (15,16,19). No obstante, la ley estatal generalmente rige en qué medida los padres intencionales pueden influir en la actividad y el comportamiento de la gestante(10). Si se produce un desacuerdo, el acuerdo de subrogación debe dirigir la solución y las consecuencias del conflicto (18).

Las preocupaciones éticas se relacionan no solo con la autonomía, sino también con los paradigmas filosóficos y sociales respecto a la dignidad y la mercantilización humana (11,20). Algunos han sugerido que la subrogación trivializa la reproducción y traduce las capacidades reproductivas de una mujer y la descendencia resultante en mercancías, siendo lo cual el motivo por el que comúnmente se hace referencia a ella bajo el término de "maternidad de alquiler" (16,17). No obstante, existe el contraargumento de que aborrecer la subrogación supone caer en el paternalismo (21).

Las restricciones legales de acceso y las protecciones legales disponibles para los participantes implicados varían inmensamente de un país a otro, reflejando valores sociales diferentes, si no contradictorios, que conllevan que la elaboración de un marco internacional cohesionado para este fenómeno global sea un desafío (22).

<b>Países que prohíben la subrogación</b>	Alemania, Italia, Francia, Austria, Suiza, Suecia, China y Japón.
<b>Países que solo permiten la "modalidad altruista"</b>	Canadá, Reino Unido, Australia y Portugal.
<b>Países que también permiten la "modalidad comercial"</b>	India, Tailandia, Rusia, Ucrania, Georgia e Israel.
<b>Países con legislación mixta</b>	Grecia, México y Estados Unidos (en general se permite la subrogación comercial y altruista pero difiere por estados, pues algunos la prohíben).

**Tabla 2.** Regulación legal internacional (23,24).

En España se hace mención a la subrogación en el artículo 10 de la ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (25) y expone que el acuerdo de subrogación es nulo en el ordenamiento jurídico español. Sin embargo, sí está permitida la inscripción en el Registro Civil de la filiación que resulta de un acuerdo de subrogación realizado por españoles en países en los que está legalizada y reconoce a efectos legales la renuncia de filiación de la gestante, según establece la Instrucción de 5 de octubre de 2010, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución (26).

A modo de cierre de la introducción, mencionar que la existencia de mujeres españolas que optan por la subrogación transfronteriza como camino ha-

cia la maternidad es una realidad, pues a pesar de considerarse legalmente nulo cualquier acuerdo de subrogación desarrollado en España, se contempla la inscripción en el Registro Civil de los nacidos por subrogación en países en los que la misma es legal.

Las matronas están formadas para acompañar a las mujeres en la maternidad, abarcando desde el consejo reproductivo, a la atención de la gestación, del parto, del puerperio y del recién nacido. Aunque ya existen matronas que se ocupan del acompañamiento de las madres intencionales españolas, no existen apenas estudios españoles acerca de su experiencia vivencial de maternidad. Por ello y por todo lo anteriormente descrito, investigar la vivencia de las madres intencionales españolas, entendida como una forma más de maternidad, puede ser de interés para el desarrollo tanto de la matronería como de cualquier profesión relacionada con la atención maternal y perinatal. Así, se plantea como objetivo principal del presente estudio realizar una aproximación comprensiva a la experiencia vivencial de las mujeres españolas no gestantes que optan por la subrogación como camino hacia la maternidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Se escogió la investigación cualitativa, caracterizada por explorar los significados del comportamiento humano y el contexto sociocultural de la interacción social. Además, los campos que se querían abarcar eran amplios, no se había hallado ningún estudio español que proporcionase datos estadísticos relacionados con la subrogación y no se buscaba la generalización de los datos a la población general. Se seleccionó como marco teórico la fenomenología interpretativa. La misma busca el conocimiento y el entendimiento de la conducta humana desde la perspectiva y experiencia subjetiva de los sujetos, estudiando el modo en que los mismos construyen la realidad social y cultural, y la inexorable realidad social y cultural que heredan de sus predecesores.

### Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Comunidad de Madrid y la mayoría de las entrevistas se realizaron en el domicilio de las participantes. Se respetaron las preferencias en cuanto a lugar, fecha y hora de las entrevistadas, eligiendo momentos no destinados a otra actividad y en los que se dispusiese del tiempo previsto suficiente.

### Población de estudio

La población de estudio la formaron mujeres españolas no gestantes de cualquier edad que habían optado por la subrogación como camino hacia la maternidad. La saturación del discurso determinó el número de mujeres a participar en el estudio, de modo que se analizaron los datos según fueron recogidos para decidir si era necesario ampliar la muestra. Cuando las participantes adicionales no aportaron más información, se concluyó que el discurso estaba saturado, habiéndose realizado 8 entrevistas. No obstante, se alcanzó un tamaño muestral de 10 mujeres. Se seleccionó la estrategia de muestreo no probabilístico bola de nieve, debido al pequeño tamaño muestral. El acceso a la muestra se realizó a través de una asociación constituida por familias que han recurrido a la subrogación como camino hacia la maternidad o la paternidad, y a través de una agencia española de gestación subrogada internacional, contactando con ambas entidades por correo electrónico. Las primeras mujeres que decidieron participar en el estudio actuaron como facilitadoras de otras participantes, constituyendo así el muestreo en bola de nieve.

### Criterios de inclusión

- Mujeres españolas de cualquier edad que hayan sido madres por gestación subrogada en los últimos 5 años.
- Hijo(s) de edad comprendida entre 1 y 5 años nacido(s) por subrogación.
- Comprensión del castellano oral y escrito.

### Criterios de exclusión

- Pareja estable mujer durante el proceso de subrogación o en el momento de la investigación.
- No participación voluntaria en la investigación y no firma del consentimiento informado.

### Recogida de datos

La recogida de datos se realizó mediante el método conversacional, empleando la entrevista en profundidad de tipo semiestructurada, abierta e individual (ANEXO I). Las entrevistas se desarrollaron presencialmente entre los meses de noviembre de 2019 y enero de 2020 (12 semanas), teniendo una duración de entre 30 y 90 minutos y siendo grabadas consentidamente en formato audio para su posterior transcripción y análisis. Se realizaron las 8 prime-

ras presencialmente y las 2 últimas empleando el programa informático Skype. Además, se tomaron notas de campo, las cuales recogían observaciones, intuiciones, hipótesis o cualquier tipo de información que pudiese resultar relevante para el estudio.

### Variables

- Edad de la mujer.
- Hijos nacidos por subrogación.
- Hijos previos.
- Subrogación gestacional o genética.
- Subrogada conocida o desconocida previamente.
- País de desarrollo del acuerdo de subrogación.
- Pareja estable o no.
- Nivel socioeconómico bajo, medio o alto.

### Análisis de datos

El análisis de los datos se basó en la comprensión e interpretación de los discursos. En primer lugar se transcribió literalmente el material recogido, proceso facilitado por la grabación consentida de las entrevistas. Posteriormente, tras la lectura detenida de dicho material, se procedió a la identificación de unidades de significado y a su codificación en categorías emergentes que surgieron en relación a los objetivos del estudio, en base a las cuales se realizó el análisis propiamente dicho de las diferentes experiencias vivenciales de maternidad.

Hay que destacar que el análisis de los datos se inició durante la realización del trabajo de campo, momento en el que surgieron intuiciones, ciertas hipótesis y aspectos relevantes que emergieron en relación a la pregunta de investigación y que orientaron el propio trabajo de campo.

### Consideraciones éticas

Se respetaron los principios de ética en la investigación mediante la entrega y firma de un consentimiento informado (ANEXO II). El empleo, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustó a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Asimismo, de acuerdo a la vigente Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, los datos se trataron con absoluta confidencialidad.

### Criterios de rigor

En primer lugar, la credibilidad se garantizó atendiendo a las notas de campo que surgieron de la interacción con las entrevistadas durante la investigación y empleando el método de triangulación en la recogida de datos al tomarse en cuenta las observaciones realizadas por un psicólogo clínico para determinar la congruencia de los resultados. En segundo lugar, la auditabilidad o confirmabilidad se alcanzó mediante la grabación en formato audio de las entrevistas, describiendo las características de las entrevistadas y su proceso de selección, y analizando la transcripción literal de las entrevistas. En tercer lugar y por último, la transferibilidad o aplicabilidad se logró igualmente describiendo las características de las entrevistadas e indicando lo típico de las respuestas de las mismas.

### RESULTADOS

Se alcanzó un tamaño muestral de 10 mujeres con un rango de edad entre 37 y 49 años y un nivel socioeconómico medio-alto. Todas tenían pareja estable varón en el momento de la entrevista, excepto una de ellas que era madre soltera. Todas habían realizado subrogación gestacional y no tradicional, 7 habían optado por donación de ovocitos y ninguna conocía ni a la donante de óvulos ni a la gestante previamente. Estados Unidos fue elegido por 3 mujeres, Ucrania por 6 y Georgia por una. El rango de edad de los hijos fue de 1 a 4 años.

Las categorías emergentes, temas y subtemas se han esquematizado en el ANEXO III y se describen a continuación, habiéndose identificado a cada participante mediante la asignación de un número. Los términos "muchas" o "la mayoría" se emplean aquí para referirse a respuestas de más de la mitad de la muestra y el término "algunas" se refiere a respuestas de menos de la mitad de la misma.

### Motivos para optar por la subrogación

#### • El duelo de la incapacidad de gestar

La mayoría de las mujeres tenían una larga historia, de 7 años de media, de TRHA fallidas y algunas tenían o habían tenido una patología específica que directamente les imposibilitaba la gestación. La mayoría de ellas refirieron que había resultado "duro" enfrentarse a la incapacidad de gestar:



*Yo veía una embarazada y me echaba a llorar en mitad de la calle. (...) Y me culpaba mucho. Yo... Odiaba, estaba enfadada con mi útero (...). Me preguntaba mil veces por qué... Me parecía injusto... (P2)*

- **La típica pregunta: ¿por qué no adoptar?**

La mayoría de las mujeres descartaron la adopción internacional pero iniciaron los trámites de adopción nacional y en el momento de la entrevista seguían en las listas de espera. Los principales motivos para descartar la adopción internacional se centraban en que parecía muy complicado conseguirla y en que las mujeres no se sentían capaces o no estaban dispuestas a adoptar un niño con afecciones de salud o que había tenido ciertas carencias en el desarrollo socio-afectivo desde su nacimiento hasta el momento de la adopción:

*Dicen que desde los 0 a los 3 años se forma el cerebro emocional. (...) Para mí eso sí que era, increíblemente importante. (...) Porque, en una adopción si te dan un hijo con 3 años la mochila que lleva... Cómo lidiar con eso es muchísimo más complicado. (P5)*

A pesar de haber iniciado los trámites de adopción nacional, optaron por la subrogación debido a su pronta consecución en comparación con el proceso de adopción y a la posibilidad de tener a su hijo desde el nacimiento, evitando pasar también por el duelo de perderse sus primeros momentos.

## Conceptos de maternidad

Se han extraído casi las mismas concepciones de maternidad que mujeres entrevistadas, exponiéndose a continuación:

- **Maternidad y mujer.**

*En nuestra sociedad, maternidad y mujer van de la mano. Nos lo inculcan. Como mujer lo máspreciado que puedes hacer, es ser madre. (...) Entonces, si tú no puedes hacer lo único para lo que genéticamente eres diferente (...), entonces, como mujer no vales. (...) Y pienso que la sociedad se equivoca mucho porque además, el papel de madre no está asociado a una mujer. (P2)*

- **Maternidad gestacional y/o genética.**

*O sea, tu miedo es que: si yo no lo gesto y yo no pongo la carga genética, ¿qué leches soy yo? (...); si yo no estoy haciendo nada, ¿dónde quedo?; ¿me va a reconocer mi hijo como madre? Luego te das cuenta de que es una chorrada. Y te das cuenta de que la genética es una chorrada. (P2)*

- **Maternidad como cuidado y amor.**

*Para mí la maternidad es estar cada día, o sea, día a día en la vida de mis hijas, cuidarlas, eh... Quererlas, estar presente cuando están malitas, para jugar, eh... Para mí ser madre va mucho más allá de... De gestar o de... O de aportar material genético. (P4)*

- **Maternidad como proyecto de pareja.**

*Pues estás a gusto con una persona, estás vi-viendo a gusto, mmm... Y... Llegas un momento en la vida que parece que necesitas algo más, ¿no? (...) Es que quieres tener familia. Es que a nosotros nos salió así. Y yo creo que te sale con la persona con la que piensas que... Que puedes compartir tu vida. (P9)*

- **Maternidad injusta.**

*Pero yo decía: joe, con todas las mujeres que hay que no tienen deseo maternal, ¿por qué a mí me ha tocado esto?, que yo sí lo tengo. (...) Como que la vida no es nada justa. (P5)*

- **Maternidad tardía.**

*Lo único que hay, es que querer; (...); pero lo tienes que querer con sentimiento, con ganas; (...); ¿no es la edad ideal? Claro que no, (...). Bueno, ¿pues que vamos un poco a destiempo? Claro que sí, (...). Pero nuestra vida, la vida de (nombre de la pareja) y mía en común, empezó tardía y tiene que continuar tardía, ¿sabes? O sea, no ha habido forma de ponernos al día y entonces es así. (P1)*

- **Maternidad como instinto: el "instinto maternal".**

*(...) yo recuerdo el querer ser madre, el deseo de ser madre, desde que tengo uso de razón; 8 años, 6 años... No sé. O sea... Siempre ha sido algo en mi vida que estaba ahí. (P2)*

*(...) yo creo que esto es algo instintivo porque tengo una hermana que es un poquito mayor que yo que... Nos hemos criado con la misma familia en el mismo entorno, y nunca tuvo ese instinto tan grande como lo tengo yo. (P7)*

- **Maternidad diferente.**

*Pasas de tener una concepción de la maternidad como algo ideal, que es la versión digamos entre comillas natural, a tener una concepción, (...) diferente y más abierta, porque, a lo largo del proceso también conoces, por ejemplo, eh... Parejas homosexuales, gays o... Monoparentales, (...). Bueno aparte, que también conoces muchísima gente,*

*muchísimas mujeres, muchísimas familias, que han recurrido a reproducción asistida. (P6)*

### Vivencia del embarazo

- **“Como si fuese yo misma” vs “como si fuese un hombre”.**

Se han diferenciado dos posturas opuestas. Algunas mujeres refirieron que habían vivido el embarazo como si fuese suyo, expresando que incluso habían llegado a percibir sensaciones o cambios físicos además de psicológicos:

*Pues como si fuera yo misma. (...) Yo creo que hasta engordé, ay. (...) Pues es que creo que hasta el pecho me crecía (risas). (...) De alguna manera como que te preparas psicológicamente para recoger a ese niño, ¿no? (P7)*

Otras mujeres comparaban su vivencia a la que podían tener los hombres, experimentando el embarazo desde la distancia:

*(...) podría ser equiparable a la sensación que pudiera tener un hombre, ¿no? O sea los hombres, (...) tienen que respetar a la mujer, tienen que atenderla, tienen que cuidarla, tienen que estar disponibles, ¿no? Pero, no sienten... Lo que es tener un bebé dentro. O sea hay una serie de sensaciones que... Es difícil empatizar. (P5)*

- **Miedos y preocupaciones.**

La mayoría de las mujeres refirieron haber experimentado los miedos y preocupaciones que experimenta cualquier mujer embarazada. Además de las preocupaciones típicas, se repetía en los discursos la carga de una doble responsabilidad, que implicaba ya no solo la preocupación por el hijo, sino también por el bienestar de la gestante:

*O sea, yo estaba preocupada por ella. (...) Quería que ella estuviera bien y que su familia estuviera bien. (P6)*

Igualmente, a los miedos típicos se sumaba en todas las entrevistas el miedo de no llegar al nacimiento y algunas de las participantes añadían un miedo económico:

*Entonces, sí que me angustiaba mucho el no estar. (...) O sea, era una obsesión. Decía: yo tengo que estar, o sea, cuando vaya a nacer tengo que estar. (P3)*

- **(Des)Confianza ciega.**

La mayoría de las mujeres destacaban la sensación de pérdida de control sobre el embarazo, lo

cual las había obligado a confiar en el buen hacer de la gestante para sobrellevarlo lo mejor posible:

*Y como es un embarazo que tú no controlas... (...) Como es un embarazo que no lo vives tú, que no lo llevas tú, pues genera mucha tensión, ¿no? (...) todo es por referencias y por impresiones. Y porque tú confías en esas personas. (P9)*

- **Envidia.**

La mayoría de las mujeres refirieron que, durante el proceso de subrogación, no habían sentido envidia de la gestante por poder llevar a término el embarazo:

*Lo tenía tan asumido, (...) Y yo decía: bueno pues la parte buena de la historia es que no tengo que parir. (...) Como que me he quedado con lo bueno solo, y me he olvidado de lo malo. (P7)*

No obstante, algunas de las entrevistadas sí reconocieron ese sentimiento:

*Lo vivía casi con envidia (...) Dices: joer, qué suerte que (nombre de la gestante) puede tenerlo. Cuando a lo mejor te contaba con ilusión: se mueve un montón, tal. (P3)*

### Vivencia del nacimiento

- **“Cocktail” de sensaciones, emociones y sentimientos.**

Todas las mujeres que presenciaron el nacimiento expresaron múltiples sensaciones, emociones y sentimientos, tanto positivos como negativos, que incluían desde nerviosismo, miedo, soledad y dolor físico, hasta tranquilidad, empatía, emoción y felicidad:

*(...) me dolía a mí también. Me dolían las entrañas. Como a ella. O sea es muy fuerte, muy empático. (...) el momento más feliz de todos vamos. (P9)*

- **Complicidad entre dos mujeres.**

La mayoría de las mujeres manifestaban explícita o implícitamente en su discurso que habían sentido una gran complicidad con la gestante en el momento del nacimiento:

*Gritaba mi nombre, al mismo tiempo con las contracciones (...), yo fui con ella, le daba la mano (...). Es un momento de complicidad entre 2 mujeres, muy grande, que nadie lo puede entender. (...) Es, es un momento de: tú no lo puedes hacer pero, yo lo hago por ti. (P9)*

- **Primer contacto con el recién nacido.**

- **Amor a primera vista**

La mayoría de las mujeres refirieron haber sentido un vínculo inmediato con su bebé:

*Mira, yo lo he vivido como si lo hubiera parido. (...) O sea fue ponerme a ese niño en brazos y... (...) El vínculo y el apego hacia ese niño (...) tan deseado, no te lo quita nadie. (P9)*

- **Vínculo progresivo**

Únicamente una de las mujeres negó ese amor a primera vista, explicando que el vínculo con sus bebés se fue desarrollando con el tiempo:

*Yo no fui consciente de... De ningún vínculo, de ser madre (...). El día cero, digamos eran desconocidos. (...) que íbamos a cuidar y que todo y más, pero al principio no... (...) Entonces con el tiempo, yo creo que hemos construido ese vínculo. (P6)*

## Vivencia después del nacimiento

- **Miedos y preocupaciones.**

La mayoría de las mujeres refirieron haber experimentado los miedos y preocupaciones que experimenta cualquier madre primeriza, pero además añadían que la madurez que acompañaba a su edad las había ayudado a afrontarlos y sobrellevarlos:

*¿Miedos? Todos (...). Pero que no cundiera el pánico, también es verdad. La edad hace también su cosita (...). Observando todo momento, pues lo típico: ¿están respirando?; ay que no se despierta; (...). (P1)*

Asimismo, algunas de las mujeres hicieron hincapié en que, al igual que durante el embarazo, después del nacimiento una de sus mayores preocupaciones era que la gestante estuviese bien:

*(...) toda mi obsesión es que a ella no le pasara nada, porque la sensación de... De que la mujer que me estaba ayudando a mí a ser madre dejara sin madre a sus hijas era algo que me... Me aterrorizaba. (P4)*

- **Soledad positiva vs soledad negativa.**

El discurso general de las mujeres exponía que se había despertado en ellas un sentimiento de soledad en las semanas que habían pasado en el país de la gestante después del nacimiento. No obstante, había supuesto para ellas una duali-

dad, al calificarlo al mismo tiempo tanto positiva como negativamente:

*Y no tenía a... A una amiga... A mi madre... A alguien al lado al que decirle: mamá vente, que voy a bañar al bebé y me da mucho miedo. (P2)*

*Estuvimos un mes sin visitas, sin molestias, sin nadie que me diga cómo tengo que cuidar a mi bebé... (...) Nos permitió conocernos, conocernos como familia. (P2)*

- **Lactancia materna.**

La mayoría de las mujeres descartaron la inducción de la lactancia por considerar que era demasiado costosa y difícil de compatibilizar laboralmente, por no querer someterse a una terapia farmacológica y/o influenciadas por el consejo de profesionales de la salud. Únicamente algunas se propusieron intentarlo para favorecer el desarrollo del vínculo materno-filial y finalmente solo una lo consiguió:

*La tercera ginecóloga ya me dijo que sí. Pero es que, vamos, que se lo di yo el protocolo. (...) A mí no me salió mucha producción nunca. (...) Pero el pecho y la lactancia, ha generado como... Para ella tranquilidad, y para mí eso ya ha merecido la pena. (P5)*

- **Impacto en la relación de pareja.**

Fue una constante la expresión del deterioro de la vida sexual de la pareja, relacionado tanto con la falta de tiempo como con la falta de intimidad, generalmente debida a la presencia de los abuelos en el domicilio de las familias, puesto que al no disponer de baja maternal desde un principio, recurrían a ellos para conciliar la crianza con la vida laboral. Muchas mujeres también refirieron que el proceso de subrogación en sí mismo había afectado negativamente a la relación de pareja:

*Antes de tener al niño, tuvimos una crisis muy importante. Creo que a muchas parejas les pasa porque... Es tanta la tensión que se vive, eh... (P9)*

## Papel de los profesionales de la salud en España

- **Matrona invisible.**

Solamente algunas mujeres habían recibido el apoyo regular de una matrona durante el proceso de subrogación y ninguna de ellas porque lo hubiese buscado activamente. Cuando se preguntaba por el apoyo de los profesionales de la salud en España, la mayoría de las mujeres hacían referencia al pediatra:



*Bueno es que no sabía que eso pudiera, o sea, que yo pudiese haber recurrido a una matrona o a nadie que me informase de eso. (P6)*

- **Grupos de educación maternal.**

Algunas mujeres asistieron a distintas sesiones de un grupo de educación maternal interesadas primeramente en el aprendizaje acerca de los cuidados del recién nacido y secundariamente en el proceso del parto:

*Y entonces allí estaban todas embarazadas y yo. (...) a mí me sirvieron mucho porque... Yo decía: joo, que me van a dar un bebé... (...) Yo no sentí que nos tenía en cuenta pero tampoco me importó, porque yo quería saber también cómo era el parto. (P5)*

- **Otras fuentes de información.**

La mayoría de las mujeres recurrió a fuentes de información informales (internet, entorno social, etc.) más que a profesionales de la salud:

*(...) buscando bastante información por internet y en libros (...). Lo más científica posible, y... Lejos de los tópicos. (...) Durante el proceso te encuentras con tantas trabas, administrativas, legales, de prejuicios y tal, que al final decides, eh... Pasar del sistema e ir por libre. (P6)*

## DISCUSIÓN

Iniciando la discusión por los motivos para optar por la subrogación, los hallazgos concuerdan con la bibliografía consultada. Así, las mujeres exponen que después de haberse planteado y luchado primeramente por otras opciones, la gestación subrogada supone la última opción factible para cumplir su deseo de maternidad. Sin embargo, en cuanto a los motivos por los que se rechaza la adopción, hay diferencias en comparación con otros estudios que apoyan que quienes eligieron la subrogación lo hicieron en busca de una vinculación genética con su descendencia (27–30), cuya relevancia se descarta en el presente estudio al negarla o no mencionarla la mayoría de las participantes, tal y como sucede en el estudio de Golombok (31).

La idea de maternidad como imperativo social, como único fin y como único modo de realización de las mujeres, se ha puesto de manifiesto repetidamente, significando para algunas de las participantes un golpe a su autoestima y ocasionando en ellas un sentimiento de injusticia y culpabilidad, lo cual las ha conducido a ocultar su incapacidad de gestar y a alimentar ellas mismas el tabú social de la infertilidad.

Al mismo tiempo, se ha manifestado la idea de maternidad como maternaje, lo cual implica la crianza e incluye la paternidad y modelos familiares como las familias monoparentales, homoparentales o de acogida, que difieren del concepto de familia tradicional constituida por madre, padre e hijo(s). Ambas ideas han coexistido en las mujeres y, para algunas de ellas, ha sido el proceso de subrogación lo que ha motivado la predominancia de la segunda sobre la primera.

En cuanto al origen del deseo maternal, teniendo en cuenta los discursos puede parecer que el mismo tiene una influencia sociocultural y, simultáneamente, un componente innato, apareciendo la idea del instinto maternal. Ahora bien, se sugiere que esa idea del instinto maternal es igualmente inculcada por la sociedad y la cultura, quizás inconscientemente a partir de la idea del instinto sexual o de reproducción, defendida en la teoría de los instintos de Freud y apoyada por algunas teorías biologicistas (32).

Atendiendo a la vivencia del embarazo, ha destacado la influencia de la racionalidad versus la emocionalidad de las madres intencionales. Las que asemejan su vivencia del embarazo con la que tienen los hombres, se muestran más racionales y pragmáticas que aquellas que refieren haber vivido el embarazo como si fuese suyo asegurando haber percibido sensaciones o cambios físicos, las cuales parecen dejarse llevar más por su emocionalidad e intuición. No obstante, esas sensaciones o cambios físicos también pueden ser comparables a lo que vivencian algunos hombres si se atiende al "síndrome de la couvade" que describe Brennan (33).

Los miedos y preocupaciones de la mayoría de las participantes coinciden con los que señala cualquier mujer embarazada, entre ellos el miedo a que no salga todo bien y la preocupación por el desempeño de su papel de madre (34), posiblemente intensificados por el hecho de no gestar.

Las participantes refirieron mayoritariamente que no habían sentido envidia de la gestante por poder llevar a término el embarazo, apoyándose en que habían focalizado su atención únicamente en el disfrute de los aspectos positivos. Sin embargo, con esa explicación indirectamente aceptaban la existencia de aspectos negativos en torno al hecho de no haber podido gestar, los cuales parecían quedar anulados por la satisfacción emocional que causaba el cumplimiento de su deseo de maternidad. Todo ello, sumado a que en sus discursos se detecta repetidamente que en algún momento del proceso de subrogación resurgió el dolor emanado de su infertilidad, permite sugerir que la envidia puede consistir

en un sentimiento generalizado aunque no reconocido en la mayoría de ellas al verse compensado por otros sentimientos positivos.

La vivencia del nacimiento que experimentan las madres intencionales que pueden presenciarlo no ha sido estudiada en la bibliografía consultada, pero parece similar a la vivencia que experimentan los padres cuando presencian el nacimiento de sus hijos, descrita en otras investigaciones en las que se detallan multitud de sensaciones, emociones y sentimientos, siendo los mismos incluso contradictorios e incluyendo la complicidad con la gestante que se ha señalado en el presente estudio (35,36).

Multitud de investigaciones exponen que el vínculo materno-filial tiene su origen en la etapa prenatal (37). Por ello algunos investigadores plantean la hipótesis de que conociendo la calidad del vínculo materno-fetal, es posible predecir la calidad de la vinculación en los primeros momentos tras el nacimiento (38). Así, parece esperable que la mayoría de las madres intencionales experimenten una vinculación progresiva. Sin embargo, se ha evidenciado una postura mayoritaria que asegura un amor a primera vista por el recién nacido y otra defendida únicamente por una participante que afirma el desarrollo progresivo del vínculo. Los hallazgos coinciden con los de un estudio similar (27) y con lo descrito en las madres que dan a luz: según Klaus y Kennell (39), la mayoría de las madres se enamoran de su bebé desde el minuto cero, algunas experimentan una vinculación progresiva y la minoría tienen dificultades en el establecimiento del vínculo. Se sugiere entonces que en las madres intencionales puede jugar un papel importante la intensa carga psico-afectiva acumulada por la dolorosa historia de infertilidad, la larga espera de ese momento, las representaciones mentales del hijo y el gran deseo maternal a priori inalcanzable pero finalmente cumplido, todo lo cual puede idealizar ese mencionado primer contacto y parece coherente según lo defendido por autores como Doan y Zimerman (40).

La vivencia después del nacimiento tampoco ha sido estudiada en la bibliografía consultada. Al igual que sucedía en el embarazo, para describir los miedos y preocupaciones las participantes los comparan con los que experimentan en el posparto las madres primerizas que dan a luz. A ello vuelven a añadir la preocupación por el bienestar de la gestante, tal y como lo hicieron la mayoría de las entrevistadas en el estudio griego (27).

La lactancia natural se ha empleado durante siglos en todas las culturas, apareciendo no únicamente la madre biológica como mujer lactante, sino

también otras figuras fundamentales para la alimentación de los bebés, como las amas de cría. Coherentemente con ello, la mayoría de las participantes se plantearon la inducción de la lactancia a pesar de lo cual únicamente una de ellas lo logró. Atendiendo a algunos de los testimonios, los profesionales de la salud han tenido una influencia notable en que las madres intencionales no siguiesen adelante con su planteamiento, al parecer demostrando el desconocimiento en cuanto a los métodos de inducción de la lactancia y cargándola de connotaciones negativas. La información aportada por la mujer que lo consiguió afirma que puede resultar muy positiva, no siendo fácil pero tampoco tan costosa como piensan generalmente las madres intencionales y como insinúan los profesionales de la salud, coincidiendo con lo aportado en el estudio de Farhadi y Philip (41).

Las mujeres han hecho referencia a la soledad reiteradamente desde el punto de vista de la falta de apoyo de los profesionales de salud en España. La mayoría de las participantes buscaban principalmente el apoyo de un pediatra, relegando a un segundo plano la atención a su papel de madre e invisibilizando, entre otros profesionales de la salud, a la matrona. Se puede pensar que el hecho de no gestar y no dar a luz no despierta la necesidad de esa atención, sin embargo, al profundizar en ello en las entrevistas, muchas mujeres expresaban que les hubiese gustado recibir más atención en ese sentido e incluso la reclamaban. Lo que parecen sugerir los discursos entonces es el miedo a la opinión social, en concreto a la opinión de los profesionales de la salud, y a las posibles barreras que el sistema sanitario pudiese interponer a su atención por la situación que ocupa la gestación subrogada en la ley española. Parece que es por todo ello por lo que la mayoría de las mujeres paliar esa carencia de atención recurriendo a otras fuentes de información o, en ocasiones, desinformación, y transforman a sus familiares, amigos y/o a otras madres por gestación subrogada en sus agentes de salud, tal y como describe un estudio australiano (42).

A modo de cierre de la discusión, mencionar entre las limitaciones la ausencia de investigaciones similares españolas desarrolladas en el mismo contexto sociocultural, lo cual ha conllevado la comparación de los resultados del presente estudio con los de investigaciones de otros países con diferente regulación legal. Por ello, se proponen como futuras líneas de investigación más estudios tanto de tipo cualitativo como cuantitativo sobre cualquier aspecto relacionado con la maternidad o paternidad por subrogación.

Como conclusión, podemos afirmar que a pesar de haberse demostrado que el proceso de subrogación se

asemeja a una montaña rusa en cuanto a que se acompaña de tantos aspectos positivos como negativos, todas las participantes se mostraban satisfechas con su experiencia vivencial de maternidad. Así, defendían que si se realiza con una regulación legal estricta, la subrogación es un proceso plenamente recomendable.

No obstante, se hace patente la carencia y necesidad de atención maternal, al demandarla las entrevistadas directa o indirectamente en los discursos, pues a pesar de que es una realidad que las mismas no gestan y no dan a luz, igualmente lo es su condición de madres. Los profesionales especialistas en Obstetricia y concretamente las matronas disfrutaban de una posición única y privilegiada para ofrecer dicha atención maternal, ya que la misma no se dirige únicamente al seguimiento del embarazo y a la preparación al parto, sino también a la crianza y, en definitiva, a la maternidad en todo su contexto.

## BIBLIOGRAFÍA

- Moore HL. Antropología y feminismo. Madrid: Cátedra; 2009.
- Abajo-Llama S, Bermant C, Cuadrada-Majó C, Galaman C, Soto-Bermant L. Ser madre hoy: abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género. *Musas*. 2016;1(2):20-34.
- Badinter E. ¿Existe el instinto maternal?: historia del amor maternal, siglos XVII a XX. Barcelona: Paidós; 1991.
- Hays S. Las contradicciones culturales de la maternidad. Barcelona: Paidós; 1998.
- Blázquez Rodríguez M, Montes Muñoz MJ. Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegi Rev Antropol Soc*. 2010;(14):81-92.
- Montes MJ. Las culturas del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Universidad Rovira i Virgili de Tarragona; 2007.
- Fernández Carrasco FJ, Gómez Losada P, Aguilera Pedrosa MD. Enfermería de la Mujer y de la Familia. Parte 2. En: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, editor. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Madrid; 2015.
- Dyer S, Mokoena N, Maritz J, van der Spuy Z. Motives for parenthood among couples attending a level 3 infertility clinic in the public health sector in South Africa. *Hum Reprod*. 2008;23:353-7.
- Langdridge D, Sheeran P, Connolly K. Understanding the reasons for parenthood. *J Reprod Infant Psychol*. 2005;23:121-33.
- Anchan R, Ginsburg E. Gestational carrier pregnancy [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 25 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/surrogate-pregnancy?search=gestacion subrogada&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/surrogate-pregnancy?search=gestacion%20subrogada&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).
- Deonandan R, Green S, van Bienum A. Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism. *J Med Ethics*. 2012;38:742-5.
- Goldfarb J. Gestational carrier outcomes in the US: the SART experience. *Hum Reprod*. 2010;25(1):i97-8.
- Carone N, Baiocco R, Linguardi V. Italian gay fathers' experiences of transnational surrogacy and their relationship with the surrogate pre- and post-birth [Internet]. Vol. 34, *Reproductive BioMedicine Online*. Elsevier Ltd; 2017. p. 181-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2016.10.010>.
- Jadva V. Surrogacy: issues, concerns and complexities. En: Golombok S, Scott R, Appleby JB, Richards M, Wilkinson S, editores. *Regulating Reproductive Donation*. Cambridge: Cambridge University Press; 2016. p. 126-39.
- FIGO Committee for Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. FIGO Committee Report: Surrogacy. *Int J Gynecol Obstet*. 2008;102(3):312-3.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 660: Family Building Through Gestational Surrogacy. *Obstet Gynecol*. 2016;127(3):e97-103.
- Söderström-Anttila V, Wennerholm U-B, Loft A, Pinborg A, Aittomäki K, Romundstad LB, et al. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2016;22(2):260-76.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Consideration of the gestational carrier: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2013;99(7):1838-41.
- Dar S, Lazer T, Swanson S, Silverman J, Wasser C, Moskovtsev SI, et al. Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issues: experience from a large surrogacy program. *Hum Reprod*. 2015;30(2):345-52.

20. Pande A. Transnational commercial surrogacy in India: gifts for global sisters? [Internet]. Vol. 23, Reproductive BioMedicine Online. 2011. p. 618-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2011.07.007%0A>.
21. Burrell C, Edozien LC. Surrogacy in modern obstetric practice. Semin Fetal Neonatal Med. 2014;19(5):272-8.
22. Crockin SL. Growing families in a shrinking world: legal and ethical challenges in cross-border surrogacy [Internet]. Vol. 27, Reproductive BioMedicine Online. Reproductive Healthcare Ltd.; 2013. p. 733-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.006>.
23. Lamm E. Gestación por sustitución. Realidad y Derecho. InDret. 2012;49.
24. Guerra-Palmero MJ. Contra la llamada gestación subrogada. Derechos humanos y justicia global versus bioética neoliberal. Gac Sanit [Internet]. 2017;31(6):535-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.009>.
25. Jefatura del Estado. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. 2015 p. 1-18.
26. Ministerio de Justicia. Instrucción de 5 de octubre de 2010, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución. 2010.
27. Papaligoura Z, Papadatou D, Bellali T. Surrogacy: The experience of Greek commissioning women. Women and Birth. 2015;28(4):e110-8.
28. van den Akker O. A longitudinal pre-pregnancy to post-delivery comparison of genetic and gestational surrogate and intended mothers: confidence and genealogy. J Psychosom Obstet Gynecol. 2005;26:277-84.
29. Kleinpeter C. Surrogacy: the parents' story. Psychol Rep. 2002;91:135-45.
30. Ragone H. Chasing the blood ties: surrogate mothers, adoptive mothers and fathers. Am Ethnol. 1994;2:352-65.
31. Golombok S, Murray C, Brinsden P, Abdalla H. Social versus biological parenting: Family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. J Child Psychol Psychiatry. 1999;40:519-27.
32. Moreno Naranjo L. La Teoría Evolutiva de los Instintos y sus Implicaciones en la Investigación Moderna. Laberinto. 2015;15(2):40-2.
33. Brennan A, Ayers S, Ahmed H, Marshall-Lucette S. A critical review of the Couvade syndrome: the pregnant male. J Reprod Infant Psychol. 2007;25:173-89.
34. Lobel M, Dunkel Schetter C. Pregnancy and Prenatal Stress. En: Encyclopedia of Mental Health. Elsevier; 2016. p. 318-29.
35. Johansson M, Fenwick J, Premberg A. A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. Midwifery. 2015;31(1):9-18.
36. Longworth M, Furber C, Kirk S. A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. Midwifery. 2015;31(9):844-57.
37. Rubin R. Attainment of the maternal role: part I. Processes. Nurs Res. 1967;16:237-45.
38. Condon J, Dunn D. Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988;27:293-9.
39. Klaus M, Kennell J. Maternal-Infant Bonding: The effect of early separation or loss on family development. J Midwifery Women's Heal. 1976;22(2):16-7.
40. Doan H, Zimerman A. Prenatal attachment: A developmental model. Int J Prenat Perinat Psychol Med. 2008;20:20-8.
41. Farhadi R, Philip RK. Induction of Lactation in the Biological Mother After Gestational Surrogacy of Twins: A Novel Approach and Review of Literature. Breastfeed Med. 2017;12(6):373-6.
42. Hammarberg K, Stafford-Bell M, Everingham S. Intended parents' motivations and information and support needs when seeking extraterritorial compensated surrogacy [Internet]. Vol. 31, Reproductive BioMedicine Online. Reproductive Healthcare Ltd.; 2015. p. 689-96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.08.008>.

## AGRADECIMIENTOS

Merecen una especial mención y agradecimiento las mujeres participantes en el estudio; M<sup>a</sup> Nieves Moro y Margarita Medina, enfermeras de la Unidad de Investigación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Esteban Carrasco, psicólogo clínico; y María Cantos, matrona.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1.**

#### **Guion de la entrevista.**

Debido a que se querían abordar un conjunto de temas, se empleó la entrevista semiestructurada, elaborando una guía temática mediante la cual la entrevistadora motivó a las participantes a expresarse con total libertad sobre cada uno de los temas en los que la respuesta a la pregunta de investigación podía tener cabida:

- ¿Qué te llevó a optar por la subrogación? ¿Recurriste a otras opciones previamente? ¿Durante cuánto tiempo?
- ¿Qué piensas de la maternidad?
- ¿Cómo viviste el embarazo?
- ¿Cómo viviste el parto? ¿Surgieron dudas a alguna de las partes implicadas respecto a la entrega del recién nacido?
- ¿Cómo viviste el posparto y el regreso a España? ¿Te planteaste o has optado por la inducción de la lactancia materna?
- ¿Qué impacto ha tenido el proceso en las relaciones familiares? Y en el caso de mujeres con pareja estable, ¿qué impacto ha tenido el proceso en la relación de pareja?
- ¿Qué papel han tenido los profesionales de la salud españoles y, en concreto, las matronas durante el proceso?
- ¿Recomendarías la subrogación a otras mujeres?

Como el guion de la entrevista suponía cierto grado de conocimiento sobre las participantes del estudio, dicho guion se revisó y amplió a medida que se realizaron las entrevistas, pues el conocimiento se fue enriqueciendo.



## **Anexo 2.**

### **HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Experiencia vivencial de mujeres españolas que optan por la subrogación como camino hacia la maternidad

**INVESTIGADORA PRINCIPAL:** Raquel Desirée Fernández López-Mingo

**TELÉFONO DE CONTACTO:** 657 420 198

**CENTRO DE REFERENCIA:** Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón

#### **INTRODUCCIÓN**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El mismo ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Nuestra intención es que usted reciba la información adecuada y suficiente para que pueda juzgar si desea o no participar en el estudio. Para ello, puede usted leer esta hoja informativa y si tras ello le surgen dudas o preguntas podremos aclarárselas. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Debe saber que su participación en el estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su postura y retirar el consentimiento informado en cualquier momento, sin que ello suponga ninguna consecuencia para usted.

#### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

El objetivo general del estudio es: realizar una aproximación comprensiva a la experiencia vivencial de las mujeres españolas no gestantes que optan por la subrogación como camino hacia la maternidad.

#### **PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO**

Se desarrollará una entrevista en el contexto habitual de las participantes, a ser posible en su domicilio.

Se realizará la misma a mujeres españolas de cualquier edad, que tengan hijos de edad comprendida entre 1 y 5 años nacidos por subrogación gestacional o genética, que tengan comprensión del español oral y escrito, estén exentas de discapacidad mental y acepten el presente Consentimiento Informado.

Para poder analizar las aportaciones se grabarán las entrevistas y tras su transcripción serán borradas. Se mantendrá rigurosamente el anonimato en la elaboración de los informes.

## **BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

Es posible que no obtenga ningún beneficio directo del estudio. Del mismo modo, no se deriva ningún riesgo de su participación en él.

## **CONFIDENCIALIDAD**

El empleo, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

De acuerdo a lo que establece dicha legislación, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Asimismo, de acuerdo a la vigente Ley 14/2007, sus datos se tratarán con absoluta confidencialidad, de manera que será imposible asociarle a usted con los resultados del estudio. El acceso a su información personal quedará restringido al enfermero del estudio/colaboradores, a las autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y al personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Además, por la aplicación de la nueva legislación en la Unión Europea sobre datos personales, en concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), usted también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado o retirar el consentimiento informado sobre el uso de sus datos. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar aunque deje de participar en el estudio para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales. El investigador principal conservará los datos recogidos para el estudio al menos durante 5 años tras su finalización.

**Investigadora principal:** Raquel Desirée Fernández López-Mingo

**Correo electrónico:** raquelfm@hotmail.es

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Experiencia vivencial de mujeres españolas que optan por la subrogación como camino hacia la maternidad.

**INVESTIGADORA PRINCIPAL:** Raquel Desirée Fernández López-Mingo

**CENTRO DE REFERENCIA:** Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón

Para poder conocer la experiencia vivencial de las mujeres españolas no gestantes que optan por la subrogación como camino hacia la maternidad se han seleccionado mujeres españolas de cualquier edad, que tengan hijos de edad comprendida entre 1 y 5 años nacidos por subrogación gestacional o genética, para su participación en entrevistas.

Las entrevistas no se extenderán más de 2 horas y serán grabadas para su posterior transcripción y análisis. Por ello, es necesario el consentimiento informado de las entrevistadas. Las grabaciones serán posteriormente eliminadas y se mantendrá el anonimato en la elaboración de los informes.

**Yo** (nombre y apellidos) .....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre la entrevista
- He recibido suficiente información sobre la entrevista
- He hablado con Raquel Desirée Fernández López-Mingo
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Comprendo que puedo abandonar mi participación:
- Cuando quiera
- Sin tener que justificarlo
- Sin que ello repercuta sobre mi trabajo

Por consiguiente:

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento informado para el acceso y empleo de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja informativa.

Firma del participante:

Firma:

Fecha:

Fecha:

En caso de revocación del consentimiento informado:

Firma:

Fecha:

### Anexo 3.

CATEGORÍAS	TEMAS		
<b>Motivos para optar por la subrogación</b>	El duelo de la incapacidad de gestar		
	La típica pregunta: ¿por qué no adoptar?		
<b>Conceptos de maternidad</b>	Maternidad y mujer		
	Maternidad gestacional y/o genética		
	Maternidad como cuidado y amor		
	Maternidad como proyecto de pareja		
	Maternidad injusta		
	Maternidad tardía		
	Maternidad como instinto: el "instinto maternal"		
	Maternidad diferente		
<b>Vivencia del embarazo</b>	"Como si fuese yo misma" vs "como si fuese un hombre"		
	Miedos y preocupaciones		
	(Des)Confianza ciega		
	Envidia		
<b>Vivencia del nacimiento</b>	"Cocktail" de sensaciones, emociones, sentimientos		
	Complicidad entre dos mujeres		
	Primer contacto con el recién nacido	Amor a primera vista	<b>SUBTEMAS</b>
	Vínculo progresivo		
<b>Vivencia después del nacimiento</b>	Miedos y preocupaciones		
	Soledad positiva vs soledad negativa		
	Lactancia materna		
	Impacto en la relación de pareja		
<b>Papel de los profesionales de la salud en España</b>	Matrona invisible		
	Grupos de educación maternal		
	Otras fuentes de información		