



*“Percepciones sociales de las profesionales matronas del área privada,  
respecto a la incorporación de sus pares al campo laboral de la  
Fertilización Asistida”*

**Seminario de Tesis de Pre-Grado para optar al Título de:**  
Licenciado en Obstetricia y Puericultura

**Seminaristas**

Paola Chiguay Pinto  
Bárbara Guzmán Ramírez  
Kattyana Muñoz Rapu  
Jeannette Rebolledo Rubio  
Michely Salles Somarriva  
Consuelo Villanueva Oyaneder

**Profesora Guía**

Sra. Susana Vera Sommer

**Profesora Informante**

Srta. Mariana Arancibia Heger

## AGRADECIMIENTOS

---

---

*Agradecemos a todos aquellos que nos brindaron apoyo en este arduo proceso, especialmente a nuestros padres, hermanos y familiares más cercanos, que nos dieron ánimo y fortaleza en los momentos difíciles, y compartieron nuestros avances con alegría.*

*Queremos agradecerle a nuestra querida profesora guía Susana Vera Sommer, que desde un principio apoyó nuestra aventura en búsqueda del tema de tesis, constituyéndose en un trabajo enriquecedor al introducirnos en el mundo cualitativo.*

*Además nuestros sinceros agradecimientos a todas aquellas profesionales matronas/es que nos brindaron su apoyo y colaboración en diversos ámbitos cuando fue necesario, y muy especialmente a las matronas de la Clínica Reñaca, quienes finalmente nos dieron la oportunidad de conocer su mundo interno, respecto al tema de Fertilización Asistida.*

*La tarea ha llegado a su fin, hoy vemos como cada asignatura, cada profesora que pasó por nuestra vida universitaria nos ha dejado un grado de conocimiento, es por eso también que queremos agradecerle al equipo docente de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, por habernos guiado en nuestra formación de pregrado.*

*Finalmente, como equipo de trabajo también queremos manifestar nuestros mutuos agradecimientos por haber tenido la oportunidad de emprender juntas esta tarea como una gran experiencia de formación profesional y personal.*

## RESUMEN

---

---

La presente investigación es un estudio cualitativo de tipo analítico, cuyo propósito es analizar las percepciones sociales de profesionales matronas del área privada, respecto de la incorporación de sus pares al campo laboral de la Fertilización Asistida.

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista en profundidad, la cual fue diseñada para un universo de 27 matronas de la Clínica Reñaca del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Dicho instrumento se aplicó a través de un muestreo intencional a 6 profesionales matronas, contratadas, con más de diez años de ejercicio en esta institución y pertenecientes al Servicio de Obstetricia y Ginecología, que accedieron a la entrevista.

Para el procesamiento de datos se utilizó el análisis de contenido, construyéndose 6 categorías denominadas: Incorporación a un nuevo campo laboral, Concepto de la Fertilización Asistida, Competencias del profesional matron(a), Ejercicio del rol, Introducción de la Fertilización Asistida al Sistema Público y Difusión del tema.

El resultado más relevante es la aprobación absoluta frente a la apertura de nuevos campos laborales como la Fertilización Asistida, teniendo el profesional matron(a) las competencias básicas siendo sólo necesaria la especialización para obtener la idoneidad para desempeñarse en dicho campo.

Se puede concluir que la percepción de las matronas entrevistadas tiene un balance positivo frente al tema, generando una proyección del rol de la matrona en esta área, y el deseo de traspasar estos tratamientos al Sistema Público de Salud, otorgando el derecho de atención a toda la población que lo necesite.

**Palabras claves:** Percepciones sociales, Profesionales matronas, Incorporación del profesional matron(a) al campo laboral de Fertilización Asistida.

# INDICE

---

---

<b>Agradecimientos</b>	<b>II</b>
<b>Resumen</b>	<b>III</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1: Principios Fundamentales de la Investigación.....</b>	<b>2</b>
1.1 Planteamiento del Problema.....	2
1.2 Fundamentación del Problema.....	3
1.3 Justificación del Problema.....	6
1.4 Definición de Términos.....	7
<b>Capítulo 2: Marco Teórico.....</b>	<b>10</b>
2.1 Marco teórico Percepciones.....	10
2.2 Marco Teórico Fertilización Asistida.....	32
<b>Capítulo 3: Objetivos.....</b>	<b>48</b>
2.1 Objetivo General.....	48
<b>Capítulo 4: Metodología de la Investigación.....</b>	<b>49</b>
4.1 Tipo de Investigación.....	49
4.2 Tipo de estudio.....	50
4.3 Universo.....	50
4.4 Criterios de inclusión.....	50

4.5	Criterios de exclusión.....	50
4.6	Muestra o grupo de estudio.....	51
4.7	Muestreo.....	51
4.8	Justificación del grupo de estudio.....	51
4.9	Técnicas de recolección de la información.....	51
4.10	Plan de procesamiento y análisis de los datos.....	52

**Capítulo 5: Análisis de Contenido.....55**

5.1	Tabla de Análisis.....	55
5.2	Subcategorías.....	79
5.3	Categorías.....	80
5.4	Organigrama de Categorización.....	81
5.5	Proceso de Categorización.....	82
5.6	Análisis de Contenido.....	85

**Capítulo 6: Conclusiones y Sugerencias.....100**

6.1	Conclusiones.....	100
6.2	Sugerencias.....	104

**Bibliografía.....105**

**Anexos**

Entrevistas en profundidad

Ley de Regulación de Investigación Científica que prohíbe la Clonación humana.

# INTRODUCCIÓN

---

---

El rol profesional del matrn(a) transcurre a lo largo del ciclo vital de la mujer, el cual se ha ampliado en diversas áreas, como: Patología Mamaria, Fertilización Asistida, Citodiagnóstico Cervical, Ultrasonografía Obstétrica, Fitoterapia, Apiterapia entre otros. De la cual, se ha seleccionado el campo laboral de Fertilización Asistida, por el aumento de las parejas infértiles en Chile y la movilización política para legislar sobre las técnicas de Fertilización Asistida.

Se vislumbra a futuro, la institucionalización de un equipo de salud en Fertilización Asistida en el sistema público, por lo cual debe haber profesionales matronas(es) preparados en el área. Debido a esto, se plantea un estudio cualitativo, con el fin de conocer las percepciones sociales de las profesionales matronas de la Clínica Reñaca, de la Ciudad de Viña del Mar, respecto a la incorporación de sus pares al campo laboral de la Fertilización Asistida.

El conocimiento de las percepciones sociales nos abre un mundo nuevo, cada persona tiene una configuración de conceptos propios de acuerdo a la socialización primaria, formación académica, experiencia laboral, intercambios culturales, estrato socioeconómico, edad, sucesos recientes y perspectivas de vida.

Los fenómenos sociales son recibidos de acuerdo a la construcción del mundo interno, según las variables mencionadas, algunos fenómenos modifican la construcción interna previa de acuerdo a la valoración e instancia de cada persona y guían la conducta e interacción con los demás componentes del sistema.

El presente estudio contiene el resultado de una experiencia enriquecedora a nivel de formación profesional y personal, a través de la dinámica con las entrevistadas, el cual se presenta a continuación:

“Percepciones sociales profesionales matronas del área privada, respecto a la incorporación de sus pares al campo laboral de la Fertilización Asistida”.

---

## Capítulo 1

# PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA INVESTIGACIÓN

---

---

### 1.1 Planteamiento del problema

La pregunta de investigación apuntará a conocer:

*¿Cuáles son las percepciones sociales de las profesionales matronas del Servicio de Obstetricia y Ginecología, de la Clínica Reñaca, Viña del Mar, respecto a la incorporación de sus pares al campo laboral de la de Fertilización Asistida, al año 2007?*

## 1.2 Fundamentación del Problema

La Percepción parte de la base de los sentidos, que son estructuras biológicas desarrolladas por la especie, y heredados por los individuos. Representa una función adaptativa, en la cual se selecciona, organiza e interpreta un estímulo; es modificada a través de la socialización, por lo tanto, se caracteriza por ser flexible y dinámica, dependiendo de las características del perceptor y no solamente del estímulo.

La Percepción puede ser biológica, psicológica o social, la primera se refiere a la percepción de objetos inanimados, y la última, a la que se abocará en el tema de tesis, se refiere a las "...influencias sociales sobre la percepción de objetos, personas y situaciones." <sup>1</sup>

La Percepción social tiene sus fundamentos teóricos a partir de los años treinta, cuando los psicólogos sociales comienzan los estudios en percepción de objetos, desde el punto de vista social.

El primer cambio en Percepción Social lo produjo Aschmore en 1946<sup>2</sup>, investigando la percepción en los seres humanos, suceso que ocurre cuando una persona recibe estímulos de otra, generando procesos sociales en el perceptor.

Otra forma de planteamiento fue la de Bruner en 1958 con la denominada Nueva Mirada<sup>3</sup>, donde plantea que el proceso de percepción se ve influenciado por el modo en que el perceptor recibe el estímulo dependiendo de sus características personales, temporales y permanentes, sus valores, intereses y proyecciones, pudiendo concluir que las personas ante un mismo objeto tienen distintas percepciones sociales.

Estos pioneros en Percepción Social fueron fundamentales para establecer una base sólida en la psicología social, transformando esta disciplina en un instrumento activo y útil para indagar en temas de interés, en otras áreas, como por ejemplo, áreas relacionadas con la política, la sociología, la antropología, tecnología y salud.

Al ser la percepción social un tema tan ampliamente utilizado en distintas disciplinas, resulta de gran utilidad para aquellas que están vinculadas a temas de interés social y emergente, como lo es la Fertilización Asistida, tema relativamente nuevo en Chile y que otorga respuesta a la problemática de la infertilidad, generando percepciones propias de cada individuo, influídas por el ámbito sociocultural y ético-moral.

---

<sup>1</sup> SANCHEZ, Antonio. Manual de prácticas de percepción y atención. Salamanca, Amarú Ediciones, 1997. Pág.166

<sup>2</sup> ROECKELEIN, John. Dictionary of Theories Laws and Concepts in Psychology. EEUU, Greenwood Press, 1998. Pág 42.

<sup>3</sup> HOYOS, Luis. Relativismo y racionalidad. Colombia, Unibiblios. U. Nal, 2005, Pág.107

De acuerdo a la OMS, hay entre 60 a 80 millones de parejas infértiles en el mundo<sup>4</sup>, que sufren este problema cada año, y el número a través de la historia va incrementándose. En Chile, las parejas infértiles alcanzan un 15 %<sup>5</sup> en la actualidad.

Actualmente en Chile no existe una legislación sobre el tema, sin embargo, servidores públicos, como senadores y diputados, han dado los primeros pasos en proponer un proyecto ley, que regule las técnicas de Fertilización Asistida, asegurando que todas las parejas infértiles tengan acceso a ellas, sin importar condición sociocultural y económica, cuyo derecho sería velado por el Estado en los casos que lo requiera. Debido a que las técnicas de Fertilización Asistida son muy costosas, se realizan mayoritariamente en centros privados, a las cuales acceden personas con altos recursos económicos y algunos casos sociales seleccionados por el centro a través de un programa piloto de FONASA, quedando fuera el resto de las parejas infértiles. Para lograr establecer ese derecho, debe modificarse primero la actual Ley de Genoma Humano, la cual en su primer artículo dice:

“Esta ley tiene por finalidad proteger la vida de los seres humanos, desde el momento de la concepción, su integridad física y psíquica, así como su diversidad e identidad genética, en relación con la investigación científica biomédica y sus aplicaciones clínicas”.<sup>6</sup>

Cuyo artículo no permitiría en su efecto prácticas como la criopreservación, o el congelamiento de embriones, siendo también uno de los principales conflictos ético-moral, en conjunto con el destino de los embriones que finalmente no se implantan en la mujer, dificultando así las técnicas de fertilización asistida.

La Fertilización Asistida tiene como características permitir el cumplimiento a una parte de los Derechos Sexuales Humanos Fundamentales y Universales, aprobados en 1999 en la República Popular de China, de los cuales se extrae “El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables, que abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno: y el derecho a la atención de la salud sexual, que debe estar disponible para la prevención y tratamiento de todos los trastornos y problemas sexuales.”<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup>CENTRO GESTAR.2006. Indican opciones de tratamiento para las parejas infértiles. [www.grupogestar.com.ar/doc/tratamientos.doc](http://www.grupogestar.com.ar/doc/tratamientos.doc) [consulta: 20 Junio 2006].

<sup>5</sup> PALACIOS, Estela y JADRESIC, Enrique. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Rev. chil. neuro-psiquiatr., Abr. 2000, vol.38, no.2, Pág.94-103

<sup>6</sup> BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL.2006. Congreso despachó proyecto que prohíbe la clonación humana y regula la investigación científica en Chile.

[http://www.senado.cl/prontus\\_senado/antialone.html?page=http://www.senado.cl/prontus\\_senado/site/artic/20051011/pags/20051011173905.html](http://www.senado.cl/prontus_senado/antialone.html?page=http://www.senado.cl/prontus_senado/site/artic/20051011/pags/20051011173905.html)[consulta: 18 Junio 2006].

<sup>7</sup>14º CONGRESO MUNDIAL DE SEXOLOGÍA.1999. Derechos Sexuales Humanos Fundamentales y Universales, Hong Kong, República Popular China.

Debido a que tradicionalmente el área reproductiva está abordada por el profesional matró(a), es que se ha incorporado al equipo multidisciplinario de Fertilización Asistida, obteniendo las competencias necesarias para desempeñarse en esta área. Lo cual puede generar percepciones variadas entre sus pares, dependiendo de sus experiencias personales, familiares y laborales en el área de desempeño actual, así como de su formación académica, perfilando una postura frente a dicho campo laboral.

En el país, hay 9 centros que realizan Fertilización Asistida. En la V región, un equipo comenzó en la Clínica Reñaca, para más tarde independizarse y formar la Clínica de la Mujer, por lo cual la percepción del profesional matró(a) de la Clínica Reñaca, con más de 10 años de ejercicio, quienes interaccionaron en forma directa con el equipo de salud de Fertilización Asistida, otorga una visión cercana a la incorporación de la profesión matró(a) a este campo laboral.

Con lo anteriormente expuesto se fundamenta el tema de investigación del presente estudio, el cual recopilará las percepciones sociales de las matronas que ejercen en el área privada, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, respecto a la incorporación de sus pares al campo laboral de de Fertilización Asistida.

### 1.3 Justificación del Problema

Este estudio se realiza con el fin de dar a conocer las percepciones sociales que tiene el profesional matró(a) de ejercicio en el área privada, a la incorporación del mismo al campo laboral de Fertilización Asistida, de cuyo tema no existen estudios anteriores.

Existen dos motivaciones centrales para la realización de esta investigación: la primera consiste en el aprendizaje de la metodología cualitativa, debido a que ésta visualiza a las personas y los contextos desde una perspectiva holística, aportando datos reales y profundos, lo que permite comprender la conducta humana y visualizar la percepción como parte de un fenómeno social que puede implicar el campo laboral del profesional matró(a).

La segunda motivación consiste en conocer las percepciones sociales que tienen las matronas del área privada, por tener una vinculación más cercana al campo laboral de la Fertilización Asistida y respectiva incorporación de sus pares, el cual amplía el rol de la profesión.

A partir de estas percepciones sociales se permite valorar el concepto que tiene el grupo de estudio frente a este campo laboral y su necesidad e importancia, además de conocer los recursos que presentan las matronas frente a esta área para el desempeño y las implicancias a nivel de los usuarios.

El estudio que se presenta en ningún caso pretende ser representativo, dado la naturaleza del diseño seleccionado. Sin embargo, pretende ser un elemento precursor para el fomento del área de Fertilización Asistida en la formación académica del profesional matró(a).

#### 1.4 Definición de Términos

**Criopreservación:** Corresponde a la congelación y almacenamiento de gametos, cigotos o embriones.

**Donación de embriones:** Es la transferencia de un embrión resultante de gametos que no se originan de la receptora y/o su pareja.

**Estímulo:** (Del lat. *stimulus*).

1. m. Agente físico, químico, mecánico, etc., que desencadena una reacción funcional en un organismo.

2. m. Incitamiento para obrar o funcionar.

~ Estímulo condicionado

1. m. *Psicol.* El que provoca un reflejo por asociación con un estímulo incondicionado.

~ Estímulo incondicionado

1. m. *Psicol.* El que provoca un reflejo sin necesidad de aprendizaje.

**Ético:** (Del lat. *ethicus*, y éste del gr. ἠθικός).

1. adj. Perteneciente o relativo a la ética.

2. f. Parte de la filosofía que trata de las obligaciones del hombre.

3. f. Conjunto de normas morales que rigen la conducta humana. *Ética profesional*.

**Fecundación in Vitro (FIV):** Procedimiento de RA que implica fecundación extra-corpórea.

**Fertilización Asistida:**

1. f. Acción y efecto de fertilizar con ayuda de medios mecánicos. U. t. en sent. fig.

**Feto:** Producto de la concepción que se inicia desde finalizado el período embrionario (ocho semanas después de la fertilización) hasta el nacimiento o aborto.

**Hiperestimulación ovárica controlada (HOC):** Tratamiento médico para inducir el desarrollo de múltiples folículos en el ovario con el objeto de obtener múltiples ovocitos en la aspiración folicular.

**Infertilidad:** Falla para dar a luz (parir) un recién nacido vivo, luego de un año de coito sin protección.

**Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI):** Es un procedimiento de FIV en el que un único espermatozoide es inyectado a través de la zona pelúcida dentro de un ovocito.

**Maternidad surrogada:** Se refiere a una mujer que se embaraza mediante la fecundación de ovocitos o espermatozoides de una tercera persona, con la intención o el acuerdo previo, de que el producto de la concepción sea otorgado a una o ambas personas de las cuales provinieron los gametos.

**Matrona:** (Del lat. *matrōna*).

1. f. Mujer especialmente autorizada para asistir a las parturientas.
2. f. En las aduanas y oficinas semejantes, mujer encargada de registrar a las personas de su sexo.
3. f. Madre de familia, noble y virtuosa.
4. f. Una persona, que habiendo ingresado a los programas educacionales, debidamente reconocidos en el país en que vive, ha completado satisfactoriamente el currículo de estudios y ha obtenido las calificaciones necesarias para ser registrada y/o licenciada legalmente para ejercer como Matrona.

**Moral:** (Del lat. *morālis*).

1. adj. Que no pertenece al campo de los sentidos, por ser de la apreciación del entendimiento o de la conciencia.
2. adj. Que no concierne al orden jurídico, sino al fuero interno o al respeto humano.

**Percepciones:** (Del lat. *perceptio, -ōnis*).

1. f. Acción y efecto de percibir.
2. f. Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.
3. f. Conocimiento, idea.

~ **extrasensoria o extrasensorial.**

1. f. percepción de fenómenos sin mediación normal de los sentidos, comprobada al parecer estadísticamente.

**Percepción Social:** (Del lat. *perceptio, -ōnis* y Del lat. *sociālis*).

1. f. Acción y efecto de percibir relativo a la sociedad.
2. f. Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos sobre la sociedad.

**Perfil profesional:** (Del prov. *perfil*, dobladillo).

1. m. Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a una persona que ejerce una profesión.

**Procesos sociales:** (Del lat. *processus*).

1. Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno social o de una operación artificial.

**Psicología social:** (De *psico-* y *-logía* y Del lat. *sociālis*).

1. f. Ciencia que estudia los procesos mentales en personas y en animales desde la perspectiva social.

**Socialización:**

1. tr. Acción o efecto de promover las condiciones sociales que, independientemente de las relaciones con el Estado, favorezcan en los seres humanos el desarrollo integral de su persona.

**Técnicas de Reproducción Asistida (RA):** Son todos los tratamientos o procedimientos que incluyan la manipulación in vitro de ovocitos humanos, espermatozoides o embriones, con el propósito de conseguir un embarazo. Esto incluye, entre otros, la fecundación in vitro y transferencia embrionaria transcervical, transferencia intratubaria de gametos, transferencia intratubaria de cigotos, transferencia intratubaria de embriones, criopreservación de gametos y embriones, donación de ovocitos y embriones y la maternidad surrogada. La definición de RA no incluye la inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides de la pareja de la mujer o de donante.

**Transferencia embrionaria (TE):** Procedimiento mediante el cual un embrión(es) es depositado en el útero o las trompas de Falopio.

**Transferencia intratubaria de gametos (GIFT):** Procedimiento de RA en el que dos gametos (ovocitos y espermatozoides) son transferidos simultáneamente a la trompa de Falopio.

**Transferencia intratubaria de cigoto (CIFT):** Procedimiento en el cual uno o más cigotos en estado de pronúcleo se transfieren a la trompa de Falopio.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> <http://www.redlara.com/esp/REGISTRO.ASP#> 29 de abril, 16:00 hrs.

---

## Capítulo 2

### MARCO TEÓRICO

---

---

#### 2.1 Percepción

En la vida cotidiana las personas continuamente interactúan con otras desde que se levantan en la mañana y saludan a su familia, hasta que vuelven a dormir en la noche; la mayor parte del día es un continuo intercambio con otras personas, el cual no se podría llevar a cabo si el ser humano no estuviese dotado de sentidos, que son los medios por los que se llega a conocer los hechos que ocurren en el mundo que los rodea. Decir que un organismo tiene la capacidad de percibir, es dar a entender que puede adquirir conocimiento acerca de lo que pasa en su entorno, partiendo de la base de los sentidos, es decir, gustar, tocar, ver, oír y oler, que son estructuras biológicas desarrolladas por la especie, y heredados por los individuos.

A menudo lo que el individuo percibe, es un hecho o una verdad, pero en otras ocasiones lo que se percibe no son hechos, sino cosas (se oye el tren, se huele la flor, se siente el agua caliente, se ve la montaña, se gusta un pastel), es decir, la percepción no es cuestión de adquirir conocimiento de hechos particulares que acontecen en el mundo físico, porque los hechos no son cosas; en base a esto, se realiza una distinción entre el conocimiento por experiencia personal y el conocimiento meramente descriptivo, en donde la percepción da una experiencia personal directa de determinados objetos; esta experiencia personal da lugar a un conocimiento de hechos particulares acerca del mundo físico, lo que implica mera experiencia personal y ningún conocimiento de hechos, es decir, que se perciben las cosas y los hechos particulares acerca de las mismas.

##### 2.1.1 Definición Percepción

La Percepción está definida por el Diccionario de la Real Academia Española como:

Proviene Del lat. *perceptio*, *-ōnis*.

- Acción y efecto de percibir.
- Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.
- Conocimiento, idea.

Los autores la definen como:

- Según Catalina Parragué:

La percepción es una función psíquica que se inserta dentro de los llamados procesos cognoscitivos. Estos tienen la finalidad de organizar la conducta de manera que ésta sea efectiva a los requerimientos tanto internos como externos al sujeto. A través de la percepción las personas podemos contactarnos con el mundo que nos rodea y conocer lo que está pasando a nuestro alrededor en cada momento, es así, como a través de ésta, logramos introducir información a nuestra mente, información que resulta ser una herramienta clave para guiar nuestras conductas de modo que resulten efectivas para los fines que perseguimos.<sup>1</sup>

- Según Gibson (1969):

La percepción, funcionalmente hablando, es el proceso mediante el cual obtenemos información de primera mano sobre el mundo que nos rodea. Tiene un aspecto fenoménico, la conciencia de los hechos que están produciéndose en las proximidades inmediatas del organismo.

Tiene también un aspecto de respuesta; supone una respuesta discriminativa, selectiva, a los estímulos del entorno inmediato.<sup>2</sup>

## 2.1.2 Percepción desde el punto de vista biológico

### Fisiología de la Percepción

Toda percepción tiene una base fisiológica, la cual se inicia con la detección de estímulos externos por parte de los órganos de los sentidos. Cuyo proceso termina con las respuestas que han sido elaboradas por el Sistema Nervioso Central y Periférico. Estos sentidos y sus funciones son estudiados por la Psicofísica, esta ciencia relaciona los estímulos y la percepción psicológica de los mismos, es decir, estudia diversos fenómenos que afectan a la forma de percibir de un individuo, y a su vez clarifica que la percepción obedece, por un lado a la función y disposición de los órganos sensoriales, y por el otro a la caracterización que tiene cada uno de los estímulos que se han presentado en el individuo.

Los órganos sensoriales tienen células sensibles a diversos tipos de energía llamadas receptores o perceptores (por ejemplo: las vibraciones de aire a las que responde el oído son

---

<sup>1</sup> FLORENZANO, Ramón. Psicología Médica. Santiago, Editorial Mediterráneo, 2003.p. 26.

<sup>2</sup> FLAVELL, John. El desarrollo cognitivo. Madrid, Visor, 1993. p. 241.

transformadas mecánicamente, siendo consciente a través de un sonido). Estos receptores captan la energía y la transforman en señales electroquímicas para el sistema nervioso central, en donde los datos son interpretados dando la conciencia al individuo, y del contenido de éstas nacen las vivencias.

Al estudiar la Percepción se debe tener en cuenta los siguientes conceptos:

- Umbral o Habitación: Es la disminución de los niveles de respuesta frente a un estímulo, debido a la sobreexposición del mismo. La habitación es una manera sencilla de aprendizaje, ya que, permite prestar atención sólo a los elementos y sucesos que despiertan interés, ya sea porque son amenazadores, novedosos o deseables.
- Umbral Diferencial: Es la mínima diferencia de intensidad que existe entre dos estímulos para que se perciban como distintos; umbral que varía dependiendo de la cantidad de estimulación existente en el ambiente y la intensidad del estímulo original.
- Umbrales Sensoriales: Cantidad de estimulación necesaria para que ésta sea percibida por un individuo, es decir, estímulos que no penetren en la conciencia y que por lo tanto, no influye en el comportamiento del mismo.
- Umbral Absoluto: Es la más baja intensidad que debe tener un estímulo para ser percibido por un individuo, y a su vez experimentado por su consciente.

Como ya se sabe, la percepción es una forma de conocimiento, mediante un proceso que posibilita adquirir conciencia de lo percibido a través de los órganos sensoriales, y en el cual participan el individuo y el objeto. Cuando el objeto está físicamente frente al individuo se habla de percepción y cuando el objeto imaginariamente se presenta ante el individuo se habla de representación.

### **Definición de sensación y percepción**

El contacto con el mundo es a través de las sensaciones y las percepciones, logrando así tener conciencia del mundo que rodea al hombre.

La materia prima de las percepciones son las sensaciones, las cuales nacen a través de los estímulos del mundo exterior. Estos son captados por los distintos órganos de los sentidos, dando existencia a la conciencia de las sensaciones. Las estimulaciones exteriores son transmitidas y transformadas a vivencias para el individuo, por ejemplo, si al organismo le llegan diversas vibraciones electromagnéticas, el sistema nervioso lo transforma de tal manera que estas ondas finalmente son percibidas por el individuo como distintos colores;

siendo así, estas impresiones sensoriales no son cualidades aisladas, sino que representan un conjunto, como un todo conectado. Esta unidad compleja y organizada es lo que se denomina percepción. Para ilustrarlo de mejor modo: la percepción de una casa no consta sólo de formas y superficies iluminadas, sino que es un objeto definido con cualidades genéricas propias. Al observar la casa se presta poco caso a las características aisladas, lo que demuestra que en la percepción intervienen otros factores. La persona que percibió la casa realizó una síntesis de las diferentes sensaciones que le generó ese estímulo "casa", sus colores, formas y texturas complementándolos en un conjunto total.

Al hablar de sensación, se habla de las cualidades más sencillas que tiene la percepción, tanto así, que ya no es posible la diferenciación. Es importante hacer hincapié en que la sensación es un dato analítico de los investigadores y no una experiencia primaria del sujeto, por lo tanto, éste no tiene conciencia de estas sensaciones.

Los órganos sensoriales, los estímulos internos y externos, las sensaciones y los procesos del sistema nervioso central que transforman a éstas en vivencias, son las condiciones necesarias para percibir, sin embargo, no son suficientes, ya que hace falta un factor integrador que interprete las sensaciones.

La percepción es la conciencia de los estímulos exteriores, que construyen una realidad particular para cada persona en base a su propia experiencia. Es más allá de los sentidos y los órganos sensoriales, sino que es el significado que cada persona le da a las sensaciones, en donde el cerebro organiza los datos que provienen de los sentidos.

Las sensaciones adquiridas por los órganos de los sentidos están dotadas de mucho significado. En la percepción estas sensaciones están condensadas en una sola unidad, por lo que es necesario recurrir al factor independiente que configura provisionalmente las mismas, lo que corresponde al principio de las formas, el cual constituye la diversidad temporal y espacial de las sensaciones en percepciones delimitadas, por ejemplo, la melodía de una canción se percibe como la suma de distintos sonidos aislados.

Con todo lo anteriormente expuesto, queda manifiesto que la percepción no es sólo una mera recepción y reproducción de sensaciones provocadas por estímulos, sino que es una actividad propia de un individuo anímico. El cual actúa como un ser único y distinto a los otros, a través de la selección y clasificación en cada acto perceptivo.

La participación del individuo se basa en la configuración de la percepción a través de un esquema anticipador, que orienta una búsqueda mediante la atención voluntaria, la cual es consciente pero también a través de una búsqueda pre consciente, sin previa representación

de lo buscado (como por ejemplo, las tendencias e impulsos, los que ya se encuentran inconscientemente anticipados).

A partir de lo anterior, la psicología de la Gestalt (palabra alemana que quiere decir conjunto, configuración, totalidad o "forma"), postula que los objetos se perciben como "todos" bien organizados, más que como partes separadas y aisladas. Al observar no se ven pequeños fragmentos desarreglados, desde un avión, sino que se ven grandes regiones con formas y patrones bien definidos. El "todo" que se ve es algo más estructurado y coherente que un grupo de fragmentos aislados; La forma es más que la simple unión de los fragmentos. Para demostrar esto, la psicología de la Gestalt da importancia al papel configurador del sujeto, planteando diversos principios y leyes, como por ejemplo:

- Ley de Continuidad: Según esta ley, la mente continúa en la dirección sugerida por el estímulo.
- Ley de la Proximidad: Cuando un objeto está cerca de otro, tendemos a percibirlos juntos más que por separados. Agrupamos elementos que se encuentran uno al lado del otro.
- Ley de la Semejanza: Agrupamos elementos parecidos, ya sea por su color, dimensiones, formas, etc.
- Ley del Cierre: Completamos configuraciones incompletas, pasando por alto lo que no está completo de la información sensorial, y percibimos al objeto como un todo, incluso cuando la realidad no existe.<sup>3</sup>

Otra manera de organizar la percepción viéndola como una figura y fondo, donde la figura sobresale y se enfoca la atención, y el fondo son los estímulos que la rodean. Esto según Gestalt:

- Predisposición Perceptiva: Muchas veces oímos, vemos lo que esperamos oír y ver, o que encaja con nuestras ideas preconcebidas. El conocimiento de manera como nuestras expectativas influyen en nuestras percepciones, es importante para juzgar los estímulos. Por ejemplo: una persona hipocondríaca puede percibir el dolor de una manera más intensa que otra persona en la misma situación.
- Constancia Perceptiva: Este concepto se refiere a la tendencia a percibir los objetos como estables, e inalterables pese a los cambios de la estimulación sensorial. Una vez que hemos formado una percepción estable de un objeto, lo reconocemos en cualquier posición, a cualquier distancia y en distintas condiciones de iluminación. Por ejemplo, si una persona se aleja por la calle, la imagen en la retina será cada vez más pequeña, pero nosotros sabemos que el tamaño de esa persona en realidad no ha variado.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> FLORENZANO, Ramón. Psicología Médica. Santiago, Editorial Mediterráneo, 2003. p. 29.

<sup>4</sup> FLORENZANO, Ramón. Psicología Médica. Santiago, Editorial Mediterráneo, 2003. p. 29 - 30.

Otros dos conceptos importantes dentro de la percepción de los estímulos, son la atención y la conciencia.

Al vivir rodeado de estímulos, el individuo no puede percibirlos todos a la vez, por lo que cada uno de estos debe atraer su receptividad; es allí donde nace el concepto de atención, la cual se refiere a la dirección de la conciencia al observar o percibir una cosa. A su vez, el reflejo de orientación se ve relacionado con la atención, en donde el individuo despierto mantiene una observación del estímulo, sea éste favorable o desfavorable. Después de haber realizado una mirada panorámica del lugar, la reacción del individuo dependerá de lo mencionado anteriormente, es decir, si el estímulo representa peligrosidad, desencadenará un comportamiento protector, y por el contrario, si el estímulo no representa una amenaza, puede desarrollar un interés cognitivo por parte del individuo.

Por otra parte el concepto de conciencia tiene diversos usos, tanto en el lenguaje común como también en otras disciplinas. Se han descrito diversas teorías respecto al tema; hay autores que creen que la palabra “consciente” engloba todas las vivencias de un individuo, mientras que otros lo consideran como la dirección de la atención que le da el individuo. Pero en psicología la “conciencia” es la perspectiva descriptiva que permite la comprensión de ésta, y la considera como el estado en que las vivencias de un individuo se hacen posibles y son experimentadas de manera inmediata por el mismo, es decir, la experiencia concienciada como forma que se le da al comportamiento.

### **2.1.3 Percepción desde el punto de vista psicológico**

El término percepción viene del verbo transitivo percibir, que como tal, requiere de un objeto directo, y dicho término tiene variadas acepciones que van desde recibir, tomar, o hacerse cargo de algo material, hasta de captar o tener conciencia de algo. En todos los casos, queda claro que, al percibir, un individuo se sitúa en un estado en el que, de forma más o menos activa, entra en posesión de un objeto, más o menos concretado físicamente. Donde se establece una determinada relación entre el sujeto receptor y el objeto percibido, aunque se clasifique bajo las distintas acepciones, habiendo variaciones en lo que respecta al tipo de relación como al tipo de objeto. Y esto es lo que a la psicología le interesa sobre este tema. Se trata, por tanto, de ofrecer una respuesta mínima, basada en la tradición psicológica, a dos cuestionamientos: ¿en qué consiste percibir? y ¿qué se percibe?, la respuesta la dará el desarrollo que vaya alcanzando la disciplina de lo que se denomina psicología de la percepción.

A la psicología lo que le interesa de la percepción, es que ésta es ante todo es una función mental, con muchas manifestaciones en los logros y capacidades de un individuo, que tienen

---

que ver con la discriminación, comparación, identificación y reconocimiento de estímulos. Como toda función mental, la relación existente entre el sujeto y el objeto que se establece dentro de una percepción es bastante particular, ya que se supone una mera relación física de contacto y la entrada de una posesión de algo material, lo que se llama relación intencional, por lo que se caracteriza todo acto o estado mental que tiene referencia externa a él mismo. La intencionalidad, que caracteriza lo mental, es también el fundamento de la distinción misma entre el sujeto y el objeto, como términos de una relación de alteridad que empieza por establecerse desde la propia percepción.

Entre las funciones mentales que hay en un ser humano, la percepción está ligada a las funciones cognitivas, y dentro de éstas, aquellas que intervienen de manera directa los sentidos corporales. Como la percepción es una función cognitiva, se caracteriza por ser una relación intencional de carácter predicativo, donde se basan las creencias perceptivas, y por lo tanto, se evalúan bajo los términos de verdad o falsedad.

Lo que diferencia a la percepción de otras funciones cognitivas es la relación perceptiva que tiene su origen en la interacción física entre el medio y el hombre a través de los sentidos.

La característica que distingue a la percepción tiene varias implicancias importantes, ya que, no se reconoce otra forma de percepción que no sea la sensorial, sino que también hay una extrasensorial, es decir, un auténtico contrasentido. Además, la percepción ocupa una posición realmente especial frente al resto de las funciones cognitivas, en donde ésta viene a ser el punto de encuentro entre lo físico y lo mental, y gracias a lo anterior, la percepción puede ser considerada como el origen y la base del conocimiento del mundo tanto interno como externo, de los que se alimentan las demás funciones cognitivas y de las que llegan a depender, en buena parte, las emociones, sentimientos y afectos que promueven la conducta.

A su vez se encuentra una relación de posesión o aprehensión que se establece en la percepción, siendo esto intencional y basado en la relación física por la que una determinada forma de energía suscita la respuesta fisiológica de un receptor sensorial. Esto se manifiesta de igual manera a la hora de caracterizar el tipo de objeto sobre el que se expresa la percepción. Así, se puede utilizar la distinción tradicional entre el objeto material y el objeto formal, en que el primero se refiere a todo aquello en que haya intervenido la estimulación física de los sentidos, y el segundo se refiere a aquellos aspectos que son significativos para el sujeto y constituyen el término de una relación intencional de conocimiento. El objeto material representa la extensión de lo percibido (qué se percibe); y el formal determinaría la dimensión intencional de lo mismo (cómo se percibe aquello que se percibe). Esta diferencia, se difumina en el lenguaje ordinario, y es crucial al apreciar desde el principio de la carga psicológica que encierra el tema de la percepción y los problemas que se plantean. Siempre

que se percibe, se hace bajo algún tipo de consideración o categoría, es decir, al ver un árbol, éste se puede ver como tal definitivamente, o bien como un bulto en el fondo de un paisaje, o incluso de manera equivocada, como una casa. Esta extensión se ve determinada por como es el mundo y como éste interactúa con el hombre, proporcionando el sustrato material de la percepción; en cambio la intencionalidad está determinada por como se produce la percepción, o bien bajo que procesos y estructuras de conocimiento interactúa la percepción con las otras funciones mentales, dando en último término de significación.

Al momento de proponer una definición tentativa de la percepción, se puede indicar como una actividad cognitiva del organismo provocada por la presencia física del objeto y que se efectúa a través de los sentidos. Esta definición constituye un fenómeno psicológico, lo que requiere el nivel de explicación funcional propio de la ciencia psicológica, y que trata de determinar las leyes intencionales que gobiernan el ejercicio de las capacidades básicas para resolver los problemas adaptativos. Esta explicación funcional se centra en el análisis de los logros del sistema, en puras relaciones de causa-efecto, haciendo abstracción de la materialidad del mismo y de sus elementos que la constituyen. Sin embargo, la construcción de la percepción psicológica es a partir de los descubrimientos y del tipo de explicaciones que proporcionan las ciencias básicas, es decir, aquellas a las que les compete la caracterización neutral de los estímulos (la física y la química principalmente), o bien el estudio de los sistemas sensoriales (las ciencias biomédicas u neurofisiológicas). Estas ciencias aparte de contribuir a una comprensión más global y completa de los fenómenos perceptivos, sirven también para la constatación de sus propias limitaciones explicativas, y así justificar la necesidad de una explicación psicológica y ponerla bajo su estudio.

Se puede decir entonces, que la psicología de la percepción empieza donde termina la neurofisiología sensorial, una vez que ésta ha asumido las consecuencias de la acción física de la energía que genera el estímulo en el organismo.

Para clarificar la idea de la percepción se deben considerar los siguientes puntos:

- La percepción es una actividad del individuo que se manifiesta externamente por medio de movimientos de orientación y exploración en prácticamente todas las modalidades perceptivas ya descritas. Lo que transforma al individuo en un receptor activo de la estimulación del medio.
- Ante todo, la percepción es una actividad interna del individuo, de carácter típicamente computacional, es decir, que se centra sobre todo en el propósito, el por qué y las estrategias lógicas que operan formalmente sobre representaciones, más allá de la mera actividad sensorial. Tomando como punto de inicio el dato sensorial, transformándolo y

permitiendo que trascienda por el uso de información adicional que llega a formular una representación estable y consciente del mundo real.

- La constitución de la actividad perceptiva, en su mayoría, son procesos de carácter inconsciente, aunque los resultados finales logren el umbral de la conciencia.
- Desde el punto de vista funcional lo que tiene mayor importancia es: la restricción externa que procede del estímulo y la restricción interna propia del sistema, a las que está sujeta la actividad perceptiva. A lo que responden otro tipo de distinciones que han resultado más útiles para el estudio de la percepción y su despliegue temporal, así como para comprender sus relaciones con otras funciones cognitivas.

### **La percepción interpersonal**

Las personas interactúan continuamente durante la vida cotidiana, la mayor parte del que hacer supone un continuo intercambio entre las personas, es decir, la persona actúa mas bien a partir del sentido que las demás adquieren en cada situación, y ésta es objetiva de acuerdo a lo que individuo demande, teniendo una función directa con la acción que realice éste; a su vez, esta acción estará condicionada subjetivamente y determinada por la percepción de los hechos que tenga cada persona que interactúa.

La mediación cognitiva no explica la acción de las personas en cada circunstancia, pero ésta sería imposible si no se toma en cuenta la percepción de una situación que tiene cada persona, es decir, la misma circunstancia puede llevar a un comportamiento totalmente distinto a una persona de acuerdo a su percepción, es decir, según el sentido que le de a esa circunstancia.

Una de las definiciones de la percepción la señala como el proceso por el que se captan estímulos a través de los sentidos, interpretándose su significado según cada individuo, y por lo tanto, las personas no son un procesador pasivo o mecánico de información; por el contrario, las personas desempeñan un papel activo y determinante en la configuración perceptiva de aquello que capta. Según Jerome y Bruner (1958/1974), el proceso de percibir se caracteriza por dos aspectos importantes: Primero, entre la diversidad de datos disponibles, se tiende a seleccionar aquellos que permiten lograr un objeto o constructo perceptivo adecuado a la capacidad de la persona; y segundo, la persona tiende a completar significativamente su percepción, añadiendo información a los datos captados y logrando así predecir el futuro a partir de lo percibido.<sup>5</sup> De este modo, el percibir es un acto de interpretar los estímulos con el fin de que cada persona le de su significado, concluyendo así que los

---

<sup>5</sup> MARTIN BARO, Ignacio. Acción e ideología: psicología social desde Centroamérica. 3ª Edición, San Salvador UCA. 1988. Pág. 189-190.

factores sociales juegan un papel crucial tanto en la determinación del proceso selectivo como en la determinación del sentido que lo percibe.

### **Percepción y categorización**

Uno de los enfoques más aceptados define la percepción como un proceso de codificación cognoscitiva por el cual se capta la significación de un objeto (persona o acción) aplicándole una determinada categoría.<sup>6</sup> Por ejemplo, una persona se asoma por la puerta de su casa y ve “la calle” (categoría cognoscitiva) por la que pasa un “vendedor” (categoría) “vendiendo” (categoría) “fruta” (categoría); esto se puede identificar como “el hombre que vende fruta” y que de hecho es un esquema cognoscitivo; y así pueden seguir ocurriendo sucesos o categorías, y que en conjunto logran la percepción.

Una categoría puede definirse como el conjunto de reglas que permite clasificar a un objeto como equivalentes a otros, por lo tanto, una categoría constituye una determinación de lo que algo es, y ésta hace posible clasificar diferentes objetos como equivalentes. Estas categorías suelen ser asignadas por nombres (pájaro, libro, casa, etc.), y que tienen especificaciones que se llevan a clasificar a cada una de éstas dentro de sus propias categorías. Un término similar al de la categoría es el esquema cognoscitivo, el cual se define “...como una estructura cognoscitiva consistente en la representación parcial del ámbito de algún estímulo y, por lo tanto, contiene un conocimiento genérico sobre ese ámbito, incluyendo una especificación de las relaciones entre sus atributos”.<sup>7</sup>

Fundamentalmente, el esquema cognoscitivo corresponde a la pregunta ¿qué es esto?, que puede contener diversas categorías que puedan llegar a la respuesta de esta pregunta.

Los esquemas cognoscitivos tienen por lo menos dos tipos de funciones durante el proceso perceptivo que son: la codificación y la representación del objeto, por un lado, y la interpretación e inferencia respecto al futuro, por otro.<sup>8</sup> Estas funciones responden analíticamente a las diferentes necesidades que las personas tienen con respecto a la percepción. La función codificadora y representativa puede explicar cómo los esquemas cognoscitivos estructuran la experiencia, determinan la información que se codificará en la memoria, y afectan el tiempo en el que se lleva a cabo el procesamiento de esta información para la resolución de problemas. En cada caso en que se aplica un esquema cognoscitivo en

---

<sup>6</sup> MARTIN BARO, Ignacio. Acción e ideología: sicología social desde Centroamérica. 3º Edición, San Salvador UCA. 1988. Pág. 191.

<sup>7</sup> MARTIN BARO, Ignacio. Acción e ideología: sicología social desde Centroamérica. 3º Edición, San Salvador UCA. 1988. Pág. 191.

<sup>8</sup> MARTIN BARO, Ignacio. Acción e ideología: sicología social desde Centroamérica. 3º Edición, San Salvador UCA. 1988. Pág. 192.

la percepción, se impone una estructura distinta. La manera como se codifica una experiencia determinará su memorización posterior sencilla y fiel del esquema estructurador de la percepción.

La función interpretativa o inferencial se puede explicar de la siguiente manera: los esquemas permiten completar la configuración de lo percibido incorporando la información faltante, además ofrecen la base para la resolución de problemas, evaluando la experiencia y anticipando el futuro, para así poder hacer planes y proyectos para su posterior desarrollo.

Lo que determina que los esquemas cognoscitivos permitan al individuo predecir en cierta medida el futuro, ya que tienen la capacidad de especificar el tipo de hechos y comportamientos que con más probabilidad se seguirán del objeto percibido.

La percepción consiste en la aplicación de una categoría de un esquema o categoría de un objeto<sup>9</sup>, las que se rigen por reglas para la formación de los mismos y su posterior utilización.

Desde la perspectiva de la psicología social, la formación y aplicación de categorías o esquemas juegan un rol importante en los factores sociales y, por lo tanto, los intereses grupales se mediatizan en la forma y el contenido de las percepciones de las personas, siendo así que lo que se percibe se canalice en los intereses sociales.

La socialización primaria es la adquisición por parte de una persona de los esquemas cognoscitivos que determinan su forma de captar la realidad y conocerse a sí misma como parte de su mundo. Juega un rol importante en la determinación de estos esquemas cognoscitivos el lenguaje, ya que éste facilita su utilización mediante la accesibilidad a una terminología más o menos rica.

Existen dos enfoques acerca de cómo se aplican las categorías o esquemas de un determinado objeto, estos son: el enfoque clásico y el enfoque contemporáneo. El primero mantiene que un objeto es asignado a una categoría cuando tiene las especificaciones de esta categoría, es decir, "todo o nada", ya que los objetos serían percibidos bajo una determinada categoría. El segundo enfoque sostiene que la categorización perceptiva es un proceso probabilístico, es decir, que una categoría se aplica a la percepción de un objeto al momento que éste muestra alguna semejanza o parecido. Así, estos objetos se clasificarán en una determinada categoría tomando un grado de tipicidad que se acerca más o menos a un prototipo, pero no todos ellos tendrán especificaciones para su categorización. De esta manera, el comportamiento de una persona puede explicarse usando una determinada categoría.

---

<sup>9</sup> MARTIN BARO, Ignacio. Acción e ideología: sicología social desde Centroamérica. 3ª Edición, San Salvador UCA. 1988. Pág. 192.

### La percepción de personas

Para conocer la percepción de las personas se han descrito dos modelos: el modelo del halo” y “el modelo de la personalidad implícita”<sup>10</sup>; el primero subraya el papel primordial de la emoción en la percepción interpersonal, donde, al conocer a una persona, se tiende a observar algún comportamiento o rasgo superficial de ésta (por ejemplo: la apariencia física o la forma de actuar en alguna situación), es decir, el efecto del halo apunta a que en la percepción de las personas el conocimiento sigue al efecto, o sea, que lo que se ve concuerda con los sentimientos de cada una de ellas (por ejemplo: la persona atractiva será percibida mejor que la que no es atractiva).

El modelo de la personalidad implícita destaca los vínculos entre los elementos cognoscitivos, donde los rasgos de las personas van vinculados con otros y, por lo tanto, la percepción de un rasgo equivale a la percepción de un conjunto de rasgos que van unidos en una persona. Por ejemplo, cualidades como generosidad, afabilidad y humor, se atribuye a una persona “cordial”; teniendo en cuenta esto, se destaca que la percepción de las personas tiene un carácter de totalidad donde hay rasgos más importantes o centrales que otros, por lo que al cambiar uno de los rasgos centrales se cambiaría la percepción global de las personas, pero si se cambiará un rasgo secundario o menos importante, esto no sucedería.

El proceso de percepción no sólo depende del objeto percibido, sino que depende de tres factores:

- El contexto en que se encuentra el objeto de percepción condiciona la forma como se percibe.
- El interés específico de la persona que percibe influye en las categorías perceptivas donde clasificará lo percibido de la manera en que parecerá más apropiada.
- La experiencia previa del perceptor determina el tipo de categoría perceptiva que debe aplicarse con mayor o menor acierto en cada situación.

Con frecuencia los datos perceptivos que se reciben de las demás personas parecen contradictorios con las categorías perceptivas que se aplican. De esto nace la “duda perceptiva”, la percepción inestable o imprecisa sobre el objeto. Para resolver lo anterior se han descrito tres métodos diferentes: “el método relacional”, “el método del descuento” y, “el

---

<sup>10</sup> MARTIN BARO, Ignacio. Acción e ideología: sicología social desde Centroamérica. 3º Edición, San Salvador UCA. 1988. Pág. 196

método de la combinación lineal".<sup>11</sup> El método relacional supone el cambio de la información contradictoria aplicada, con el fin de integrar la nueva información con la que ya existe, por lo tanto, la información discordante puede captarse con sentido diferente según la categoría perceptiva ya aplicada. El método del descuento consiste en ignorar la información contradictoria, es decir, se descartan los datos que contradicen la percepción que se tiene de una persona y sólo se toman en cuenta los datos concordantes con la categoría perceptiva que se aplica; este fenómeno patentiza el carácter selectivo de la percepción y pone de manifiesto que no se trata de un proceso mecánico ni pasivo. El método de la combinación lineal supone la incorporación de la nueva información a la que ya existe, o bien quita dicha información existente y, por lo tanto, la impresión perceptiva final de una persona dependerá de este proceso combinatorio.

Los tres modelos acerca de cómo resolver perceptivamente datos contradictorios presuponen que el hombre necesita percibir la realidad en forma consistente y que las incoherencias tienden a ser resueltas o eliminadas, y así se llega a la conclusión de que las personas pueden aceptar las contradicciones a nivel de la misma conciencia, es decir, las personas aceptan las contradicciones en la medida que ellos sean productos o parte de ellas.

### **Percepción de Grupos**

- La percepción de grupos

En la percepción cotidiana de las personas, las categorías más frecuentes utilizadas son las de tipo grupal, es decir, alguna característica que es aplicable a varios individuos. Esta afirmación tiende a seguir las diferentes divisiones sociales entre las personas; así, al pasar por un retén militar se puede ver soldados, los cuales no se perciben como simples individuos, sino como miembros de un determinado grupo institucional. Por ello, la discriminación perceptiva de lo que caracteriza a un grupo constituye uno de los procesos fundamentales para la adecuada comprensión de la percepción interpersonal y su influencia en el comportamiento de las personas.

Un grupo como tal no percibe a otro grupo; sino que son los miembros de estos grupos los que se perciben entre sí. Sin embargo, se puede hablar de percepción grupal en la medida en que el que percibe lo hace como miembro de un grupo y, a su vez, percibe a los demás no como individuos sino como miembros de grupos. Se percibe con categorías dirigidas y enraizadas en los intereses y valores del propio grupo. Las diferencias en los valores constituye el criterio más importante para asignar una categoría u otra en la percepción de un

---

<sup>11</sup> MARTIN BARO, Ignacio. Acción e ideología: sicología social desde Centroamérica. 3º Edición, San Salvador UCA. 1988. Pág. 197

determinado grupo, estas valoraciones además dependen de las perspectivas e intereses del propio grupo.<sup>12</sup> En otras palabras, el criterio valorativo se antepone al sensorial que es más sencillo y evidente.

Por otra parte, se ha confirmado que existen diferencias claras cuando se percibe a alguien simplemente como un individuo que cuando se le percibe como miembro de un grupo. Si se percibe a alguien, por ejemplo, como “un guardia” tenderemos a ver su comportamiento como similar a lo que creemos que normalmente hace un guardia, es decir, en general al miembro de un grupo se le percibe como si fuera y actuara en forma similar a los otros miembros del grupo.

Son muchos los grupos a los que pertenece cada persona en nuestra sociedad (la clase social, la raza, el sexo, la religión, la personalidad, la ocupación), así como son muchas las categorizaciones grupales que se pueden establecer. Esto condiciona en forma radical el comportamiento de las personas y la distinción entre los grupos a los que se pertenece, “nosotros”, y a los que no se pertenece, “ellos”. El “nosotros” se encuentra en la parte central de nuestro mundo, nos conocemos unos a otros<sup>13</sup>, en cambio, “ellos” representa todo lo inhabitual, lo desconocido, lo incomprendido. Pero entre el “nosotros” y el “ellos” está el “se”, donde estamos nosotros, pero también están ellos; es el mundo donde esperamos que impere el sentido común, que nos permite interactuar con los miembros de otros grupos.

La diferenciación se origina en la lucha por la existencia. Se ha demostrado que la simple diferenciación entre “nosotros” y “ellos” produce un sesgo favorable hacia el propio grupo, una inclinación a ver y actuar más favorablemente hacia los miembros del propio grupo. “Cada grupo se alimenta de su propio orgullo y vanidad, se considera superior, exalta sus propias divinidades y mira con desprecio a los foráneos. Cada grupo piensa en sus propias tradiciones son las únicas buenas”.<sup>14</sup>

La tendencia al favor del propio grupo a partir de una mínima diferenciación perceptiva ha sido explicada de diversas maneras:

- a) Como una norma cultural, que exigiría a los individuos apoyar por principio al propio grupo en cualquier circunstancia o área.
- b) Como una búsqueda de identidad, los grupos necesitan lograr y mantener un distintivo grupal positivo, que permita al grupo tener una identidad positiva.

---

<sup>12</sup> TAJFEL, Henri. Grupos humanos y categorías sociales : estudios de psicología social. Barcelona : Herder, 1984. Pág. 274

<sup>13</sup> OLDENFORFF, Antoine. Corporalidad, sexualidad y cultura. Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohlei, 1970 Pág. 101

<sup>14</sup> GRAHAM SUMMER, William. Un estudio de la importancia sociológica de usos, de maneras, de costumbres, de mores, y de moralejas. Boston: Ginn and Company, 1940. págs.12-13

- c) Como una simple diferenciación cognoscitiva, efecto de un simple mecanismo cognoscitivo.

El individuo capta y valora las realidades sociales con y desde las categorías propias del grupo, desde el “nosotros”, sólo acepta una perspectiva, que es la del propio grupo, de ahí la tendencia a considerar natural lo que es producto de su historia y tildar de antinatural, anormal y malo todo lo que se aparte de sus perspectivas. Al acentuarse la discriminación entre “nosotros” y “ellos” se puede producir un curioso fenómeno perceptivo intergrupar llamado “el efecto del espejo”, donde dos grupos contrapuestos tienden a percibirse con las mismas características pero invertidas, de modo que el propio grupo percibe sus características como buenas y las de los otros grupos como malas.

Que las personas perciban desde su grupo y a favor de su grupo es coherente con la naturaleza de su identidad personal, construida al interior de su grupo social; es una prueba del enraizamiento social de las personas. La referencia social, con sus divisiones e intereses, influencia hasta los procesos psicológicos más básicos como lo es la percepción.

- Los estereotipos

Etimológicamente el término estereotipo significa “carácter sólido”. Para algunos psicólogos sociales los estereotipos son fundamentalmente “imágenes en nuestras cabezas” que mediatizan la respuesta de las personas a su medio ambiente, es decir, no reaccionan directamente a los estímulos reales, sino que a una “representación del ambiente que en mayor o menor medida es producida por ellos mismos”<sup>15</sup>. Esta representación es subjetiva, rígida y de origen ilógico, que puede servir para defender la posición del individuo en la sociedad.<sup>16</sup>

Actualmente, y tras examinar las diversas definiciones utilizadas en la psicología social, se llega a la conclusión de que el concepto de estereotipo más aceptado y utilizado es conjunto de creencias sobre los atributos personales de un grupo de personas, independientemente que estos atributos sean buenos o malos, verdaderos o falsos.

Los principales modelos sobre los estereotipos son:

a) Modelo Psicodinámico

Según este modelo los estereotipos representan una visión negativa de un determinado grupo, la persona dirige hacia el grupo estereotipado tendencias agresivas, luego atribuye al

---

<sup>15</sup> LIPMANN, Walter. La buena sociedad: una investigación en los principios de la buena sociedad. Boston: Little, Brown, 1937. Pág. 10

<sup>16</sup> LIPMANN, Walter. La buena sociedad: una investigación en los principios de la buena sociedad. Boston: Little, Brown, 1937. Pág. 63

grupo estereotipado los motivos o intenciones que justifican que se convierta en blanco del estereotipo, es decir, de la agresión vertida en el grupo estereotipado.

b) Modelo Sociocultural

Según este enfoque los estereotipos constituyen ideas propias de un determinado grupo o medio cultural y, por consiguiente, son reflejo y expresión de ese ámbito social en el que surgen y progresan. Los estereotipos cumplen, en algunas ocasiones, una función expresiva, como una forma de afirmar su propia identidad, y en otras, una función de fortalecimiento de las normas grupales, como una forma de rechazar las normas de los otros grupos. Según los psicólogos sociales, los estereotipos son producto y parte de la rivalidad entre grupos que compiten por bienes escasos.

c) Modelo Cognoscitivo

Según este modelo los estereotipos son generalizaciones como cualquier otra acerca de un grupo de personas, que permiten identificar al grupo y distinguirlo de cualquier otro. El estereotipo constituye una atribución diferenciadora de determinados rasgos aplicables a todo el grupo, sin importar si el rasgo se presenta con mayor o menor intensidad o tipicidad. Según este enfoque el estereotipo es producto de un proceso cognoscitivo normal, por lo tanto está sujeto a las mismas limitaciones y errores que el resto de los conocimientos humanos. Las limitaciones hacen posible que las personas adquieran sesgos o prejuicios, y estos sesgos contribuyen en forma significativa a la formación y mantenimiento de los estereotipos sobre los grupos sociales.

Cualquiera sea la concepción teórica que se tenga sobre los estereotipos, no se puede negar que éstos ejercen una importante influencia en los procesos psicológicos tales como la percepción. Se puede afirmar que los estereotipos orientan la percepción de la persona de modo que se capta, se memoriza y se recuerda con más facilidad aquel tipo de información que concuerda con el estereotipo, además la persona tiende a atribuir a disposiciones estables los comportamientos que responden a la imagen estereotipada. De hecho, los estereotipos pueden orientar de tal modo la percepción respecto de los miembros del grupo estereotipado que se llegue a ver incluso lo “no existente”, siguiendo la ley de la “buena forma”, confirmándose y perpetuándose de esta manera. Pero no sólo se confirman y perpetúan, sino que sobretodo orientan el accionar de las personas.

#### 2.1.4 Percepción desde el punto de vista social

Se entiende por percepción social a un conjunto de complejos mecanismos adaptativos que tienden a la emisión de respuestas óptimas respecto a las transformaciones del medio. Como parte de este proceso es fundamental, además de la percepción del medio físico, la evaluación de la conducta de los demás y de los propios estados o expectativas.

Inicialmente, el término percepción social se utilizó para indicar la forma en que el medio social afecta los procesos perceptuales. Posteriormente se extendió e incluyó los mecanismos de percepción de los otros, la formación de impresiones, el reconocimiento de las emociones, la percepción que el individuo tiene de su medio físico y social, y más recientemente, el mecanismo de atribución.

La percepción no sólo depende de la naturaleza de los estímulos, sino que sobre ella influyen los estados y disposiciones del organismo. Percibir no es solamente recibir pasivamente estimulación; es seleccionar, formular hipótesis, decidir, procesar la estimulación eliminando, aumentando o disminuyendo aspectos de la estimulación. Los estímulos pueden ser acentuados en algunas de sus características (sensibilización selectiva) o por otra parte rechazados por un mecanismo de tipo selectivo (defensa perceptual).

Según algunos psicólogos sociales de las corrientes conductistas y transaccionistas la percepción se ve afectada por la práctica, la frecuencia y la duración del contacto con una determinada fuente de estimulación. La posición que ocupe el sujeto en el medio social y económico determinará todo un campo de experiencias y conductas que afectarán la forma como se percibe y actúa frente al medio. La percepción resulta afectada además por el aprendizaje, la motivación, la emoción y el resto de características permanentes o momentáneas de los individuos. El aprendizaje perceptual influye sobre los mecanismos de selección, disposición perceptual, rechazo, selección, categorización y clasificación de la información.

La percepción incluye diversas aristas, así hablamos de percepción de objetos, de colores, de imágenes pictóricas, de personas. No es lo mismo hablar de percepción de personas que de percepción de objetos. El proceso es básicamente el mismo, las personas poseen características físicas observables al igual que los objetos, pero al percibir personas se hace en función de una relación; esto implica que se debe hacer inferencias sobre sus características y también de sus estados no observables, se trata de predecir el comportamiento de los demás y para ello se debe en primer lugar percibir. En la percepción social predominan los juicios evaluativos y las inferencias respecto a los estados o intenciones de los otros, aunque estos juicios son difíciles de demostrar.

### **Influencia de los factores socioculturales en los procesos perceptuales**

Tradicionalmente se han distinguido tres medios: el cultural (totalidad de obras y producciones humanas), social (relaciones entre los hombres) y físico (generalmente ambientales). Se puede suponer que cada uno de ellos puede ejercer algún tipo de influencia sobre los procesos perceptuales y cognoscitivos, ya sea de manera directa, proporcionando un tipo particular y predominante de estimulación sobre el individuo o el grupo, lo que da lugar a un mayor contacto con la fuente de estimulación o a una mayor duración de los contactos, o en forma indirecta mediante la inducción de mecanismos biológicos, psicológicos o sociales de selección perceptual que generan hábitos de búsqueda u orientación hacia determinados aspectos del ambiente.

La percepción resulta afectada por las características permanentes o estables del medio físico, social y cultural, asimismo por el tipo de relaciones que el individuo establece con dicho medio. La relación no es unidireccional; el medio afecta las percepciones de los hombres, y éstos, a su vez, afectan y transforman el medio ambiente en función de su desarrollo cultural y social en base a programas y planes que suponen pre-concepciones y expectativas sobre la realidad.

El pertenecer a una determinada clase social también supone algún tipo de influencia en los procesos perceptuales, ya sea directa o indirecta, tiene relación con la riqueza estimulativa, con el medio ambiente, con el desarrollo físico y mental, con la educación, etc.

### **Influencia del grupo sobre la Percepción**

El estudio de este tipo de influencia se basa en establecer si realmente cambian las percepciones o el comportamiento de las personas en una situación de aislamiento o en una situación de grupo, pero ¿realmente ocurre un cambio perceptual o se trata más bien de una modificación en los juicios a fin de evitar situaciones de discrepancia pública con el grupo?. No se sabe a ciencia cierta que ocurre con el percepto del sujeto.

En el proceso de influencia del grupo pueden surgir dos tipos de defectos: la influencia normativa, que se refiere a una tendencia a conformarse con las respuestas y expectativas de los miembros del grupo independientemente de la percepción que se tenga, y la influencia informacional, que acepta como válida la información proporcionada por el grupo y como incorrecta la propia percepción, produciéndose una respuesta de aceptación. Entonces, el proceso de influencia a nivel perceptual está mediado por el mecanismo de conformidad, y en éste afectan diversas variables tales como la cohesión del grupo, la ambigüedad de la estimulación y tipo de respuesta, la competencia y el tamaño del grupo, además de la validez de los juicios del grupo.

Se debe destacar que toda la evidencia existente proviene de trabajos de laboratorio, por lo cual no es posible extrapolarlo a situaciones reales de influencias en ambientes naturales.

### **La percepción de los otros; percepción de la persona**

La percepción de la persona incluye procesos más complejos que el simple procesamiento de la información. Cuando se trata de evaluar a otros seres humanos intervienen mecanismos emocionales, cognoscitivos, motivacionales, que afectan la información, y el juicio que se emite no siempre corresponde con la entrada sensorial.

La percepción de la persona es un proceso que implica “organizar información sobre las personas y atribuirles propiedades”<sup>17</sup>

El proceso por el cual se debe pasar para que la persona se forme una percepción, consta de las siguientes etapas:

- Formación de impresiones

En el proceso de formación de impresiones deben distinguirse dos etapas: aprehensión y juicio. Ambos se generan a partir de datos observables que constituyen la materia prima, modificada por elaboraciones subjetivas basadas en los juicios del sujeto, los constructos o conceptos. Estos elementos se procesan de manera secuencial o simultánea, dando lugar a inferencias sobre los estados momentáneos o las disposiciones permanentes del sujeto.

Para elaborar la impresión el sujeto se apoya en un conjunto de fuentes de información:

- Indirectas (vía de otra persona).
- Apariencia (características externas de la persona).
- Conducta expresiva (expresión corporal).
- Conducta orientada a metas.
- Contexto
- Orden de presentación (secuencia en la cual se perciben los distintos indicadores de rasgos).
- Variabilidad (mínimo de estabilidad en la conducta para poder realizar un proceso de inferencia).

---

<sup>17</sup> NEWCOMB, Theodore. Psicología social: el estudio de la interacción humana. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1966. Pág.67

Todos estos factores se integran en un producto final que es la impresión, que podemos considerarla como una organización cognoscitiva con contenido específico estructurado de modo coherente y polarizado afectivamente.

Puede suponerse que las primeras impresiones son las decisivas, pues canalizan la información posterior; por el contrario, la información última puede ser más efectiva, pues anula, modifica o compensa las impresiones iniciales.

Un aspecto fundamental en la formación de impresiones es la capacidad de reconocer emociones. El reconocimiento supone la existencia de expresiones comunes de las emociones básicas, las cuales constituyen manifestaciones de naturaleza biológica. Se pueden identificar fielmente las emociones básicas: amor, alegría, ira, disgusto, temor, tristeza. Para el resto de las emociones, expresadas fundamentalmente en función de conductas aprendidas, se han aislado claves que califican la manifestación y que permiten su reconocimiento dentro de un contexto cultural determinado.

#### a) Proceso de Inferencia

Los psicólogos sociales suponen una primera etapa de recepción de información, que es la formulación de hipótesis respecto a cuáles son los rasgos o atributos que posee el sujeto; posteriormente se trata de determinar cuál es la organización o estructura de estos rasgos en función de un patrón que generalmente es una teoría implícita de personalidad; finalmente se elabora un juicio que permite la atribución, y en consecuencia, la predicción de la conducta del otro.

#### *Asignación de rasgos*

Se distinguen dos tipos de rasgos: los centrales y los periféricos. Los centrales son los determinantes en la formación de la impresión y establecen prácticamente la opinión que se tiene de la persona. Los periféricos forman agregados o conjuntos alrededor de los rasgos centrales. Las impresiones convertidas en categorizaciones tienden a estructurarse en sistemas cognoscitivos, las categorías varían en amplitud, profundidad y grado de implicancia emocional. De la combinación de estas características depende el juicio y la evaluación de los otros, y a partir de ellos se trata de predecir la conducta de las demás personas.

### *La formación de constructos personales*

Proceso de comparación sucesiva de los elementos, donde se trata de llegar a formular clasificaciones o conceptos (constructos) que nos permiten percibir de manera coherente el ambiente o las personas.

### *Modelo de Inferencia*

La impresión se inicia en el momento en que se observa una conducta y sus consecuencias (efectos). A partir de eso, el perceptor toma decisiones respecto al tipo de causa y supone la existencia de habilidades o conocimientos en el sujeto que le permite inferir sus intenciones.

#### b) Proceso de Atribución

Se entiende por atribución la inferencia de intenciones y rasgos que proporcionan información sobre las disposiciones del sujeto y las causas de la conducta.

Los procesos de atribución tratan de identificar las causas de la conducta; ello es posible mediante un mecanismo de comparación en el cual se utilizan diferentes marcos de referencia, por ejemplo, la comparación con la conducta de otros sujetos (consenso), la persistencia del rasgo en diferentes situaciones (distintividad) o en el tiempo (consistencia).

La búsqueda de las causas (reales o supuestas) permite construir posteriormente un sistema cognoscitivo para predecir la conducta. Se distinguen dos tipos de causas que corresponden a la forma de atribución: las externas (o exógenas), cuando la causa se percibe en el ambiente; y las internas (o endógenas), cuando se supone que la acción es causada por características del sujeto.

Al parecer las atribuciones son bastante estables y resistentes al cambio, existiendo además una tendencia a sobreestimar los mecanismos causales internos.

Las atribuciones también se ven afectadas por las situaciones de grupo, donde al parecer los sujetos son más radicales en los juicios y aumentan las conductas con riesgo de perjudicar a los demás; este fenómeno es denominado difusión de la responsabilidad. El mecanismo de atribución es quizá el que mejor refleja el papel del sujeto perceptor y de sus funciones cognoscitivas en la transformación de la información proveniente de la persona percibida.

c) Atracción interpersonal

La percepción de la persona culmina con la elaboración de la impresión y el establecimiento de un nexo entre el observador y el sujeto.

Se entiende por atracción como cualquier orientación directa (por parte de una persona hacia otra) que se puede describir en términos de signos e intensidades. Se puede entender además como una actitud compleja, ya que comprende una serie de sentimientos y cogniciones que determinan una predisposición hacia otras personas. Se considera que la similitud de las actitudes entre las personas es un factor importante en la atracción; la relación es lineal, a mayor similitud, mayor es la atracción. El atractivo parece tener relación con el grado de contacto y familiaridad que se tiene con el sujeto, igualmente en una relación lineal.

## 2.2 Fertilización Asistida

En los Derechos Sexuales Humanos Fundamentales y Universales declarados en el 13º Congreso Mundial de Sexología en 1997 en Valencia, España, revisados y aprobados por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong, República Popular China, se encuentran entre otros: **“El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables**, que abarca el derecho a decidir tener o no tener hijos, el número y espaciamiento entre cada uno; y **El derecho a la atención de la salud sexual**, que debe estar disponible para la prevención y tratamiento de todos los trastornos y problemas sexuales”.

Para efectos prácticos, un concepto importante que debe tenerse en cuenta es que la probabilidad mensual de embarazo de una pareja fértil es de sólo un 30%, porcentaje del cual llegan a término solamente un 15%, debido a que el 15% restante se pierden espontáneamente. Teniendo en consideración estas cifras, se puede dimensionar, lo que significa para una pareja en edad fértil, deseosa de ser padres, no lograr un embarazo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de un 2 a un 10% de parejas en el mundo, tiene dificultades para concebir un hijo cada año, y un 10 a un 15% en Chile<sup>18</sup>; llegando a estimarse que una de cada seis parejas en el mundo es afectada por la esterilidad, cifra que ha ido aumentando especialmente en parejas jóvenes.

Se entiende por Esterilidad a la incapacidad que tiene una pareja en edad fértil, de producir un hijo vivo; diferenciándose del término infertilidad, que según la Organización Mundial de la Salud, es cuando una pareja que luego de doce meses de relaciones sexuales regulares sin uso de anticonceptivos, no ha logrado el embarazo, cuando la mujer tiene más de 30 años de edad, o desde hace seis meses, cuando la mujer tiene más de 40 años de edad.

Los extraordinarios avances científicos que ha experimentado la humanidad en las últimas décadas, han permitido a la medicina moderna avanzar más allá de la supervivencia del ser humano, enfocándose principalmente en mejorar la calidad de vida del hombre y sus expectativas. Estos avances han resuelto desafíos y problemas nuevos entorno a la vida y su inicio. En este aspecto, uno de los temas más espectaculares ha sido el desarrollo de nuevas técnicas y conocimientos en torno a la reproducción del ser humano, como son los tratamientos de infertilidad, que permite, mediante el estudio y procedimiento adecuado, que un 70 a un 80% de la parejas infértiles logren el tan deseado embarazo; Cifra que se ve aumentada significativamente si los centros de medicina reproductiva incluyen el apoyo emocional a las parejas infértiles, como parte integral de su trabajo.

---

<sup>18</sup>REGISTRO CHILENO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Reporte 2001. Merk y Organon. p. 3.

### 2.2.1 Aspectos históricos

A fines del siglo XIX ya era una preocupación científica la infertilidad de etiología tubaria, es así como Mackenrodt en 1884 logra el éxito de concretar la gestación de dos mujeres mediante salpingostomía en casos de obstrucción tubaria. Morris en 1895, utilizó el recurso quirúrgico, logrando transplantar un ovario dentro del útero, intentando así corregir la infertilidad tubaria grave. A su vez, se introdujo al tratamiento quirúrgico el tratamiento hormonal, cuyo resultado no fue satisfactorio del todo por lo cual se empieza a desarrollar los primeros atisbos de la fertilización extrauterina (in Vitro). Así, en 1944 Rock y Menkin conjugan los conocimientos obtenidos de la época sobre inducción de la ovulación, manejo espermático y la fisiología del embrión preimplantacional para llevar a cabo en el futuro la fertilización extrauterina. Pero es en 1950 que Hammond publica un cultivo exitoso de embriones de ratas. Más tarde, en 1958 Mac Laren y Biggers publican que a través de fertilización y cultivo in Vitro con posterior implantación uterina obtuvieron el nacimiento de ratas.

Hasta ese momento el problema de la infertilidad se creía que sólo era de origen femenino, pero en 1968 los científicos ingleses Patrick Steptoe y Robert Edwards plantean que la capacitación espermática es igual de importante que el elemento femenino en el éxito de la fertilización.

Con el éxito de los trabajos de Mac Laren y Biggers más la nueva visión de Steptoe y Edwards, se resolvió de algún modo el problema de la infertilidad de la pareja el 25 de julio de 1978 a través del primer nacimiento de un niño vivo mediante fertilización in Vitro, ocurrido en la ciudad inglesa de Oldham en Cambridge Inglaterra<sup>19</sup>, donde nació Louise Joy Brown, abriendo una página totalmente nueva en el tratamiento de la infertilidad.

El rotundo éxito de la fecundación In Vitro, dio impulso a las actuales técnicas de reproducción asistida, que comprenden: la Fertilización in Vitro (FIV), Transferencia de gametos a la trompa (GIFT), Inyección intracitoplasmática del espermio (ICSI), entre otros.

**1978.** Nace Louise Brown, el primer bebé probeta, en el Reino Unido.

**1984.** Nace un bebé a partir de un embrión congelado en Australia, y en California, Estados Unidos, nace un niño fecundado con un óvulo donado.

---

<sup>19</sup> ROA, Armando. Fertilización asistida en el tratamiento de la infertilidad. En su: La medicina hacia el año 2000. Santiago de Chile, Universitaria, 1988. p. 126.

**1986.** Empiezan a usarse las técnicas GIFT (el óvulo y los espermatozoides se transfieren directamente a las trompas de Falopio de la paciente) y ZIFT (el óvulo fertilizado se deposita en estos conductos).

**1989.** El diagnóstico genético preimplantatorio se utiliza por primera vez para detectar enfermedades hereditarias.

**1992.** La microinyección o ICSI, que consiste en inyectar directamente un espermatozoide en el óvulo, da la oportunidad a los varones estériles (con semen de mala calidad) de tener descendencia.

**1994.** Una mujer italiana de 62 años tuvo un hijo gracias a un óvulo donado, que fue fecundado con el espermatozoide de su esposo.

**1997.** Nace un niño a partir de transferencia citoplasmática, una polémica técnica en la que el núcleo del óvulo materno se transfiere al gameto de una donante.

Hoy, casi veintinueve años después del nacimiento de Louise Joy Brown, la ciencia pone a disposición de la humanidad medicamentos y procedimientos que han revolucionado por completo el tratamiento de la infertilidad. Tales avances han aumentado progresivamente los nacimientos mediante reproducción asistida.

En 1999, se registraron más de 30 mil nacimientos por estos medios tan sólo en Estados Unidos.

En el año 2003, en Latinoamérica, se reportaron 5.849 embarazos que resultaron en 4.582 partos con uno o más recién nacidos vivos, y en el nacimiento de 6.268 neonatos vivos.

En el 2004 se reportaron 6.969 embarazos que resultaron en 5.233 partos con uno o más recién nacidos vivos, y en el nacimiento de 6.973 neonatos<sup>20</sup>.

Se estima que para el año 2006 hubo aproximadamente 197,000 a 220,000 recién nacidos vivos<sup>21</sup> en el mundo gracias a procedimientos de fertilización asistida y se calcula que desde 1.978, esta técnica ha sido la responsable de más de un millón de nacimientos.

La reproducción asistida se practica actualmente en 1.429 centros o clínicas, de un total de 49 países en el mundo, que en su mayoría corresponden a países desarrollados. En

---

<sup>20</sup> RED LATINOAMERICANA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida. En su: Reporte 2003 - 2004. Merk Serono y Organon, 2004. p. 25.

<sup>21</sup> AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE Fertility And Sterility. Published by Elsevier Inc. En su: Vol. 85, No. 6, June 2006. p.37

Latinoamérica para el año 2004, un total de 128 centros, de 12 países, reportó a la Red Latinoamericana de reproducción Asistida (RLA); entre los que se encuentran Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

### **Antecedentes históricos en Chile**

La comunidad científica chilena liderada por Dr. Alberto Costoya y Dr. José Schmitt, se interesó en el trabajo y resultados de Patrick Steptoe y Robert Edwards, así se reúne un equipo de médicos en 1983, año en que se realiza la primera aspiración de folículos, donde tras tres fracasos de fertilización in Vitro, se realiza un cuarto intento exitoso gracias a la colaboración del Dr. Aníbal Acosta, dando lugar a la primera gestación producto de la fertilización in Vitro en Chile, del cual nace el primer “niño probeta” en el país, el 25 de enero de 1985.<sup>22</sup>

A partir de este hecho, se fomenta el estudio de las técnicas de Fertilización Asistida en instituciones públicas y privadas, lográndose grandes avances, que se han incorporado a las clínicas de Fertilización Asistida en pro de las parejas infértiles, centrándose actualmente las actividades académicas del país en las especialidades y en procedimientos de alta complejidad.

Los actuales centros de reproducción asistida del país reportan tasas de embarazos e implantaciones superiores a las publicadas en el Registro de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (RLA), que cumple un rol fiscalizador para las instituciones que son partícipes, tanto en lo ético como en lo técnico<sup>23</sup>. En Chile participan de esta red un total de nueve centros, ubicados en ciudades estratégicas del país:

#### **Viña del Mar**

- “Unidad de Medicina reproductiva, Clínica de la Mujer”.

#### **Santiago:**

- Centro de Estudios Reproductivos, Hospital Clínico Universidad de Chile.
- Clínica los Dominicos
- Programa de Fertilización Asistida, Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI)
- Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica Alemana

---

<sup>22</sup> ROA, Armando. Fertilización asistida en el tratamiento de la infertilidad. En su: La medicina hacia el año 2000. Santiago de Chile, Universitaria, 1988. p. 127.

<sup>23</sup> REGISTRO CHILENO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Reporte 2001. Merk y Organon. p. 15.

- Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica Las Condes
- Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica Las Nieves

### **Concepción**

- “Centro de Fertilidad y Medicina Reproductiva Concepción S.A.”

### **Temuco**

- “Centro de Biotecnología y Reproducción, Cebior”, de la Facultad de Medicina de la U de la Frontera.

Los Centros de Reproducción Asistida en Chile se caracterizan por ser de origen privado, por lo que los costos de atención son elevados, destinándose estos tratamientos mayoritariamente a una población con alto recurso monetario, sin embargo, en el Sistema Público, desde el año 1992, FONASA, en conjunto con la Universidad de Chile, financia un convenio para parejas con diagnóstico de infertilidad que posean indicación médica para fertilización asistida en el estudio funcional de evaluación femenina y masculina, con la finalidad de proporcionar todas las prestaciones requeridas para el diagnóstico y tratamiento integral de fertilización y reproducción asistida.

Las atenciones del convenio suscrito por FONASA, para las parejas beneficiarias del Sistema Público de Salud a nivel país, son realizadas en el Instituto de Desarrollo Materno Infantil (IDIMI), de Santiago, cuya Unidad de Medicina Reproductiva trabaja con la asociación de tres entidades:

- Universidad de Chile
- Instituto de Investigaciones Materno-Infantil (IDIMI)
- Hospital Clínico San Borja Arriarán

A partir del año 2004 el Programa de Fertilización Asistida de FONASA comenzó a ser aplicado en los Servicios de Salud de Valparaíso-San Antonio, Viña del Mar - Quillota, Concepción y Talcahuano.

Las atenciones correspondientes para las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar, son realizadas en la Unidad de Medicina Reproductiva Clínica Reñaca, en tanto, las correspondientes a las ciudades de Concepción y Talcahuano, son efectuadas en el Centro de Fertilidad y Medicina Reproductiva Concepción.

Con respecto a la regulación de las actividades en fertilización asistida, para el Gobierno de Chile la investigación se fundamenta en el respeto a la dignidad de las personas. Se trata de

impedir que puedan ser sometidas a riesgos mayores, de manera involuntaria, y que, en caso de ocurrir algún riesgo, se responda razonablemente al daño causado.

De esta manera, los principales aspectos que se buscan asegurar son: evitar riesgos, compensarlos en caso de ocurrir, precisar los criterios para incorporar sujetos a cada investigación, y respetar su voluntad mediante procesos de consentimiento informado. A lo anterior se agregan los deberes de justicia que obligan a proteger preferentemente a los sujetos vulnerables, y a impedir que los recursos invertidos en investigación sean injustamente asignados o que se financie proyectos científicamente deficientes.

Para esto el Senado de la República de Chile durante varios años ha llevado a discusión proyectos de ley, siendo el año 2006 aprobado el “Proyecto de Ley que Regula la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma, y Prohíbe la Clonación Humana” esta tiene por finalidad proteger la vida de los seres humanos, desde el momento de la concepción, su integridad física y psíquica, así como su diversidad e identidad genética, en relación con la investigación científica biomédica y sus aplicaciones clínicas. Sin embargo, sus disposiciones no se aplicarán respecto de los procedimientos y técnicas cuyo único propósito sea lograr la reproducción asistida de los seres humanos, ni respecto de los mecanismos de anticoncepción.

Esta ley aprueba también la creación de un comité de ética que tendrá como función asesorar a los distintos Poderes del Estado en los asuntos éticos que se presenten como producto de los avances científicos y tecnológicos en biomedicina, así como en las materias relacionadas con la investigación científica biomédica en seres humanos, recomendando la dictación, modificación y supresión de las normas que la regulen.

### **2.2.2 Tratamientos en Fertilización Asistida (FA)**

Los tratamientos en fertilización asistida se han visto siempre como técnicas complejas, y se les han atribuido diferentes estigmas por creer que son métodos muy invasivos y poco naturales, pero la finalidad de su realidad, es el acercar los gametos entre si, facilitando su encuentro para que ocurra la fecundación.

Gracias a la amplia difusión del tema de la Fertilización Asistida a nivel mundial, por los medios de comunicación como Internet y publicaciones, los avances en el área de la FA son ampliamente conocidos y accesibles.

Cuando se habla de infertilidad, los Tratamientos se clasifican en: <sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> PEREZ, A. Ginecología. 3ª Edición. Santiago, Mediterráneo, 2003. p.919

Baja Complejidad:

1. Relaciones programadas

Este es el "tratamiento" más simple. Basándose en los resultados de análisis de sangre, el control de temperatura basal y ecografías vaginales, se determina el día del ciclo más fértil para mantener relaciones sexuales. Si los médicos lo consideran oportuno, la mujer se administrará algún fármaco para estimular la ovulación.

2. Inductores de la ovulación

La inducción de la ovulación es una de las primeras opciones en el tratamiento de la infertilidad. Consiste en la administración de medicamentos que estimulen la actividad ovárica a pacientes que no ovulan con normalidad. En la actualidad también se utiliza la inducción de la ovulación para aumentar la tasa de éxitos en fertilización asistida aunque la mujer ovule normalmente.

La terapia farmacológica que induce la ovulación contempla por ejemplo: Citrato de clomifeno, Gonadotropinas humanas, inductores de la ovulación HCG, entre otros.

De estos el más usado es el Citrato de clomifeno ya que es un fármaco de fácil uso, barato y con pocos efectos colaterales.

Mediana Complejidad:

1. Laparoscopia

Esta técnica consiste en la introducción de un pequeño catéter por una de las trompas de Falopio, que en su interior contiene los óvulos y los espermatozoides separados por una burbuja de aire, permitiendo que la fecundación ocurra de la forma más natural posible.

2. Seguimiento Folicular

Es un estudio para saber con exactitud el momento de la ovulación, que se realiza mediante un seguimiento ecográfico para ver directamente el desarrollo y ruptura folicular, estudios hormonales y del mucus cervical.

### 3. Inseminación Artificial

Consiste en obtener una concepción humana mediante la transferencia de semen, previamente preparado, a las vías genitales de la mujer en el momento próximo a la ovulación.

#### Alta Complejidad:

#### 1. Inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI)

Es un método de fertilización asistida que permite solucionar la incapacidad del espermatozoide de atravesar la zona pelúcida hacia el citoplasma del ovocito, a través de una inyección con una micro pipeta que introduce el espermatozoide al ovocito mediante control microscópico.

#### 2. Fertilización In Vitro y transferencia embrionaria (FIV/TE)

Fertilización in Vitro es un procedimiento de laboratorio que consiste en la unión de gametos fuera del cuerpo de la mujer (extra-corpóreo), cuando éstos se encuentran imposibilitados para hacerlo en su sitio natural. Al producirse esta fecundación satisfactoriamente, se procede a realizar la transferencia embrionaria, que consiste en el transporte del óvulo fecundado a la cavidad uterina (Aquellos embriones extras que quedan después de la transferencia pueden ser criopreservados para una transferencia futura).

#### 3. Transferencia de gametos a la trompa (GIFT)

Es un método en que los gametos previamente seleccionados, son introducidos laparoscópicamente en la trompa de Falopio, con la finalidad que se produzca la fecundación en su sitio natural, por lo tanto es indispensable que la mujer tenga a lo menos una trompa sana.

#### • **Complicaciones en el tratamiento**

Las complicaciones más importantes y frecuentes que puede causar la laparoscopia son: la infección pelviana por mal manejo en cirugía y el embarazo múltiple.

Las complicaciones más frecuentes del FIV/TE son: Síndrome de hiperestimulación ovárica, embarazo tubario, torsión ovárica, infección pelviana y perforaciones.

(El “síndrome de hiperestimulación ovárica” consiste principalmente en el crecimiento excesivo de los ovarios con características quísticas, alteraciones de tipo vascular asociadas a la permeabilidad, determinándose la salida de fluido del espacio intravascular al extravascular con formación de un tercer espacio. Las principales complicaciones de este síndrome, se deben al aumento de la permeabilidad capilar, lo cual conlleva a una hemoconcentración y a un aumento de los factores de la coagulación, provocando tromboembolismos y problemas renales como la oliguria, haciendo que se presente signos y síntomas como náuseas, vómitos, disnea, diarrea y falta de apetito)

Complicaciones más frecuentes de los procedimientos de GIFT son: Hiperestimulación ovárica, Embarazo tubario, Torsión Ovárica, hemorragia por lesión de la pared vaginal, infección pelviana (absceso tubo ovárico) sangrado ovárico y Embarazo múltiple.

Los porcentajes de malformaciones presentadas por embarazos asistidos, no son mayores que el porcentaje común de malformaciones en recién nacidos de la población general; lo porcentualmente mayor, en embarazos de reproducción asistida, son los casos de de multigestación, ocasionada por la cantidad de embriones transferidos al útero de la madre.

### **2.2.3 Aspectos emocionales implicados en la infertilidad y su tratamiento**

La introducción de la fertilización asistida en la medicina moderna ha sido un tema revolucionario desde el siglo pasado, donde se ha avanzado fundamentalmente en el desarrollo de las áreas técnicas, pero el conocimiento de las emociones y sentimiento de las parejas que se tratan se ha relegado a un segundo plano, por lo tanto, no es mucho lo que se sabe, y después de ver las complicaciones de la fecundación asistida, tanto en el hombre como en la mujer y los tratamientos empleados, es sumamente importante conocer como se viven las distintas etapas y cómo es posible mantener estable a las parejas dentro de la felicidad que implica un tratamiento efectivo, o la angustia que se vive después del fracaso.

Generalmente la persona más afectada de las parejas que requieren de fertilización asistida es la mujer, por diversos factores, uno de ellos es que la mayoría de las veces solamente se le atribuye a ella la dificultad para concebir, otro hecho es que socialmente se predispone a las mujeres a ser el problema en la pareja por ser la más frágil y emocional. En este último punto, es importante recalcar que la emocionalidad de la mujer es muy comparada con la del hombre, por ser la más marcada o notoria.

La infertilidad en Chile, como ya se ha mencionado anteriormente, abarca aproximadamente el 15% de las parejas en edad fértil. La cantidad de gente que tiene complicaciones para poder concebir un hijo entonces es alta, y los problemas emocionales, sentimentales y de

conducta que conllevan, existen en cada uno de los casos y afecta toda su vida personal, como pareja y social.

En Chile, en un estudio que se realizó en Santiago en Unidades de Medicina Reproductiva de un establecimiento de salud universitario y dos centros privados se hizo una comparación entre hombres y mujeres en cuanto a cómo viven la infertilidad, encontrándose que la ansiedad y la desesperanza son vivencias presentes en ambos sexos. Entre las mujeres destacan la inestabilidad del ánimo (75%), pena (68,1%), rabia (50%), disminución del deseo sexual (43,1%) y envidia hacia la mujer embarazada (38,9%). Los síntomas más referidos por el sexo masculino fueron: ansiedad (46,7%), pena (36,7%), inestabilidad del ánimo (33,3%), desesperanza (23,3%) y rabia (20%). Por lo que se pudo concluir que hombres y mujeres muestran distintas reacciones en torno a la infertilidad.<sup>25</sup>

En el siglo pasado la causa de la infertilidad era atribuida a factores psicológicos de las personas, o sea, la causa de la infertilidad era de origen inexplicable en la mayoría de los casos, basándose, por ejemplo en que una de las parejas tenía problemas en su infancia que le hacían sentir rechazo hacia el ser padres, por un rechazo propio a los suyos. Hoy en la actualidad en cambio se ven los problemas psicológicos como una consecuencia de la infertilidad más que una causa. Ahora las causas psicológicas que pueden conllevar a una infertilidad podrían ser una anorexia nerviosa o las disfunciones sexuales.

Una perspectiva interesante en el tema de las parejas infértiles entonces es la consecuencia de esta infertilidad desde el momento en que se sabe hasta el final del tratamiento, donde se puede llegar a un buen término, logrando tener un hijo y plena felicidad, independiente del gasto económico ya que ha sido bien justificado. Según el diccionario de la real academia,..."felicidad es el estado de ánimo que se complace en la posesión de un bien"...<sup>26</sup>, por lo cual, la pareja que llega a este punto tiene ya un grado de satisfacción superado, si no es así puede ser que se haya intentado la gestación sin lograrlo, o haber sufrido una pérdida del embarazo, lo que puede ocurrir en repetidas ocasiones, por las múltiples sesiones que mantienen las parejas por la esperanza de poder lograrlo. Es importante entonces, para los profesionales de la salud que mantienen contacto con este grupo de personas, que sepan cómo tratar y procurar satisfacer las necesidades de las parejas que pasan por difíciles experiencias. Esta participación debe incluir educación y apoyo emocional.

---

<sup>25</sup> [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0717-75262002000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-75262002000100004&lng=es&nrm=iso), Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento, Consulta 11-07-07, 17:45.

<sup>26</sup> <http://buscon.rae.es/draeI/>, Consulta 11-07-07, 16:00

El impacto se describe en dos ámbitos, el primero es cuando se realiza un gran gasto emocional, caracterizado por episodios de ciclicidad entre la esperanza y el fracaso en el tratamiento, y el segundo es el alto costo económico, el dolor físico en los procesos y la pérdida de la privacidad sexual.

En estudios que han evaluado las alteraciones emocionales de las parejas que consultan por infertilidad, se ha encontrado lo siguiente: sentimientos de inadecuación, desesperación, pena, envidia y celos hacia la mujer embarazada, miedo, pérdida de la libido, impotencia e inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa, depresión e ideación suicida.

El fracaso es un desenlace habitual en los tratamientos de la infertilidad. Según la Red de Fertilización Asistida de Latinoamérica, ocurre en alrededor del 70% de los casos, dependiendo del tipo de tratamiento y de la edad de la mujer; reportándose en el año 2004 un total de 24.588 procedimientos de reproducción asistida, de los cuales resultaron solamente 6.960 embarazos, de los que 5.233 fueron partos con 1 o más nacidos vivos, dando un total de 6.973 neonatos<sup>27</sup>

Las parejas, luego de un fracaso emocional, comúnmente sufren de alguna alteración psicológica, entre estas, está el hecho que como pareja o matrimonio se sientan incompletos sin un hijo; puede haber una disminución del placer en la relación sexual, ya que ésta puede llegar a ligarse solamente con el fin reproductivo; llegar a ser un tema tabú dentro del vínculo familiar y como pareja; haber conflictos de intensidad con respecto a la necesidad de ser padres, y a generarse reproches entre la pareja por la disposición de tener un hijo.

Es importante mencionar que los fármacos utilizados en algunos de los tratamientos de fertilidad producen alteraciones del estado de ánimo. Por ejemplo, el citrato de Clomifeno utilizado en la inducción de ovulación produce irritabilidad, labilidad emocional y aumento de los síntomas del síndrome pre-menstrual. A su vez, el Acetato de Luprolide, utilizado en la Fertilización in Vitro para la regulación hipotalámico-hipofisiaria, puede producir, entre sus efectos secundarios, depresión, problemas cognitivos (de atención, concentración y memoria) y alteraciones de la motricidad fina.

David Viscott en su libro “El lenguaje de los sentimientos” describe que...“los sentimientos son nuestra reacción al mundo que nos rodea, resumen lo que hemos vivido y nos dicen si ha sido grato o doloroso”.... Existen 2 tipos de sentimientos, los positivos y los negativos, estos últimos interfieren con el placer, agotan la energía y dejan al sujeto extenuado, acarrean todo el impacto de la pérdida como la percepción de pequeñas muertes por donde quiera que se mire.

---

<sup>27</sup> RED LATINOAMERICANA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida. En su: Reporte 2003 - 2004. Merk Serono y Organon, 2004. p. 19.

Un impacto emocional produce variadas respuestas, inicialmente se produce ansiedad, que es temor al daño o a la pérdida, sea real o imaginada, que aún no se ha producido o no ha sido aceptado; cuando una persona experimenta un daño o una pérdida, siente dolor. El dolor es un desequilibrio y exige una respuesta de energía, esa energía expresada se llama rabia, cuando esa energía no puede ser exteriorizada como enojo y en lugar de ello se interioriza contra él, ya es percibido como culpa y una culpa no aliviada lleva a la depresión. Por tanto la forma en que se percibe una pérdida depende de la ubicación en el desarrollo emocional personal. Cuanto más importante la pérdida, más grande es el daño.<sup>28</sup>

En general la primera respuesta ante la pérdida es la negación, el sentimiento de vacío y de aislamiento se hacen mas profundos, aunque la persona trata de controlar sus sentimientos.

La infertilidad desde el punto de vista emocional se ha visto siempre como una pérdida. Esta pérdida puede vivirse de diferentes maneras dependiendo de la fase: la primera es cuando el embarazo no ocurre cuando se suponía, la segunda cuando se suceden los ciclos de tratamiento y éstos no resultan exitosos, y por último, cuando un eventual embarazo culmina en un aborto. Las dos primeras, en las cuales la pérdida es invisible ya que nunca se ha concebido, ni se vio, ni se sintió, ni nunca nació, el duelo es más difícil.

- **Fases del Duelo en la Infertilidad**

<b>Fases</b>	<b>Sentimientos predominantes</b>
<b>Paralización</b>	Shock Incredulidad Cuestionamiento
<b>Anhelo</b>	Reminiscencia Miedo Culpa
<b>Desorganización y desesperación</b>	Ansiedad, miedo Soledad, aislamiento Desesperanza Impotencia Desesperación

---

<sup>28</sup> David Viscott, "El Lenguaje de los Sentimientos" Editorial Top Emece, 1997, pág183.

Depresión

**Reorganización**

Aceptación

Alivio

En cuanto a las repercusiones económicas y laborales según el estudio en Santiago, mencionado anteriormente, se destaca la percepción acerca del costo económico de (los) tratamiento(s) de infertilidad. Para un 64,6% de los pacientes esto constituyó un problema, independientemente de si los pacientes se atendían en el hospital universitario o en alguna de las clínicas particulares. Es un problema que tienden a asumir solos, sin solicitar ayuda de familiares. Un porcentaje reducido recurre a préstamos bancarios. Un tercio de la muestra refirió tener que trabajar más para asumir estos gastos. En cuanto a las consecuencias de la infertilidad en la capacidad laboral, un 23% de los pacientes que trabajaba reportó sentir que ésta había disminuido. Un porcentaje considerable (22%) manifestó tener problemas en su trabajo para asistir a los controles médicos.<sup>29</sup>

Para lograr entonces que se mantenga un equilibrio que puedan solventar los pacientes, con respecto a las repercusiones que tiene la infertilidad y su tratamiento, debería, en cada clínica o hospital que entrega el tratamiento, tener un equipo multidisciplinario que esté predispuesto a encontrarse con situaciones emocionales conflictivas, y poder dar la ayuda necesaria en los distintos casos. Lo ideal sería tener un equipo en salud mental asociado con el equipo de medicina reproductiva, que pueda intervenir y tratar a la vez la integridad emocional de las parejas que asisten a estos centros.

---

<sup>29</sup> [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0717-75262002000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-75262002000100004&lng=es&nrm=iso), Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento, 11-07-07, 17:45.

#### 2.2.4 Rol de la matrona en Fertilización Asistida

El rol del profesional matron(a) tiene múltiples enfoques a lo largo del ciclo vital de la mujer, abarcando el proceso de gestación, parto y puerperio, hasta el área comunitaria y de gestión, con intervención a nivel de salud familiar y de políticas sociales.

En los últimos años, el profesional matron(a) se ha incorporado a nuevas áreas, dentro de las cuales está la fertilización asistida y ha adquirido las competencias específicas para dicho campo laboral, a través de estudios de formación continua en la Educación Superior como Diplomados y/o Magísteres.

También hay instituciones de salud privadas como la Clínica Las Condes, que imparte cursos sistemáticos para perfeccionarse en el área, respaldados por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.

El profesional matron(a) está en directa relación con la pareja infértil ya que interviene en el contexto de un equipo de salud multidisciplinario, desde la etapa de diagnóstico hasta la resolución del tratamiento de la pareja.

En la etapa de diagnóstico, el matron(a) tiene el primer contacto con la mujer, establece con ella las etapas del proceso que va a iniciar en conjunto a su pareja, realizando una anamnesis muy completa y detallada sobre el tema, también efectúa el examen físico general, segmentario y ginecológico. En la primera sesión, se coordina con el médico gineco-obstetra con especialización en Fertilización Asistida, para la solicitud de exámenes en la mujer como: FSH, LH, estradiol y progesterona, entre otros, según sea el caso. También coordina para la solicitud de ecotomografía transvaginal, histerosalpingografía y espermiograma en el hombre. De igual modo, coordina con el técnico paramédico, para concertar el día y hora de toma de muestra.

Finalizada la primera sesión, el profesional matron(a) debe efectuar un pre-diagnóstico biopsicosocial de la mujer, para iniciar el trabajo en conjunto con el equipo multidisciplinario y coordinarse con el profesional pertinente dentro del equipo para informarle si existen alteraciones detectadas.

Además debe establecer una relación empática con la usuaria, para generar lazos de confianza y valorar el estado psicoemocional, para trabajar en conjunto al psicólogo durante el tratamiento.

Posterior a la evaluación médica, se establece un diagnóstico de la pareja, por lo cual el profesional matron(a) y el médico especialista tienen una sesión con la pareja, para informar

los resultados de la evaluación, dar una consejería sobre las alternativas viables, y consensuar con la pareja la estrategia seleccionada.

En la etapa de tratamiento, el profesional matrn(a) cumple diversas actividades, en los casos que se utiliza las relaciones programadas para obtener la gestación, realiza un rol educativo y de consejería, enfocándose primordialmente en el ciclo menstrual y ovulativo de la mujer, para que las parejas mantengan relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer, también administra fármacos inductores de ovulación, según sea el caso.

En los casos que se selecciona un método de mediana complejidad, como la laparoscopia para lograr la fecundación, coordina con la pareja para la obtención de espermatozoides y administra fármacos inductores de la ovulación previamente. Prepara a la mujer para la realización del procedimiento y colabora con el equipo médico para éste. Educa a la mujer para la utilización suplementación diaria de progesterona.

Cuando se utiliza el seguimiento folicular, el profesional matrn(a) administra los fármacos según esquema de inducción, también coordina y colabora en el seguimiento ovular a través de ecografías seriadas.

En la inseminación artificial, administra fármacos inductores de ovulación, posteriormente coordina o realiza el seguimiento folicular; para la madurez folicular administra una inyección de HCG. Coordina con la pareja para la obtención de espermatozoides, colaborando con el médico para la realización de inseminación artificial con asistencia técnica.

En los tratamientos de alta complejidad, como fertilización in Vitro y transferencia embrionaria, administra los fármacos inductores de ovulación, realiza o coordina el seguimiento ovular ecográfico. El matrn(a) prepara a la mujer psicoafectivamente y coordina previamente para obtener el aporte espermático de la pareja, según sea el caso. Coordina la preparación del pabellón y ejecución de la aspiración folicular, que es realizada por un equipo médico.

Para la transferencia embrionaria, el profesional matrn(a) debe coordinar la sala de procedimiento para su ejecución y preparar a la mujer para dicho procedimiento.

Cuando se realiza una transferencia de gametos a las trompas, el profesional matrn(a) cumple el mismo rol descrito para la inducción de ovulación y aspiración. Posteriormente coordina para la transferencia de los gametos a través de laparoscopia, colaborando con asistencia técnica.

En la realización de la técnica de Inyección Intracitoplasmática de espermatozoide, el rol del matrn(a) es el mismo en cuanto a la inducción de la ovulación, aspiración folicular y transferencia embrionaria. Para dicha procedimiento debe coordinar con la pareja para la ejecución de la técnica por el equipo médico.

Para evaluar el éxito de la transferencia embrionaria, el profesional matrn(a), solicita examen de gonadotrofina coriónica a los 14 días post transferencia. Coordina o ejecuta ecotomografía transvaginal en los casos que la gonadotrofina coriónica sea positiva para la gestación.

En caso de no concretarse la gestación, la mujer reiniciará el tratamiento y comenzará un nuevo ciclo, en el cual el matrn(a) debe contener el aspecto emocional de la pareja, además de consensuar con el equipo y pareja el número de ciclos estimados para la finalización del tratamiento.

Es muy importante el rol profesional del matrn(a) en cuanto a la coordinación con el equipo médico y la pareja, por ser un agente facilitador entre ambos.

El rol contenedor psicoafectivo, es un requisito fundamental, debido a que son parejas con años de espera y en algunos casos con un número elevado de ciclos, sin éxito alguno. El deseo de tener un hijo genéticamente propio, es una necesidad insatisfecha hasta el momento del logro de la gestación, por lo cual será una pareja emocionalmente demandante, en proceso de duelo de infertilidad, por lo cual el profesional matrn(a) debe tener una formación sólida desde el aspecto profesional y personal.

---

## **Capítulo 3**

### **OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

---

---

#### **2.1 Objetivo General**

Analizar desde un enfoque cualitativo las percepciones sociales de las matronas del sector privada, respecto a la incorporación del profesional matró(n)a al área de Fertilización Asistida, como un nuevo campo laboral y las competencias necesarias para dicha incorporación.

---

## Capítulo 4

# METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

---

---

### 4.1 Tipo de Investigación

Para los propósitos del presente estudio respecto de las “Percepciones sociales de las profesionales matronas, pertenecientes al servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Reñaca, Viña de Mar, con más de diez años de ejercicio de la profesión en la institución, respecto a la incorporación del profesional matrn(a) al campo laboral de la Fertilización Asistida, al año 2007”, se ha considerado trabajar con la metodología de tipo cualitativa, todo esto en función de que proporciona una mirada holística de los fenómenos sociales que incluyen al sujeto como observador: “un sistema es una realidad compuesta por un sujeto y la realidad que ese sujeto intenta objetivar”<sup>30</sup>

El tema abordado en el presente estudio es de tipo cualitativo debido a la mayor profundidad en la pesquisa y análisis de la información que aportará en relación a los objetivos de la investigación.

Es posible distinguir características específicas relativas a la investigación cualitativa que justifican el uso de este tipo de metodología en el presente estudio:

- Se visualizan a las personas y los contextos desde una perspectiva holística.
- Los investigadores son sensibles a lo que su sola presencia puede causar sobre las personas que son objeto de su estudio.
- Se entienden los marcos referenciales pertenecientes a cada sujeto de la red social.
- Se consideran como valiosas todas las perspectivas, ninguna es mejor o peor que la otra.
- Se asegura la validez del estudio, en relación a la correspondencia término a término entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace.
- La investigación cualitativa permite realizar formulaciones acerca de un aspecto de la realidad.
- El investigador cualitativo asume sus propias valoraciones o creencias respecto de un fenómeno, por lo que se asume como un sujeto en proceso.

En esta investigación no corresponde plantear hipótesis, así como tampoco existe manipulación de variables, ya que se trata de una investigación cualitativa, donde el fenómeno se manifiesta en su contexto natural. El investigador no debe tratar de manipular el

---

<sup>30</sup> IBÁÑEZ, J. Más allá de la sociología: grupo de discusión, teoría y crítica. México, Siglo veintiuno, 1991.p. 111.

medio en el que se desarrollan los fenómenos o hechos. De esta manera, se puede conocer cuál es el significado que las personas le otorgan a sus experiencias, interacciones y vidas en sus propios términos.

#### **4.2 Tipo de Estudio**

La presente investigación cualitativa corresponde al tipo analítico.

Es de tipo analítico porque se realiza una revisión de las categorías planteadas de acuerdo al objetivo de la investigación.

#### **4.3 Universo**

El universo del cual se extraerá la muestra o grupo de estudio, corresponde a un total de 27 profesionales matronas que ejercen en la Clínica Reñaca de Viña del Mar, del Servicio de Obstetricia y Ginecología, al año 2007.

De las cuales 7 son contratadas por la Clínica Reñaca y 20 ejercen la libre práctica de la profesión dentro de equipos de salud del sector privado.

#### **4.4 Criterios de Inclusión**

El criterio de selección de las profesionales matronas(es) a entrevistar corresponde a:

- Contratadas.
- Con ejercicio actual en el año 2007 en la Clínica Reñaca.
- Con 10 o más años, de ejercicio en la Clínica Reñaca.
- Que se desempeñe en el Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Que acepte participar de la investigación.

#### **4.5 Criterios de exclusión**

- No contratadas.
- Con ejercicio actual, de menos de 10 años en la Clínica Reñaca.
- Que no ejerza su profesión en la Clínica Reñaca, durante el año 2007.
- Que no se desempeñe en el Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Que no acepte participar de la investigación.

#### **4.6 Muestra de estudio**

De acuerdo al paradigma cualitativo la muestra de la presente investigación se describe como intencional, dado que ésta es el producto de un procedimiento de selección establecido por criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos.

Los profesionales que cumplen con los criterios de inclusión son un total de 7 profesionales matronas. El número total de entrevistadas corresponde hasta la obtención del punto de saturación.

#### **4.7 Muestreo**

Corresponde a 6 profesionales matronas, con más de diez años de ejercicio en la Clínica Reñaca, contratadas, pertenecientes al Servicio de Obstetricia y Ginecología, al año 2007, que accedieron a la entrevista realizada.

#### **4.8 Justificación del grupo de estudio**

Debido a que el campo laboral de la Fertilización Asistida está instaurado mayoritariamente en el área privada, el grupo de estudio debía pertenecer a esta área. En la realidad regional, el único centro que está avalado por la Red Latinoamericana de Fertilización Asistida es la “Unidad de Medicina reproductiva, de la Clínica de la Mujer”, cuyo equipo de salud comenzó su gestión y funcionamiento en la Clínica Reñaca, para luego independizarse e instaurarse como un centro especializado en parejas infértiles, en la Quinta región.

Las profesionales matronas de la Clínica Reñaca, con más de 10 años de ejercicio en la institución, tuvieron vinculación directa con el equipo de salud, que ejerce actualmente en la Clínica de la Mujer, además de relacionarse frecuentemente con las gestantes y recién nacidos productos de fertilización asistida, lo cual les faculta para otorgar una percepción sobre la incorporación del profesional matrón(a) a este campo.

#### **4.9 Técnicas de Recolección de la Información**

Dentro de la metodología de tipo cualitativa, se distinguen diversas técnicas mediante las cuales es posible recolectar la información necesaria para la realización de una investigación, de las cuales se ha seleccionado la entrevista en profundidad, para el tema de tesis en cuestión.

Se descartó la utilización de grupos de discusión, principalmente por una razón: “Es fundamental que no sea un grupo previo (o grupo natural), así como que no haya rastro de

relaciones previamente constituidas, para evitar interferencias en el producto de su habla”<sup>31</sup>, lo cual no se cumple en el grupo de estudio de la presente investigación, dado que las matronas objeto de estudio se desempeñan en el centro de salud, lo cual supone la existencia previa de relaciones entre ellas.

La entrevista en profundidad permite obtener información rica y extensa en datos cualitativos, respecto de las percepciones sociales que tengan las profesionales matronas respecto a la incorporación del profesional matrón(a) al campo laboral de la Fertilización Asistida, en interacción con la entrevistadora, otorgando una fluidez mayor entre tema y tema, de acuerdo al objeto de la tesis.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto se puede señalar que la técnica de entrevista en profundidad se constituye como la forma más adecuada de aproximarse a las percepciones del grupo de estudio en relación a la incorporación del profesional matrón(a) al campo laboral de la Fertilización Asistida, dada la riqueza comunicativa que aporta esta técnica, aportando fluidez en dirección a los temas desarrollados en la entrevista.

La entrevista consta de preguntas ejes, establecidas de acuerdo a los objetivos de la investigación, que se presentan junto a los anexos de la investigación.

Las entrevistas serán realizadas por 2 tesisistas, el rol de la primera consiste en interactuar con la entrevistada, guiando el diálogo hacia las preguntas ejes, el rol de la segunda tesisista consiste en la recolección de datos en cuanto al lenguaje gestual y corporal de la entrevistada, además de la grabación de la entrevista. La transcripción de ésta, corresponde fielmente al diálogo establecido y al lenguaje corporal y gestual, para el análisis de contenido como el plan de procesamiento de datos de la investigación.

### **4.10 Plan de procesamiento y análisis de los datos**

En la investigación será utilizada la metodología de Análisis de contenido, el cual “... se realiza mediante la codificación de los discursos contenidos en la totalidad de las entrevistas”<sup>32</sup>.

“El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> DELGADO, J. y GUTIERREZ, J. Métodos y técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Madrid, Síntesis, 1998. p. 292

<sup>32</sup> DELGADO, J. y GUTIERREZ, J. Métodos y técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Madrid, Síntesis, 1998. p. 180.

<sup>33</sup> KLAUS, K. Metodología de análisis de contenido. Barcelona, Paidós, 1997. p.28.

La metodología de análisis de contenido, se selecciono a través del texto “Metodología de análisis de contenido: Teoría y práctica de Krippendorff, del cual se desprende la importancia de dicha selección, que se presenta a continuación:

- El análisis de contenido tiene una orientación exploratoria, lo cual favorecería el procesamiento de los datos, de cuyo tema no existen estudios anteriores, por lo cual dicha metodología se ajusta claramente al tipo de investigación.
- El análisis de contenido trasciende el texto de las entrevistas en sí, permite realizar inferencias a partir de la percepción social de un grupo de matronas, en relación a la incorporación del profesional matró(n)a al campo laboral de la fertilización asistida, relacionándose con la teoría de sistemas, en que las asociaciones de un subsistema influyen en un todo, dentro de la estructura sistémica.
- La metodología de análisis de contenido, adecuadamente desarrollada, permite realizar inferencias reproducibles, es decir, de aplicarse la misma técnica a los datos de este estudio, debiera llegarse a los mismos resultados, por parte de otros investigadores.
- El análisis de contenido, adecuadamente desarrollado, permite la validez, es decir, que las inferencias se mantienen ante datos obtenidos en forma aislada.

En conclusión, se ha seleccionado el análisis de contenido por ser el método que asegura una mayor confiabilidad para el desarrollo de la investigación de las tesis de pregrado.

El análisis de contenido se desarrollara del siguiente modo:

- Establecimiento de las Unidades de Contenido: Se establecerán las unidades de contenido desde el corpus textual, es decir, se seleccionara de todas las entrevistas las expresiones relevantes para los objetivos de la investigación.
- Organización de las Unidades de Contenido: Se agruparán las unidades de contenido con expresiones de similar significancia u orientación.
- Agrupación de las Unidades de Contenido a través de Unidad de Significado: Cada agrupación de unidades de contenido, serán englobadas bajo un concepto denominado unidad de significado.
- Construcción de Subcategorías: Cada unidad de significado será descrita de acuerdo a su conjunto de unidades de contenidos, las cuales en su totalidad deberán responder a

dicha descripción, lo cual corresponde a una subcategoría. Entonces, una subcategoría será una unidad de significado, incluyendo la descripción de ésta.

- **Construcción de Categorías:** Las subcategorías que tengan similitud en significancia u orientación, se agruparan en categorías, con requisito que cada categoría sea excluyente cada una entre sí, además de su construcción en exhaustividad, realizándose una nueva descripción que abarque las subcategorías correspondientes, en que cada unidad de contenido debe responder a la descripción de la categoría. Las subcategorías que no sean similares en contenido a otras subcategorías, pasaran a formar parte de las categorías, quedándose con su descripción preexistente, en calidad de categoría.

---

## Capítulo 5

# ANÁLISIS DE CONTENIDO

---

---

### 5.1 Tabla de Análisis

Unidad de Significado	Unidad de Contenido	Ubicación
Ampliación del campo laboral	<p>A mi me parece (respira profundo, fija la mirada en el entrevistador) queeee... es un campo más que se abre para la...para la matrona poh, me parece estupendo, o sea, yo creo que la matrona tiene un..ehh!! (balucea). un campo amplio con la mujer..., desde la niñez , la adolescencia hasta la etapa de..de pos menopáusico, y creo que hay muchas áreas que todavía no hemos explotado y muchas otras que hemos dejado un poquitito abandonada y tenemos así como a libre albedrío para que las tome cualquier otro tipo de profesional y yo creo que mientras más campo tengamos las matronas ...mejor. (voz firme)...</p>	Entrevista 1 Pág. 2 Líneas 3-4-5-6-7-8-9
	<p><b>¿Que proyecciones percibe Ud. con respecto a la fertilización asistida como campo laboral de la matrona?</b></p> <p>Yo lo veo bueno, ahora si tú piensas que un centro como el del frente que trabaja con dos matronas no es una gran cantidad de matronas las que van a absorber una cosa así, porque como es una cosa asistida es programada, entonces se programan los ciclos, se programan las inyecciones, entonces todo se programa! (suspira, cruza los brazos y se los lleva al pecho) entonces tú no necesitas un turno de 24 hrs. de matrona para...al servicio de, entonces no es un gran campo laboral para un gran número de matronas, eso no lo es.</p>	Entrevista 1 Pág. 4 Líneas 115-116-117-118-119-120

	<p>(Frunce el ceño, pensativa) A ver..., eso en relación a quién lo dices, porque tienen que tener alguna base de que en algún lugar se está incorporando la matrona, la verdad es que yo no tengo mucho conocimiento de que estén trabajando matronas mas que una que está trabajando al frente que es la única que yo sé. (minutos de silencio)...</p> <p><b>¿Ud. percibe proyecciones con respecto a la fertilización asistida como campo laboral de la matrona?</b></p> <p>Sí, yo creo que sí</p> <p><b>¿Por el número de personas?</b></p> <p>Por el número de pacientes y por el número de campos que se han abierto.</p> <p>al entrevistador y se acomoda en su asiento) cinco que es,... poco, pero cinco matronas en fertilización asistida y que quieran trabajar en viña, ¡acá no tiene donde trabajar! (alza el tono de voz, levantando los brazos) Porque tiene una y con esa una hacen todo, que no deberían, deberían tener muchas más y una cosa es también, se ve por la parte económica, entonces, y como el servicio de salud no esta a cargo de este cuento, no, no no se si está a cargo, pero tiene estos centros de fertilización asistida, no hay campo pa' la gente, entonces es ¡Pucha que rico! (alza el tono de voz) yo soy especialista en fertilización asistida pero no tengo donde trabajar... y terminas perdiendo tu especialización, entonces deberían haber más centros, ahora, como vamos a arreglar si es una cosa que el AUGE no la va a tomar, que el consultorio no lo va ha hacer ¿te vas fijando? Es cuestión de plata esto poh! Si fuéramos un país desarrollado habrían muchos mas centros y la gente iría gratis!...</p>	<p>Entrevista 2 Pág. 2 Líneas 3-4-5-6</p> <p>Entrevista 2 Pág. 4-5 Líneas 128-129-130-131-132</p> <p>Entrevista 4 Pág. 4 Líneas 105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115</p>
--	--	---

	<p>el campo es reducido, lo mismo pasa con esto, yo creo que entre más la cosa sea, digamos, un país desarrollado, que no lo veo claro ni muy cercano, ese día el campo se va a ampliar de todas las maneras, pero ahora, si tu pensai ¿Cuántos centros de fertilización asistida? Como seis, o sea, seis matronas, o sea con suerte doce, porque en los centros grandes puede que ocupen dos matronas, pero con suerte doce nacionales, entonces ¿tú creís que sería como para formar un equipo de matronas así todos los años? (mirando fijamente al entrevistador) o sea las matronas tendrían que tener como mucha suerte para... más encima esas matronas que están ahí van a durar años! o sea, yo creo que no vale la pena por lo reducido que es, una parte importante dentro de nuestro desarrollo profesional pero si tu pensai, no es un lugar que cercanamente van a ocupar muchas matronas.</p> <p>asesoraron con uno de Santiago muy bueno y... lo que te digo, o sea, es un área más a desarrollar y creo que la matrona tiene que estar incorporada en lo que es el aspecto técnico,...</p> <p>Bueno, yo creo que si no estoy en eso directamente, lo que yo te podría decir es que las matronas tenemos un campo limitado en esto, como siempre, (gesticulando con las manos) en esto somos las que seguimos indicaciones, entonces, igual es un poco mas limitado, de lo que nosotros podemos un poco más, asesorar y estar ahí, todo el aspecto del apoyo psicológico y lo técnico que bueno, es más limitado, no se hasta que punto pueda servir porque el médico tiene como clara ya su intervención ahí, el procede, ¿te fijas? (mirando ...</p> <p>No, (mirando fijamente al entrevistador, respira profundo) yo lo sigo viendo limitado, es una cosa</p>	<p>Entrevista 4 Pág. 6 Líneas 176-177-178-179-180-181-182-183-184-185</p> <p>Entrevista 5 Pág. 2 Líneas 4-5</p> <p>Entrevista 5 Pág. 2 Líneas 33-34-35-36-37-38</p> <p>Entrevista 5 Pág. 6</p>
--	--	--

	<p>bien especifica lo que le compete a la matrona, así como más determinante o que aumente su accionar en esa área...</p> <p>Mira, todo lo que sea ampliación en el campo laboral de la matrona es positivo, ya? (fija la mirada en el entrevistador, alza el tono de voz) Es positivo y es constructivo, sí (se incorpora en su asiento), considero que si de todas maneras, porque no queremos seguir perdiendo campos, queremos seguir agregando campos.</p> <p><b>¿Usted considera que se han perdido campos?</b> Si, (tono de voz seca, frunce el ceño) yo encuentro que si, en algunas partes si, con respecto a neonatología, por ejemplo...</p> <p>Mira en la medida que las colegas nos pongamos las pilas y luchemos, (alza el tonote voz, se incorpora de sus asiento) si se trata de ponerse las pilas y darse cuenta de la importancia que tiene esta profesional en esta área, me parece que...tenemos que actuar, tenemos que abrimos ese campo ya? (mirada en el entrevistador) Porque la base la tenemos.(gesticula con las manos, golpeando la mesa ligeramente con la mano en puño)...</p>	<p>Líneas 180-181-182</p> <p>Entrevista 6 Pág. 2 Líneas 3-4-5-6-7-8-9</p> <p>Entrevista 6 Pág. 4 Líneas 123-124-125-126-127</p>
<p>Ética Profesional</p>	<p>Además que creo que es parte de nuestra área la parte de fertilización, es parte de nuestra área, (gesticula con las manos) independiente de la cosa ética o moral que pueda tener involucrado.</p> <p>No! (alza el tono de la voz), yo no difiero ni comparto ninguno de los prejuicios porque soy una profesional que trabajo en un campo, (cruza los brazos y frunce el ceño) en que tengo que dejar de lado mi manera de pensar, para poder actuar en función de ayudar a otra mujer,(pausa, respira profundo)... distinto sería si fuera yo la que tuviera que ponerme en ese tratamiento, ahí yo podría dar mi opinión con respecto a mi cuerpo, pero con</p>	<p>Entrevista 1 Pág. 2 Líneas 10-11-12</p> <p>Entrevista 1 Pág. 3 Líneas 71-72-73-74-75-76</p>

	<p>respecto a otra persona no, no tengo...yo soy solo una servidora.</p> <p><b>¿Cual es su opinión con la actual manera de abordar y resolver la situación de las parejas que deben acceder a la fertilización asistida?</b></p> <p>Es que entramos al mismo tema que me preguntaste antes, (suspira, fija la mirada en el entrevistador) entraría a juzgar lo que están haciendo las personas con la fertilización in vitro, así que yo creo que es cuento de ellos, no creo que sea como pertinente mi opinión, porque yo podría pensar porque no adoptan o que sé yo, pero es su problema, y ahí no me meto, no juzgo (frunce el ceño).</p> <p>Mmm, (balbucea) es que bueno...hay hay...hay cosas que van en contra de lo que uno piensa normalmente, pero...en este sistema tiene que haber una matrona en cualquier área que sea...que involucre embarazo ¿ya? (mira al entrevistador, frunce el ceño) O sea...que tenga la mujer, fertilización asistida tu puedes estar de acuerdo o no pero igual si se esta haciendo debe estar acompañado por matrona de todas maneras. (con los brazos cruzados, indica con el dedo índice)</p>	<p>Entrevista 1 Pág. 4 Líneas 99-100-101-102-103-104-105</p> <p>Entrevista 3 Pág. 2 Líneas 3-4-5-6-7-8</p>
<p>Formación profesional</p>	<p>No, la verdad que no del todo, porque creo que le falta preparación y pienso que como todas las subespecialidades como son la neonatología, como son eh...toda la parte adolescencia, como es la parte de la misma fertilización, (gesticula con las manos) requieren de una preparación extra aparte de la preparación básica que tiene la matrona, eh... no tiene mayor eh... mayor ciencia la fertilización in vitro , pero requiere de una preparación, requiere de que una matrona maneje bien todos los temas hormonales de la mujer, todos los tiempos, (indicando con el dedo índice) lo</p>	<p>Entrevista 1 Pág. 2 Líneas 17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27</p>

	<p>que son los mismos procedimientos, porque no son procedimientos que las alumnas lo vean frecuentemente en el hospital, todo lo que es ..., (fija la mirada en sus manos, indica con el dedo índice)...la cosecha, la siembra, trabajan con otro tipo de profesionales, que es multidisciplinario, con biólogos, obstetras, entonces creo que tiene que prepararse.</p> <p>No, yo creo que la “base base” la daría en el pregrado, Si , yo creo que la base tienen que tenerla clara, (alza el tono de la voz) darle a lo mejor un poquitito más importancia a todo lo que es el funcionamiento hormonal, que se pasa en fisiología, en anatomía, como que se deja un poquitito de lado, tal vez cuando hacen planificación familiar manejan un poco eso, pero la planificación familiar no tiene mucho que ver con esto, entonces eh... hay que hacer hincapié (fija la mirada en el entrevistador) en toda la parte de manejo hormonal para la fertilización. Porque tienen que hacer hiperestimulación ovárica...o sea, es otro cuento! (se incorpora de su asiento, frunce el ceño, alzando nuevamente el tono de voz), son otro tipo de medicamentos, son otros los cuidados, la enfermería es distinta.</p> <p>La verdad que yo creo que es súper bueno, porque las matronas trabajamos con mujeres y la fertilización o infertilidad está más estudiado en mujeres que en hombres, entonces sería como super importante en un trastorno como este estar presentes (levanta el tono de voz), yo creo que la formación nuestra como matronas es como bien ligada al tema, entonces se beneficia esa parte.</p> <p><b>¿Ud. considera que la actual profesional matrona tiene las competencias necesarias y fundamentales para ejercer en el área de la fertilización asistida?</b></p>	<p>Entrevista 1 Pág. 2-3 Líneas 41-42-43-44-45-46-47-48-49</p> <p>Entrevista 2 Pág. 2 Líneas 12-13-14-15-16</p> <p>Entrevista 2 Pág. 2 Líneas 17-18-19-20-21-22-</p>
--	--	--

	<p>Yo creo que si, de todas maneras, (se incorpora de su asiento, y mira fijamente al entrevistador) creo que todo el personal del área de la salud debiera ser multidisciplinario como decías tu, eh...todo se aprende, hay cosas que si bien no las enseña la escuela a nadie se los enseñan en la escuela, ni a los médicos, ni a las matronas, ni a las enfermeras, yo creo que esa es una de las cosas que se pueden aprender.</p> <p>Yo no sé que labor desempeña la matrona en cuanto a los estudios que se hacen de infertilidad pero yo me imagino que debieran de ser...mmm...(cruza los brazos, se los lleva al pecho) desempeñarse mas la parte como de enfermería...enfermería obstétrica digamos, y yo creo que en ese ámbito... no necesita mas de lo que ya tiene, ahora si...si... como te digo no se lo que hacen ya? Ahora si bien hacen otras cosas me imagino que debieran especializarse.</p> <p>Yo creo que si a lo mejor se necesita un poco más de énfasis en esa parte, eh...yo en la escuela en la que estudié la verdad es que sabíamos harto de ginecología, en la universidad de concepción, y pasábamos harto de ginecología, y...si bien yo comparo los conocimientos que tenemos, teníamos nosotros hace 15 años atrás con lo que tienen ahora, yo creo que a lo mejor lo de ahora yo creo que es un poco más, no se si...menos....profundo, a lo mejor falta un poco en ese, en este, ahora...en estos días.</p> <p><b>O sea que ¿todas las herramientas que Ud. incorporaría serian en el postgrado?</b></p> <p>Si, (frunce el ceño, mira hacia el suelo), pero como te digo depende también de las escuelas, como sea el currículum de la escuela, porque nunca las escuelas son iguales, ni las escuelas de antes con las escuelas de ahora.</p>	<p>23</p> <p>Entrevista 2 Pág. 2 Líneas 26-27-28-29-30-31</p> <p>Entrevista 2 Pág. 2-3 Líneas 40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50</p>
--	---	--

	<p>Si, porque se supone que...o sea...no es llegar y entrar porque tiene que tener una preparación previa, (cruza los brazos se los lleva al pecho) yo se de todas las personas que están trabajando en equipos de fertilización tienen un trabajo un estudio, van a cursos previos, no es llegar o sea yo quiero participar en eso sin tener idea, (levantando la voz, moviendo la mano hacia los lados indicando con el dedo índice) porque eso requiere preparación, no es una cosa así simple, tiene que ser como una especialidad dentro de todo lo que hace la matrona, así como habemos matronas en neonatología...yo soy matrona de mamás, de puerperio, de parto, todo eso...pero es importante, siempre va a ser importante.</p> <p>Lo que te decía antes poh, tiene que tener un curso de preparación, no es llegar y empezar con actividad así sin saber, tiene que tener la especialización, de todas maneras porque hacen muchos procedimientos que no realizamos normalmente.</p> <p>nunca has tomado una maquina de escribir..., (gesticulando con las manos) pero encuentro que esa área es súper compatible con ser matrona, es necesaria pero tiene que ser especialista poh!, o sea, la gente tiene que especializarse en eso, tiene que saber, no podís hacer algo sin saber, pero absolutamente compatible con eso.</p> <p><b>¿Qué conocimientos cree usted que facultan a la matrona para ejercer en el área de la fertilización asistida?</b></p> <p>Ay no sé, a ver....mmm, mmm... (pensativa) es que yo ya estoy tan fuera de este cuento, que no se poh... biología, química, claro poh ese tipo de cosas por que en el fondo están logrando un embrión poh! Entonces, tenís que irte por el centro de... ahora también es que es como amplio por</p>	<p>Entrevista 3 Pág. 2-3 Líneas 28-29-30-31-32-33-34-35-36</p> <p>Entrevista 3 Pág. 3 Líneas 39-40-41</p> <p>Entrevista 4 Pág. 4-5 Líneas 131-132-133-134</p> <p>Entrevista 4 Pág. 4 Líneas 135-136-137-138-139-140-141</p>
--	--	---

	<p>que tu tienes que tener como un seguimiento del embarazo, entonces tenís que tener harto conocimiento sobre el embarazo poh y el desarrollo del feto.</p> <p>Eh... yo te diría que no, nosotras salimos no preparadas para eso, dentro del proceso a nosotras nos van preparando, pero no estamos preparadas para eso, es una cuestión mas especifica (frunce el ceño, indicando con el dedo índice) y por otro lado en lo que respecta al proceso psicológico que viven estas pacientes, lo que entrega la matrona es muy mínimo, por esto esta abordado por un equipo multidisciplinario muchas veces, porque en el área de la psicóloga, nosotras no tenemos nada de formación, eh...por lo menos yo me acuerdo que tuve 2 sicologías, psicología general y psicología evolutiva y eso, ya? Y tal vez de la antropología que no tuvimos, un poco mas reforzar de la base yo creo, las cosas que puedan ser necesarias en esa área mas especifica.</p> <p><b>Por lo tanto ¿Qué conocimientos, que ciencias básicas cree Ud. que servirían como base para estar en el campo laboral de la Fertilización asistida?</b></p> <p>Yo te diría (alza el tono de voz) que mas la parte humanitaria, humana...eso agregaría como te dije la psicología, antropología...algo de eso, porque creo que lo otro esta dentro de la biología y la fisiología ya esta y... son cosas muy específicas que no las necesitan...ayudar no mas, pero eso se da en el tiempo...pero lo otro fíjate, que no está.</p> <p>Eh..., (respira profundo, se acomoda en su sientto, cruza los brazos y se los lleva al pecho), es que... tenemos que aumentar nuestro currículu para llegar a nivelarlo con el médico, que no es nuestra intención pero... claro! Nosotros tenemos hartas áreas en las que podemos profundizar y a la que</p>	<p>Entrevista 5 Pág. 3-4 Líneas 80-81- 82-83-84-85- 86-87-88-89- 90-91-92-93- 94</p> <p>Entrevista 5 Pág. 6 Líneas 184- 185-186-187</p>
--	--	---

	<p>no le guste que estudie medicina! (alza l tono de voz) Así.</p> <p>Mira,... la matrona tiene la base...la base te fijas??, (fija la mirada en el entrevistador), tiene conocimientos, tiene habilidades, en cuanto a su profesión y ese...es el piso, igual pero como es algo nuevo, es una técnica nueva obviamente tiene que aprender pero la base la tiene.</p> <p><b>¿Qué ciencias básicas son necesarias para esta área de Fertilización asistida?</b></p> <p>Todo lo que tiene que ver con...con...con biología celular, para empezar la biología celular es básica, y también en que área te vas a mover dentro, ya! (gesticula con las manos) Depende que rol tu cumplas, que rol te asignen...a un laboratorio dedicado a la siembra o te vas a dedicar a separar los óvulos buenos, o sea, en buenas condiciones, o los espermios, sino el contacto con la paciente durante eh...como una clínica al lado de la paciente donde se hacen los procedimientos, en realidad depende del área, (gesticula con las manos, y la mirada) pero igualmente tu necesitas una capacitación, un curso, que te pongan al día y eso pero la base...mira, si esta la base, esta la buena disposición estamos al otro lado.</p> <p><b>¿Usted encuentra que estas herramientas deben ser adquiridas necesariamente en postitulo?</b></p> <p>No poh! (alza el tono de voz), como te vuelvo a decir tenemos la base.</p>	<p>Entrevista 6 Pág. 3-4 Líneas 86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102</p>
<p>Apreciación de la Sociedad</p>	<p>fijamente al entrevistador). Pero como esta sociedad está tan llena de...de traumas (gesticula con las manos y brazos haciendo círculos) y que el hombre tiene que ser visto como viril y tiene que tener unos espermios espectaculares, que en general es la mujer la que se echa la culpa, pero de muchos grupos que participan en fertilización in vitro, participan en eso porque los espermios no son capaces de fecundar, y ella se echa la culpa</p>	<p>Entrevista 1 Pág. 3 Líneas 56-57-58-59-60-61</p>

	<p>(tono irónico) nosotras tenemos como esa cosa de echarnos las culpa para...para ayudar,...</p> <p>lados) Es un campo interesante sobretodo ahora que está disminuyendo la natalidad, es una manera muy importante, eh... el número de partos que habían en un hospital es abismante como han disminuido, entonces llama la atención que salgan este otro tipo de cosas cuando mujeres fértiles pueden tener hijos, pero hay un tema económico social, político, importante detrás de todo eso, pero...a lo mejor aunque no tenga nada que ver llama la atención, pero si se fijan está disminuyendo la natalidad y está por otro lado saliendo a flote lo que es fertilización in vitro, o fertilización asistida, tienen que tener claro que las fertilización in vitro puede ser con el espermio del marido o cualquier otro espermio, incluso el ovulo, puede ser...</p> <p>(respira profundo, pausa) La verdad es un proceso como que se ha ido como... ehm...ingresando harto a la...incorporando harto a la gente, ehm..., la verdad que no creo que en este minuto hayan tantos prejuicios, (gesticula con las manos, mueve el dedo índice señalizando un "no") No, no creo que hayan tantos prejuicios como lo habían hace un tiempo atrás, en que...no se poh...que a lo mejor la parte religiosa podría ser, pero en general se ha abierto harto.</p> <p>La verdad que yo creo que cada persona puede opinar lo que mas le parece, (levanta el tono de voz ) si uno tiene prejuicios del punto de vista religioso es totalmente...entendible y comprensible, y eso uno no puede meterse, (dobla los brazos, se lleva las manos al pecho) pero...como te digo ahora han ido disminuyendo, la parte religiosa es como la que nos topa un poco pero en el resto de la población yo creo que esta</p>	<p>Entrevista 1 Pág. 5 Líneas 138-139-140-141-142-143-144-145</p> <p>Entrevista 2 Pág. 3 Líneas 53-54-55-56-57-58</p> <p>Entrevista 2 Pág. 3 Líneas 62-63-64-65-66</p>
--	--	--

	<p>bien asumido</p> <p>En que se hagan los procedimientos o la persona que llega al tratamiento...porque...por ejemplo bueno... la mujer...bueno, siempre va a existir la mentalidad de machista...que el hombre siempre es el que esta normal y esta sano el hombre evita que el..la parte, o sea todo el exterior de su medio social eh...sepa que a lo mejor es él el que tiene el problema de infertilidad y no la mujer, eso es súper...no todos los hombres están predispuestos a hacerse un estudio para saber si es un problema de la mujer o de ellos...y el prejuicio mayor es el social y el económico porque realmente no esta al alcance de todas las personas, en estos momentos en algunos hospitales están haciendo estudios, pero por el costo igual es difícil.</p> <p>Por eso te digo es una cuestión de mentalidad que hay que cambiar la crianza de base y eso sigue siendo igual sobretodo en la parte de América Latina de mentalidad masculina, y eso pa' nosotras mismas las que hacemos a los hombres así, o no? Si poh, tú tienes hijos y tus hijos hacen en el fondo...uno dice no no...trata de encausarlos como mas equilibrados, pero igual esa mentalidad cuesta sacarla.</p> <p><b>Respecto a esta trasgresión de la que usted nos habla, ¿usted cree que estos conceptos están arraigados en nuestra sociedad, los comparte?</b></p> <p>Yo creo que no, yo creo que la gente ni siquiera lo piensa, no lo piensa mucho y si hay gente que lo piensa, lo piensa tal como yo, o sea! No voy hacer nada contra eso, me entendís o no? (alza el tono de voz) Es una cuestión..., ehhhh (pausa, respira profundo) yo a lo mejor...</p> <p>O sea,...(mira fijamente al entrevistador, suspira)</p>	<p>Entrevista 3 Pág. 3 Líneas 49-50-51-52-53-54-55-56-57</p> <p>Entrevista 3 Pág. 3 Líneas 59-60-61-62-63</p> <p>Entrevista 4 Pág. 3 Líneas 79-80-81-82-83</p> <p>Entrevista 5</p>
--	--	--

	<p>yo creo que ya no tanto, pero igual los hay, hay grupos de gente que...principalmente por la parte ética, o sea, o sea, religioso, hay gente que es más de edad, porque la gente de hoy en día, los mas jóvenes vienen con otra mentalidad, independiente, creo que la sociedad en ese aspecto ha ido mejorando ya no es un tabú.</p>	<p>Pág. 5 Líneas 153-154-155-156-157</p>
<p>Controversia a la incorporación de la matrona en el área</p>	<p><b>¿Cree que exista alguna controversia con respecto a la incorporación o participación de la matrona en esta área?</b></p> <p>No creo fíjate, no creo, (frunce el ceño) porque...la verdad es que la, la ehm, mmmm, mm(balbucea)...aquí hubo una vez en la medicina reproductiva una enfermera y hubo hartos problemas, digamos de...de relaciones con la matrona, pero yo pienso que era por su personalidad más que nada, (fija la mirada en el entrevistador), pero allá al frente tenemos matronas, tenemos dos matronas, no...no...no...(tono extrañado...como que encuentra raro que se piense en esa controversia ) y las que habían antes eran matronas también...entonces no...no hay... hay centros en que trabajan enfermeras y centros en los que trabajan matronas, entonces no...no creo que que exista...ehm... eso.</p> <p>A lo mejor puede ser del resto del equipo de salud (frunce el ceño), pero yo creo que los médicos, los ginecólogos han incorporado a la matrona, por lo menos acá al frente siempre ha estado a cargo de una matrona, primero fue la Ximena Chau que...que ella era como la top de la infertilidad y luego siguió Rosario cuando se fue Ximena y tienen otra colega tengo entendido también apoyando esa parte, así que yo creo que los ginecólogos si bien están acostumbrados a trabajar mucho con nosotros porque yo creo que somos como el brazo derecho de ellos, (risas) o sea... de repente nosotros conocemos tanto a</p>	<p>Entrevista 1 Pág. 3 Líneas 77-78-79-80-81-82-83</p> <p>Entrevista 2 Pág. 3 Líneas 69-70-71-72-73-74-75-76-77-78</p>

	<p>nuestros médicos que sabemos hasta lo que piensan o lo que le van a dejar a la paciente , lo que necesitan hacer entonces yo creo que ellos se apoyan mucho en nosotros por eso nos han incorporado harto.</p> <p>Es que yo no he visto controversias, o sea, partiendo de la base que no he visto muchas controversias con relación a la entrada de la matrona yo veo a los médicos, que ellos nos han incorporado mas, pero el resto el resto del equipo no se, cada uno tiene su labor, no hay ninguno que se superpone con ningún otro (gesticulando con las manos), las enfermera no...</p> <p>Que yo sepa no porque en los centros de acá al freeente siempre hay una matrona presente, o sea no podrían yo creo que trabajar sin matrona...</p> <p><b>¿Ud cree que existe alguna controversia en que la matrona participe en el campo laboral de la Fertilización asistida?</b></p> <p>No,!!! (alza el tono de voz) yo creo que es súper necesario, o sea, yo creo que la matrona tiene una labor súper importante en la Fertilización asistida en cuanto al cuidado de la paciente... es más! deberían haber muchas más de las que ya hay,... ahora (acomodándose ...</p> <p>fijamente al entrevistador, indicando con el dedo índice) Igual como que, es como más una labor de cooperación, de complementación de la labor medica, pero controversia, no, no creo, en lo personal a lo mejor, cada cual, de acuerdo a lo que ve, pero que tenga una mayor incidencia, no creo.</p> <p>Mira, (fija la mirada en el entrevistador, suspira) yo creo que es un tema...y su accionar muy bonito, pero personalmente (se lleva las manos al pecho) no he escuchado ningún problema, ninguna</p>	<p>Entrevista 2 Pág. 3 Líneas 81-82-83-84</p> <p>Entrevista 3 Pág. 3 Líneas 66-67</p> <p>Entrevista 4 Pág. 2 Líneas 1-2-3-4-5</p> <p>Entrevista 5 Pág. 2 Líneas 39-40-41-42</p> <p>Entrevista 6 Pág. 2 Líneas 20-21-22-23-24</p>
--	--	--

	<p>controversia, ninguna discusión que se haya generado a nivel de las colegas o a nivel de público en general o a nivel médico, la verdad es que estoy un poquito ajena y no he escuchado nada.</p>	
<p>Introducción de Fertilización Asistida al sistema público.</p>	<p>Yo creo que no,(alza el tono de voz), visualizarlo en el plan AUGE fíjate que yo pienso que no, (fija la mirada en el entrevistador) porque uno de los motivos es porque son tratamientos caros, que implican... no se... pienso que ...pienso que va a ser muy difícil que esté en el plan auge, y en el servicio de salud, fíjate que en el servicio a lo mejor podría estar en la onda experimental tal vez...pero... de hecho esta en la onda experimental!!! Hacen...</p> <p><b>¿Pero Ud. cree que pueda llegar la fertilización asistida al sistema público?</b></p> <p>No, (voz fuerte y tajante) por el costo que significa no creo, porque en cuanto a costo yo creo que el servicio de salud no lo podría asumir.</p> <p><b>¿Y en que área? ¿Siempre la privada?</b></p> <p>Privado, si no hay en este minuto... (mirando el piso) no tenemos publico que imparta fertilidad que yo sepa, no se ha abierto, o sea... se ha habla...quizás en ginecología, orientan...pero hasta ahí llegaron.</p> <p><b>¿Visualiza la fertilización asistida dentro del plan auge a futuro o en el sistema público?</b></p> <p>Si de todas maneras porque el problema es a nivel...o sea de todas las clases sociales, en estos momentos los que tienen acceso a eso realmente son la...la gente que puede pagar o no...no tiene mayores coberturas de isapres...el costo es altísimo.</p> <p><b>Pero en el fondo Ud. lo visualiza como...</b></p> <p>O sea, si pudiera ingresarse si, o sea yo pienso</p>	<p>Entrevista 1 Pág. 4 Líneas 90-91-92-93-94</p> <p>Entrevista 2 Pág. 4 Líneas 95-96-97</p> <p>Entrevista 2 Pág. 5 Líneas 133-134-135-136</p> <p>Entrevista 3 Pág. 3-4 Líneas 68-69-70-71-72-73-74-75-76-78-79</p>

	<p>que a futuro debería estar incluido, o lo van a incluir porque en el hospital yo se que igual hacen tratamiento y tienen convenio con los centros de fertilización asistida, yo se que acá al frente se hacen procedimientos, pero son pacientes hospitalarias, son convenios o beneficios que tienen derecho, porque los médicos que trabajan en la parte privada son los mismos que trabajan en hospital, entonces ellos manejan esa parte, y si es en beneficio para las personas está bien.</p> <p>No por que es muy caro!!!, o sea de hecho quedarán en la banca rota..jejej (risas), pero mira,... eh... ..eh...(balbucea) FONASA con la Fertilización asistida..? La Fertilización asistida tiene muchos procesos entonces, el costo es bastante alto...demás que les ponen un precio adicional, cierto? Porque ganan mucha plata con esto, pero de todas maneras el costo es harto, entonces no creo que vaya a meterse en el cuento del AUGE por que no... además eh... no se poh, yo creo que en realidad tampoco... no, no sé,... (balbucea) no, no creo, no creo que pueda.</p> <p><b>¿Y en el futuro lo visualiza?</b></p> <p>No, no...ufffff! (gesticulando con las manos) falta bastante para eso... tendríamos que ser un país desarrollado, nos faltan siglos para esa cuestión, somos pobres ¿te fijas? (mira fijamente al entrevistador) Apenas tiene a la gente en el hospital y tienen una dipirona para tomarse... yo lo veo muy lejano, o sea,... no imposible!!! (alza el tono de voz) Puede que esta cosa se transforme y este país se transforme en un país desarrollado donde la educación y...</p> <p>Eh... mmm...mmm, (balbucea) si, si, yo creo que también debería ser incorporado porque igual es un proceso que requiere de... mucho gasto, ah? Y si bien esto partió con las parejas pendientes que podrían hacerse todo esto que es muy caro, eh, no</p>	<p>Entrevista 4 Pág. 2 Líneas 16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28</p> <p>Entrevista 5 Pág. 3 Líneas 45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-</p>
--	--	---

	<p>sólo ellas son las que tienen problemas, si no que, las parejas que no tienen recursos, a ellas hay que darles posibilidades, (gesticula con las manos) pero sí me parece que debería estar en el plan AUGE.</p> <p><b>Por lo mismo, ¿existiría la opción de incorporarlo al sistema público?</b></p> <p>Eh...o sea, no necesariamente, (frunce el ceño) yo te digo, igual podría, ahí no te sabría decir bien, pero una medida así, es una cosa...ahora, no se, las cantidades, las cifras de demanda en cuanto a esto, porque esto al sistema público le implica un gasto de implementación y que tú sabes que el sistema público maneja todos unos volúmenes donde dicen (alza el tono de voz) “a ver...ya! Aportemos capital para esto” y hay cosas a las que no, entonces habría que evaluar esa parte, es un porcentaje que no tengo idea cuanto corresponde. Mira, si bien el sistema público es bueno, de repente como que se pierden, (gesticulando con las manos) como que se dilatan, entonces, como no se dan tan bien y que ya cuestan mas las cosas, se diluyen y cuesta más manejarse, no se abusos o excesos, mal uso de las platas, me entiendes tu? Va por la regularización de esto, por la fiscalización.</p> <p>Mira, yo creo que Sí, (cruza los brazos, se los lleva al pecho, alza el tono de voz) porque todo lo que vaya en beneficio, digamos, en cuanto a salud, para las personas...bienvenido sea, es algo positivo, es algo constructivo, (gesticula con las manos) así que considero que si, de todas maneras...muchas parejas ahí...tienen este problema de la fertilización, digamos que no pueden ser papás de forma natural, entonces es una ayuda, técnico, a nivel científico y además a nivel de AUGE lo considero super bueno.</p>	<p>55-56-57-58-59-60-61</p> <p>Entrevista 6 Pág. 2 Líneas 27-28-29-30-31-32</p>
--	--	---

<p>Difusión del tema</p>	<p>Yo creo que una,... una... (alza el tono de voz)... podría hacer campañas de conocimiento, que la gente sepa de qué se trata, (gesticula con las manos, indicando con le dedo índice) todavía hay como un mito con respecto a esto y las parejas tras mucho peregrinar y tras mucho cuestionamiento llega finalmente a la fertilización asistida, no es fácil, la gente no conoce, no sabe de que se trata, así que a lo mejor un poquitito de educación.</p> <p>Una contribución...a ver... (balbucea, pausa, pensativa) yo creo que más educación, a todo nivel, porque yo creo que la fertilización en este minuto es un tema de...quizás un nivel sociocultural más alto que medio alto, por lo que significa en cuanto a costos, porque prácticamente todo...ehm (gesticulando con las manos)...nada lo cubre, entonces a lo mejor, no se....concientizar un poco a la gente que inviertan un poco más en esto.</p> <p>Partir más que nada con ayuda y orientación de base, en la mujer en edad fértil desde los colegios, ir orientando al sistema y si es que hay problemas que pueda obtener ayuda a todo nivel o sea...debieran de haber personas...bueno...los centros de fertilización trabajan con sicólogos,...</p>	<p>Entrevista 1 Pág. 4 Líneas 108-109-110-111-112</p> <p>Entrevista 2 Pág. 4 Líneas 106-107-108-109-110</p> <p>Entrevista 3 Pág. 4 Líneas 83-84-85-86</p>
<p>Rol profesional</p>	<p>comienzan su... (se acomoda en su asiento) la batalla por tener un hijo, y hay un porcentaje importante de fracaso que no son en el comienzo, son ya a un poquitito de andar del embarazo por lo tanto es bastante doloroso y fuerte para una mujer, por lo tanto, el apoyo de una matrona yo creo que tiene que ser super importante, súper importante! (alza el tono de la voz, tajante) la educación que le dan a las pacientes, super importante, y que están jugando una posibilidad...una posibilidad relativa, ahora yo sigo creyendo como una cosa personal</p>	<p>Entrevista 1 Pág. 4 Líneas 126-127-128-129-130-131-132</p>

	<p>que la naturaleza es la naturaleza, que por algo las cosas son como son, ya?...</p> <p>Porque...no poh...o sea...eh...a ver...se supone que la fertilización asistida la paciente tiene que tener una orientación en el embarazo, la matrona es la que ha manejado siempre esa parte ¿ya? (levantando la voz, gesticulando con las manos) Y es la que orienta y educa a la paciente para que la información o todas las dudas que ella pueda tener ¿ya? Sea en las condiciones que sea pero ella va a estar va a tener el producto que tiene...uno la puede ayudar en ese sentido...de orientación, o sea que tú estás de acuerdo a veces con ciertas prácticas o no, porque de repente ahí hay persona que...</p> <p><b>Pero con respecto a la matrona, ¿Ud. considera favorable su incorporación?</b></p> <p>Por eso te digo...Si, (suspira)...o sea de todas maneras porque la matrona siempre va a estar en esos casos ayudando y apoyando a la mujer, que la va a orientar a mejorarse...mejor que el médico ¿ya?...</p> <p>en su asiento, cruza los brazos y e los lleva al pecho) creo que hay una sola matrona contratada no mas en el grupo de viña que no da a basto, porque en el fondo se tiene que preocupar de todo, pero yo creo que tiene que haber alguien preocupado de la paciente y es una cuestión super delicada y pienso que la paciente necesita mucha ayuda psicológica más que... Bueno ellos tiene psicólogo y todo... pero la matrona tiene que... un plus adicional en el sentido que... que además de la parte psicológica cierto? (mira fijamente al entrevistador) Vemos la parte obstétrica y entonces eh... es importante que ellas tengan un apoyo de las matronas que están trabajando en eso.</p>	<p>Entrevista 3 Pág. 2 Líneas 10-11-12-13-14-15-16</p> <p>Entrevista 3 Pág. 2 Líneas 22-23-24-25</p> <p>Entrevista 4 Pág. 2 Líneas 6-7-8-9-10-11-12-13</p>
--	---	--

	<p>que nosotros podemos un poco más, asesorar y estar ahí, todo el aspecto del apoyo psicológico y lo técnico que bueno, es mas limitado, no se hasta que punto pueda servir porque el médico tiene como clara ya su intervención ahí, él procede, ¿te fijas? (mirando fijamente al entrevistador, indicando con el dedo índice) Igual como que, es como más una labor de cooperación, de complementación de la labor médica, pero controversia, no, no creo, en lo personal a lo mejor, cada cual, de acuerdo a lo que ve, pero que tenga una mayor incidencia, no creo.</p> <p>proceso de Fertilización asistida.... estamos como bien sensibilizadas con este tema ya? (gesticulando con las manos, alzando el tono de voz) Claro que nuestra labor se reduce sólo a cumplir las indicaciones médicas, vienen acá por hiperestimulación ovárica, entonces vienen por problemas de dolor, entiendes tú, acá hay una normativa que hacer con esta paciente, en fin, vemos el diagnóstico entonces entramos en contacto con estos médicos que tienen a cargo la clínica.</p> <p>Mira, la parte psicológica!, en la parte psicológica la matrona puede ser un tremendo apoyo te fijas? (tono de voz, seca firme, indica con el dedo índice, haciendo gestos con a la mirada) Llegan con muchas dudas, con temores, mucha cosa emocional revuelta y que necesitan que alguien les aclare a ese nivel, porque la parte técnica se la clarifica el médico con todo el procedimiento pero las matronas siempre vamos a ir por el lado de la mamita, al lado de a paciente eh! (gesticula con las manos) Viendo los requerimientos emocionales de la paciente, a mi me toco el otro día hace un tiempo atrás,..., (pausa, respira profundo, fija...</p>	<p>Entrevista 5 Pág. 2 Líneas 36-37-38-38-40-41-42</p> <p>Entrevista 6 Pág. 3 Líneas 55-56-57-58-59-60</p> <p>Entrevista 6 Pág. 3 Líneas 63-64-65-66-67-68-69</p>
--	---	---

<p>Perfil profesional</p>	<p>Yo con la que más supe era Ximena que ella era la encargada acá en el segundo piso pero que era también como aparte, no era de la clínica misma, sino que como subarrendaban y...la verdad ella prácticamente no tenía vida propia (mirando fijamente al entrevistador, indicando con el dedo índice) porque se dedicaba 100% a eso y eso le significaba venir no se...porque hacen ciclos y que se yo, entonces ella se dedicaba a venir sábados y domingos, en el día en la noche...todas las tardes y es un trabajo súper sacrificado que hay que eh...tener pasta para eso, y tiempo.</p> <p>haces con cariño, o sea, yo creo que es absolutamente bueno eh...(gesticulando con las manos) el campo es reducido pero yo le saco el sombrero a la matrona que está ahí poh, hace de todo, casi la dueña de casa y se preocupa de las pacientes, se preocupa de miles de cosas y en el fondo podrían derivarse y compartirse.</p> <p>Tiene que ser metódica, tiene que ser super ordenada, eh... (gesticulando con las manos, indicando con el dedo índice) absolutamente profesional en lo que está haciendo, eh, con harto conocimiento teórico, práctico y que sea una persona con la mente abierta, eh con la parte social desarrollada como te decía yo.</p> <p>que a mi me ha tocado ver, (gesticulando con las manos) nos contactábamos con las chicas que trabajaban al frente, que eh... que tenían un desgaste grande fijate, emocional, y que requería de licencias porque las pacientes eran muy absorbentes, muy especiales,(mirando fijamente al entrevistador, cruza y abre los brazos) así es que había que estar bien enterita para eso, pero mas que eso, no, no sabría decirte si tienen conflictos, si están conflictuadas en la parte ética.</p>	<p>Entrevista 2 Pág. 4 Líneas 121-122-123-124-125-126-127</p> <p>Entrevista 4 Pág. 4 Líneas 121-122-123-124</p> <p>Entrevista 4 Pág. 5 Líneas 155-156-157-158</p> <p>Entrevista 5 Pág. 4-5 Líneas 128-129-130-131-132-133</p>
---------------------------	--	---

	<p>proceso que lleva mucho tiempo, (gesticulando con las manos) que cada etapa es dura, es dolorosa, es sacrificada y a veces con hospitalizaciones seguidas, ahí esta el rol de la matrona...más que ver la parte científica y tecnológica y todo lo demás, o sea, el contacto con la paciente, nunca nos tenemos que olvidar que la matrona y todo profesional en salud tiene que ser empático (, fija la mirada en el entrevistador, alza el tono de voz, indica con el dedo índice). En la medida que tú seas una persona empática con la paciente, tu desempeño profesional va a ser óptimo, porque te vas a poner en el lugar del otro y vas a tratar al otro como te gustaría que te trataran a ti.</p>	<p>Entrevista 6 Pág. 3 Líneas 75-76-77-78-79-80-81-82</p>
<p>Opinión sobre el tema</p>	<p>porque a nosotros nos toca ver...o sea...entrar al sistema, el tratamiento para partir es super largo, es tedioso, tienen que hacerse tratamiento, inyecciones, están súper controladas, la mujer después no llega a término o no dan resultados positivos o son embarazos generalmente múltiples que no llegan a término o empiezan con muchas complicaciones muy precoces, entonces la parte psicológica tiene que ser muy fuerte, aparte que el tratamiento en si implica problemas a veces hacen.... Hay como se...</p> <p>No, pero es que... a ver, eh..., ehhh (pensativa) lo que yo pienso es una cuestión absolutamente personal... eh! y es una cuestión más religiosa que nada, por que en el fondo las guaguas llegan a las personas que tiene que llegar, que están predestinadas... no sé, (mirando fijamente al entrevistador, cruza los brazos y se los lleva al pecho, acomodándose en su asiento) yo pienso que en el fondo la Fertilización asistida... es forzar algo que tú no... yo voto por la adopción ya? No voto por la fertilización asistida... o sea no sé poh, si hubiese...</p>	<p>Entrevista 3 Pág. 4-5 Líneas 103-104-105-106-107-108</p> <p>Entrevista 4 Pág. 2 Líneas 35-36-37-38-39-40</p>

	<p>finita en lo que te pasai a clonar un ser humano poh, entonces hay cosas que no deberían ser transgredidas, o sea, en el fondo..., Dios tiene un destino para cada persona y ese destino creo que hay que seguirlo, en el fondo podemos despotricar contra Dios te fijai, (mirando fijamente al entrevistador) pero lamentablemente la cosa es así, si yo he pensado que a través de ese, ese , ese....ehhh,...ehh (balbucea) no se poh, a través de esa dimensión que nosotros no conocemos, podrías ver que esa vía, a lo mejor no va a ser de las mejores, no va ha hacer feliz a esa persona, que a lo mejor salvamos de la muerte con una cuestión que estamos transgrediendo, entonces, no se yo creo que pa' mi la fertilización in Vitro es una transgresión, no así las células madres fijate.</p> <p>no sé, hay gente que .. yo creo que alo mejor si no me hubiera llegado mi hijo en forma natural yo siempre tuve la posibilidad o la visión de adoptar, de hecho todavía tengo ganas de adopta... entonces cuando me enamore de alguien a lo mejor lo voy a adoptar, pero... creo que esa es una super buena vía, super buena, super buena, (gesticula con las manos, indicando con el dedo índice) o sea, hay gente de más, pero hay gente que no tiene madre imagínate!, y esa gente que no tiene hijos tiene muchas ganas de tenerlos, o sea, imagínatelos, lo bueno que sería esa gente en vez de hacerse ese tipo de cosas adoptara.</p> <p>No, yo creo que te he dicho como todo, en realidad mi impresión te la dije al principio, no, a mi la fertilización asistida es un cuento bastante... como es como poner el dispositivo, es como el mismo concepto, porque yo se que montones de mujeres necesitan el dispositivo, o sea, lo necesitan! Porque no tiene esa pareja que todos idílicamente creemos, porque no tiene la plata para criar a los</p>	<p>Entrevista 4 Pág. 3 Líneas 53-54-55-56-57-58-59-60-61</p> <p>Entrevista 4 Pág. 3-4 Líneas 84-85-86-887-88-89-90</p> <p>Entrevista 4 Pág. 6 Líneas 187-188-189-190-191-192-193-194-195-196</p>
--	---	--

	<p>cabros chicos, porque son pobres, porque no se que poh... pero es lo mismo, yo también tuve conflictos cuando tuve que poner DIU entonces, porque estás cambiando la naturaleza, estoy tratando de hacer algo que no debería hacer... entonces ese es mi pensamiento, obviamente como yo no piensan muchos pero, sobretodo en nuestra área, es que a muchos no les importa en realidad ¿??, esa parte como tan religiosa, no es como hay gente que si la comparte pero no mucha. Ahora si tú me preguntai por esa...</p> <p>No, ... (respira profundo), bueno creo que es una opción que da la posibilidad, aunque personas que tienen problemas específicos y que se pueden superar, con estos procesos y llegar a efecto un anhelo tan deseado de las parejas que es vivir la maternidad en plenitud, (gesticulando con las manos, se acomoda en su asiento) la mujer embarazarse y la sentir que hay un ser que esta creciendo en su vientre creo que está bien, pero eh... ojo con los excesos, ahí, ahí, cuando uno empieza a hilar finito, ahí uno de repente dice pucha, pero aquí, que, porque, ahí ya, ahí tengo mis reparos, pero en casos muy específicos, a rebuscar y analizar, pero ... comparto esto.</p>	<p>Entrevista 5  Pág. 6  Líneas 192-  193-194-195-  196-197-198-  199</p>
--	---	---

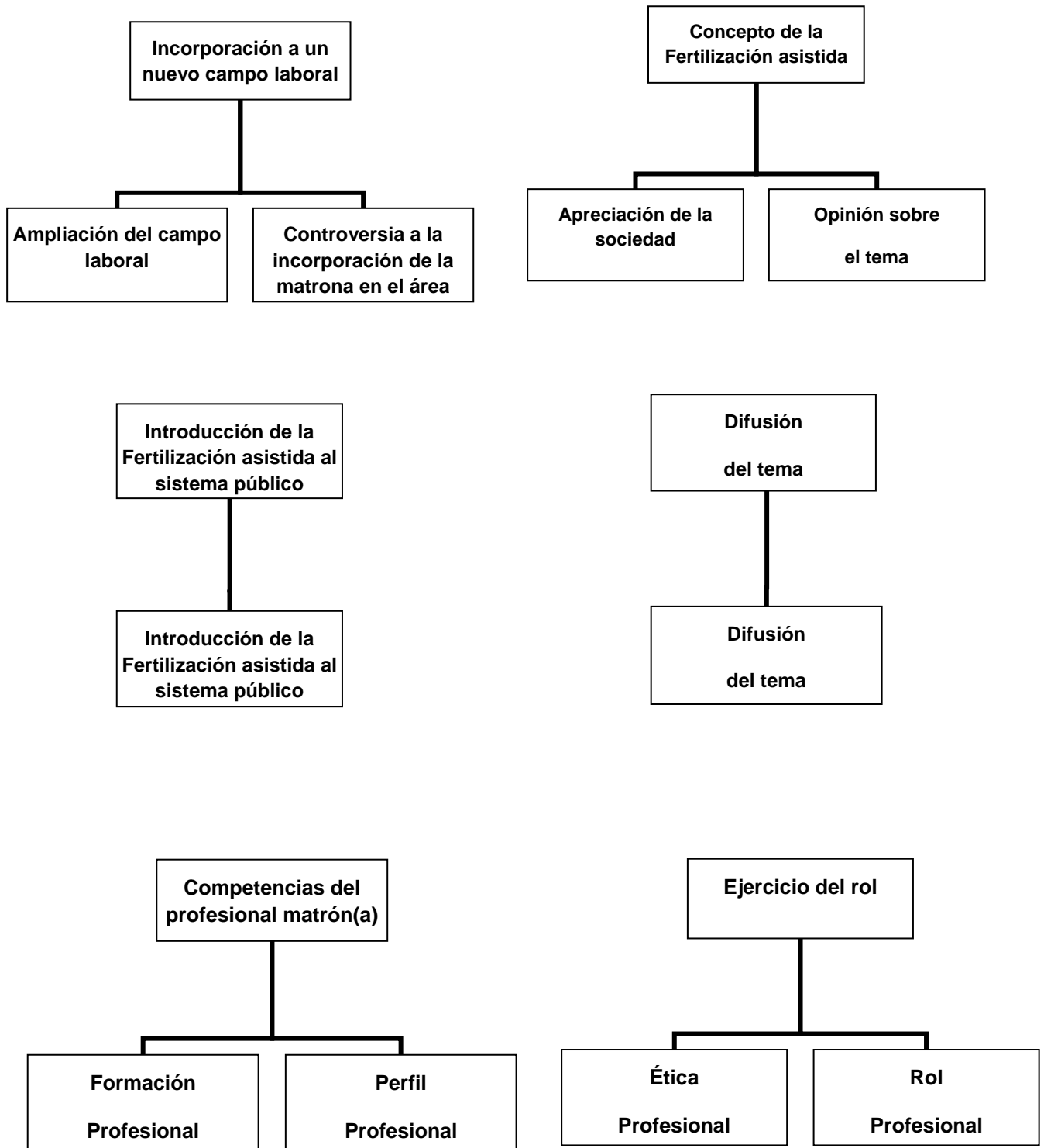
## 5.2 Subcategorías

1. **Ampliación del campo laboral:** Expansión del desempeño del profesional matró(n)a a través de la incorporación y ejercicio de éste en el área de Fertilización Asistida.
2. **Ética Profesional:** Proceder del profesional matró(n)a de acuerdo a un conjunto de normas y códigos profesionales que rigen el comportamiento y el actuar del mismo.
3. **Formación profesional:** Conjunto de competencias pertinentes al área de Fertilización Asistida, que debe adquirir el profesional matró(n)a, ya sea en pregrado y/o post título, para poder ejercer dentro de esta área.
4. **Apreciación de la Sociedad:** Valoración de la percepción popular de la sociedad chilena entorno a la fertilización asistida, por parte del profesional matró(n) (a).
5. **Controversia a la incorporación de la matrona en el área:** Polémica entorno a la introducción del profesional matró(n) (a) en el campo de la Fertilización Asistida por parte de otros profesionales de la salud.
6. **Introducción de Fertilización Asistida al sistema público:** Apreciación del profesional matró(n) (a) respecto a la incorporación de la Fertilización Asistida en el sistema público salud chileno, a través de las garantías explícitas de salud.
7. **Difusión del tema:** Dar a conocer las características de la Fertilización Asistida a la población en general, por parte del profesional matró(n) (a).
8. **Rol profesional:** Actividades asistenciales, educativas y administrativas realizadas por el profesional matró(n) (a) en el área de la fertilización asistida.
9. **Perfil profesional:** Competencias requeridas por el profesional matró(n)a para desempeñarse dentro del área de la fertilización asistida.
10. **Opinión sobre el tema:** Pensamiento personal por parte del profesional matró(n) (a) respecto de la Fertilización Asistida como método artificial de embarazo.

### 5.3 Categorías

1. **Incorporación a un nuevo campo laboral:** Ingreso del profesional matróon (a) al área de la Fertilización Asistida, y su discusión en torno a este hecho por parte de otros profesionales de la salud. (1+5)
2. **Concepto de la Fertilización Asistida:** Percepción personal y valoración de la idiosincrasia chilena del profesional matróon (a) entorno a la Fertilización Asistida.(4+10)
3. **Competencias del profesional matróon (a):** Conjunto de conocimientos y habilidades personales y adquiridas necesarias para desempeñarse en el área de la Fertilización Asistida.(3+9)
4. **Ejercicio del rol:** Modo de desempeño del profesional matróon (a) en el área de Fertilización Asistida, en base a un código ético-moral. (2+8)
5. **Introducción de Fertilización Asistida al sistema público:** Apreciación del profesional matróon (a) respecto a la incorporación de la Fertilización Asistida en el sistema público salud chileno, a través de las garantías explícitas de salud.
6. **Difusión del tema:** Dar a conocer las características de la Fertilización Asistida a la población en general, por parte del profesional matróon (a).

5.4 Organigrama de Categorización



## 5.5 Proceso de Categorización

Para realizar la categorización se requirió de una lectura minuciosa y comprensión meticulosa de cada una de las entrevistas realizadas a las matronas contratadas en la Unidad de Maternidad de Clínica Reñaca de Viña del Mar, las cuales respondieron en base a las preguntas planteadas, que corresponden a su vez a las percepciones de éstas con respecto a la incorporación de sus pares al campo laboral de la Fertilización asistida.

De acuerdo a lo anterior, logramos extraer las unidades de contenido que corresponden a la redundancia de ideas sacadas del instrumento, otorgándole la importancia requerida para así realizar las unidades de significado, las cuales representan el pensar de las diversas entrevistadas.

Estas unidades de contenido fueron incorporadas a una tabla, con el fin de organizar el posterior análisis de cada una de estas; esta tabla comprendió de tres columnas que representaban las unidades de significado, unidades de contenido y su ubicación correspondiente. Para la ubicación se tomó en cuenta el número de entrevista, de página y de las líneas que comprendían cada una de las unidades de contenido.

Luego de ordenar las unidades de contenido en su correspondiente unidad de significado, se dio paso a la descripción de estas mismas, tomando en cuenta los extractos e ideas dadas por las entrevistadas, las cuales debieron estar insertas en dicha descripción, representando fielmente a cada una de las unidades de significado, para evitar así caer en errores.

Es importante destacar que dentro de la realización de las unidades de contenido se logró llegar al punto de saturación esperado para cada una de las unidades de significado, ya que las ideas expresadas por las distintas entrevistadas se encuentran planteadas a repetición; todo esto nos expresa un punto satisfactorio dentro del proceso que significa el desarrollo de una metodología cualitativa y que a su vez aporta una contribución en el futuro análisis a desarrollar.

Todo este proceso mencionado anteriormente, derivó en un profundo significado personal para cada una de nosotras, ya que representó el desafío no sólo interno sino como equipo, porque se debió realizar muchas sesiones de trabajo y ejercicio, para lograr una discusión satisfactoria que llevara a la conciliación de ideas y su posterior unificación, las que finalmente fueron plasmadas en la realización y descripción de las unidades de significado.

La creación de las unidades de significado más su posterior descripción corresponden a las subcategorías, que encarnan fielmente las percepciones de las matronas entrevistadas, y que constituyen la base para un análisis futuro, por lo tanto, la creación de estas implicó no

sólo una amplia discusión sino que también una detallada composición que lleva finalmente a cada una de las subcategorías.

A través del proceso descrito anteriormente y sumado a la revisión constante de las entrevistas, logramos extraer subcategorías, y que son las siguientes:

1. Ampliación del campo laboral
2. Ética profesional
3. Formación profesional
4. Apreciación de la sociedad
5. Controversia a la incorporación de la matrona en el área
6. Introducción de la Fertilización Asistida al sistema público
7. Difusión del tema
8. Rol Profesional
9. Perfil Profesional
10. Opinión sobre el tema

Es importante destacar que las 10 subcategorías mencionadas son a nuestro juicio las necesarias para lograr un futuro análisis de manera óptima, ya que esta cifra engloba una representatividad básica dentro de este proceso, porque si fuese un número inferior se perdería ésta, y por el contrario si fuese un número mayor obstaculizaría nuestro análisis.

Posteriormente, al relacionar las subcategorías se obtuvo como resultado las categorías, las cuales constituyen el nivel máximo dentro de este proceso, y que a su vez representan una perspectiva global de todas las ideas abarcadas por las entrevistadas, llevándolas a su más mínima expresión en 6 conceptos, los cuales son:

1. Incorporación a un nuevo campo laboral
2. Concepto de la Fertilización Asistida
3. Competencias del profesional matron (a)
4. Ejercicio del rol
5. Introducción de la Fertilización Asistida al sistema público
6. Difusión del tema

Cada una de estas categorías corresponde a la relación y enlazamiento de las subcategorías que dependen de ellas. Y que fueron congruentes entre sí para dar como resultado lo siguiente:

- Ampliación del campo laboral + Controversia a la incorporación de la matrona en el área = Incorporación a un nuevo campo laboral

- Apreciación de la sociedad + Opinión sobre el tema = Concepto de la Fertilización Asistida
- Formación profesional + Perfil Profesional = Competencias del profesional matrn (a)
- Ética profesional + Rol Profesional = Ejercicio del rol
- Introducción de la Fertilización Asistida al sistema público = Introducción de la Fertilización Asistida al sistema público
- Difusión del tema = Difusión del tema

Luego de unificar las descripciones de las subcategorías y formar las categorías, se lleva a cabo la descripción respectiva de cada una de éstas, que son en base a la representación otorgada por nosotras al comienzo de la revisión de las entrevistas.

Así las categorías son la fiel representación de lo planteado por nosotras al inicio de este estudio, el cual se basa en las percepciones de las matronas con respecto a la incorporación de estas mismas al área de la Fertilización Asistida.

## 5.6 Análisis de Contenido

La cercana y minuciosa lectura de las entrevistas realizadas durante esta investigación nos lleva una etapa en donde supone una fuerte discusión y análisis entorno a los contenidos expuestos por las entrevistadas. Posteriormente la realización del proceso de categorización, el cual incluyó el desarrollo tanto de subcategorías como de categorías, nos permite fielmente dar inicio a un análisis global de los contenidos mencionados anteriormente. Es importante destacar, que dichas entrevistas reflejan exactamente las percepciones de las matronas en torno al tema expuesto, en lo que sin duda facilitó de sobremanera el trabajo realizado.

Entorno a la primera subcategoría descrita en la tabla de análisis “Ampliación del campo laboral”, se rescata lo siguiente; durante mucho tiempo en nuestra sociedad el rol de la matrona ha sido asociado a la atención del parto, sin embargo, se desconoce el trabajo que tiene este profesional en toda las etapas de la salud sexual y reproductiva de la mujer, abarcando desde la niñez hasta el periodo postmenopáusico. Es así, que consideramos que la incorporación de un nuevo campo laboral al desempeño común de este profesional es plenamente exitoso y validado completamente por las entrevistadas, lo cual se ve expresado en las siguientes frases: “...lo que te digo, o sea, es un área mas a desarrollar y creo que la matrona tiene que estar incorporada” (Entrevista 5, Pág. 2, Líneas 4-5); “yo creo que mientras más campo tengamos las matronas...mejor..” (Entrevista 1, Pág. 2, Líneas 8-9); “...todo lo que sea ampliación en el campo laboral de la matrona es positivo, ya?, Es positivo y es constructivo, sí considero que si de todas maneras, porque no queremos seguir perdiendo campos, queremos seguir agregando campos...” (Entrevista 6, Pág. 2, Líneas 3-6); “...si se trata de ponerse las pilas y darse cuenta de la importancia que tiene esta profesional en esta área, me parece que...tenemos que actuar, tenemos que abrirnos ese campo ya?...” (Entrevista 6, Pág. 6, Líneas 124-126); es innegable no visualizar la importancia que tiene para nosotras como internas de la carrera de obstetricia y puericultura el hecho que la matrona sea vista como un profesional, cuyo rol y perfil es holístico, lo que le permite ser capaz de abarcar áreas nuevas de su competencia, lo cual consideramos que es profundamente beneficioso para nosotras, ya que estamos a portas de formar parte de una nueva generación de matronas, y por lo tanto, se nos abre una amplia gama de oportunidades para ejercer nuestra profesión.

Sin embargo, para el mismo grupo de entrevistadas se destaca el dilema en específico con la Fertilización Asistida, ya que la relevancia en la incorporación de un nuevo campo para el desempeño de la matrona se ve opacado con la limitada oferta de trabajo que existe en esta área; lo cual se debe al escaso número de centros a nivel nacional que tratan casos de infertilidad con esta técnica, y que a su vez pertenecen completamente a sistema privado, lo que implica también una gran cantidad de aporte monetario para su existencia y

funcionamiento. Por otra parte, la falta de políticas públicas en torno al tema, y la ausencia de centros de atención secundarias que resuelvan este problema a nivel regional, limitan aún más la oportunidad de encontrar un trabajo vinculado al área, lo que genera un futuro sombrío en la incorporación de la matrona plenamente al campo laboral de la Fertilización Asistida. Esta idea se ve plasmada en las siguientes frases; “...si tu piensas que un centro como el del frente que trabaja con dos matronas no es una gran cantidad de matronas las que van a absorber una cosa así, porque como es una cosa asistida es programada, entonces se programan los ciclos, se programan las inyecciones, entonces todo se programa! entonces tu no necesitas un turno de 24 hrs. de matrona para...al servicio de, entonces no es un gran campo laboral para un gran número de matronas, eso no lo es...” (Entrevista 1, Pág. 5, Líneas 115-120); “...pero cinco matronas en fertilización asistida y que quieran trabajar en viña, ¡acá no tiene donde trabajar...!” (Entrevista 4, Pág. 5, Líneas 105-106); “...si tu pensai ¿Cuántos centros de fertilización asistida? Como seis, o sea, seis matronas, o sea con suerte doce, porque en los centros grandes puede que ocupen dos matronas, pero con suerte doce nacionales, entonces ¿tú creís que sería como para formar un equipo de matronas así todos los años?...” (Entrevista 4, Pág. 7, Líneas 178-181). Estas frases nos indican que el campo laboral de la Fertilización Asistida nos es algo masivo, sino que un evento aislado, en donde el número de matronas que trabajan actualmente en esta área es muy reducido, sin embargo, a pesar de esto las matronas que se desempeñan en este campo se encuentran incluidas dentro de equipos multidisciplinarios, destacando ellas plenamente la importancia de su rol, lo que reafirma la participación de este profesional en dichos equipos.

A pesar de realidad nacional, en que existen pocos centros de atención para casos de infertilidad, y como mencionábamos anteriormente, genera pocas oportunidades de trabajo para la matrona, la tasa de infertilidad se ve incrementada en los últimos años, lo que predispone un llamado de atención a las autoridades en salud de nuestro país, y se generen de esta manera políticas ligadas al tema que vayan en busca de soluciones, proyectándose en un futuro no muy lejano, la incorporación de la infertilidad al sistema público dentro de las garantías explícitas en salud.

Con respecto a la quinta subcategoría “Controversia a la incorporación de la matrona en el área”; hemos podido llegar a concluir que en general no existe tal controversia, ya que al momento de formular la pregunta contingente al tema, las entrevistadas respondieron un tanto extrañadas y sorprendidas por dicha interrogante, debido a que consideran también que dentro de los equipos de trabajo que ellas conocen y que se dedican a la Fertilización Asistida, la matrona es uno de los pilares fundamentales de estos, catalogándola como “el brazo derecho del médico”. Podemos destacar a ciencia cierta que solo existiría una cierta controversia sólo en los casos en donde existan ciertas actitudes personales tanto de la matrona como de otros profesionales del equipo de trabajo que generen roces o

disconformidades en el desempeño de su labor. Esto se ve reflejado en los siguientes extractos; “...No creo fijate, no creo, porque...la verdad es que la, la ehm, mmmm, mm...aquí hubo una vez en la medicina reproductiva una enfermera y hubo hartos problemas, digamos de...de relaciones con la matrona, pero yo pienso que era por su personalidad más que nada...” (Entrevista 1, Pág. 4, Líneas 79-82); “...Es que yo no he visto controversias, o sea, partiendo de la base que no he visto muchas controversias con relación a la entrada de la matrona yo veo a los médicos, que ellos nos han incorporado más, pero el resto el resto del equipo no sé, cada uno tiene su labor, no hay ninguno que se superpone con ningún otro...” (Entrevista 2, Pág. 4, Líneas 81-84); “...Que yo sepa no porque en los centros de acá al freeente siempre hay una matrona presente, o sea no podrían yo creo que trabajar sin matrona...” (Entrevista 3, Pág. 4, Líneas 66-67); “...no he escuchado ningún problema, ninguna controversia, ninguna discusión que se haya generado a nivel de las colegas o a nivel de público en general o a nivel médico...” (Entrevista 6, Pág. 2, Líneas 21-23). Dichas declaraciones vuelven a reafirmar que la matrona es un profesional bien recibido en el equipo de trabajo del área de Fertilización Asistida, pasando a ser una especie de complemento ideal para el médico ginecólogo especialista en este campo, y que a su vez confirman la importancia de su labor.

Las dos subcategorías anteriormente mencionadas y su respectiva descripción dieron pie a la realización de la primera categoría “Incorporación a un nuevo campo laboral” definida como: “Ingreso del profesional matron (a) al área de la Fertilización Asistida, y su discusión en torno a este hecho por parte de otros profesionales de la salud”. La creación de esta categoría responde a un profundo proceso de análisis previo denominado categorización, en el cual se representa la percepción de las entrevistadas acerca de la incorporación de la matrona al campo laboral de la Fertilización Asistida y su respectiva controversia de este hecho por parte de otros profesionales, esa percepción nos da cuenta que existe una apreciación muy favorable para el profesional matron (a), hacia al hecho de que éste se involucre en una búsqueda de nuevas oportunidades de desempeño laboral que puedan ser de su competencia; a su vez no existe en general una controversia real o palpable en torno a esta situación, y si existiese ésta discusión sería de poca importancia, ya que sólo pasaría por una mera incompatibilidad de caracteres personales.

“Apreciación de la sociedad” correspondiente a la cuarta subcategoría, concibe un retrato del pensamiento de la idiosincrasia chilena en contexto a la Fertilización Asistida, y engloba una percepción personal de las matronas entrevistadas de acuerdo a la tendencia popular en nuestro país. Posteriormente a la revisión de las entrevistas efectuadas y su respectiva discusión afloran 3 grandes ideas, las cuales son: primero, una actitud machista de la sociedad en relación al tema, en donde el hombre es significado de virilidad, procreación y no puede ni debe tener problemas de esta índole, a su vez, la mujer queda condenada al papel de culpable y por supuesto adquiriendo toda la responsabilidad de este hecho;

segundo, los prejuicios religiosos ligados al tema, que corresponden de modo global, una oposición a los métodos que utiliza la fertilización asistida para lograr finalmente el desarrollo de un embarazo y las implicancias que esto supone; tercero el nexo económico que existe con la fertilización asistida, ya que, al ser técnicas costosas implican la tenencia de grandes cantidades de dinero para su financiamiento, lo que deriva en un método inalcanzable para sectores con menos ingresos económicos de la sociedad.

Junto a este conjunto de ideas que definen la apreciación de la sociedad en torno al tema captado por las matronas, se desprende que la Fertilización Asistida al ser una técnica ligada plenamente a la sexualidad humana, ha sido por décadas un tema tabú en las familias de nuestro país, por esta razón es poco conocida, ya que no se conversa y discute ampliamente, creando un ambiente de ignorancia con respecto a ella. Es allí en donde de la matrona ejerce un rol primordial, pues es el profesional que se encuentra en contacto directo con la población de los diferentes estratos sociales, abarcando en plenitud a todos los habitantes que necesiten de ayuda e información acerca de la infertilidad y la Fertilización Asistida como tratamiento. Convirtiéndola así en el profesional idóneo para tratar dicho tema en todos los niveles de atención de salud del país.

A pesar de que este todavía sea un tema tabú para la mayoría de la población chilena, dado al recambio de generaciones y la apertura de pensamiento influenciado por la mente europea y americana, es un hecho también, que se ha ampliado la discusión general respecto a la infertilidad y sus opciones de tratamiento como la Fertilización Asistida.

Con respecto a la décima subcategoría “Opinión sobre el tema” se extrae que la cuarta entrevistada es la que más pone hincapié en su opinión, o bien percepción con respecto al tema, ya que enfatiza la adopción como una opción a la infertilidad, recalcando la importancia de ésta, porque a su parecer el destino de estas personas no se debe transgredir o intentar transgredir, ya que, su condición es obra de Dios, lo cual es válido, y se plasma en las siguientes frases: *“...es una cuestión más religiosa que nada, porque en el fondo las guaguas llegan a las personas que tiene que llegar, que están predestinadas... no sé, yo pienso que en el fondo la Fertilización asistida... es forzar algo que tú no... yo voto por la adopción ya? No voto por la fertilización asistida...”* (Entrevista 4, Pág. 3, Líneas 36-40); *“...entonces hay cosas que no deberían ser transgredidas, o sea, en el fondo..., Dios tiene un destino para cada persona y ese destino creo que hay que seguirlo...”* (Entrevista 4, Pág. 3, Líneas 53-55); sin embargo, a nuestro juicio nos parece una postura un tanto intransigente para ser un profesional de la salud que se encuentra en contacto con esta realidad frecuentemente. Por otra parte, el resto de las entrevistadas opina que es un método completamente válido para quien desee optarlo, sin embargo, debe ser una decisión de pareja que se encuentre completamente informada y consciente, tanto de los beneficios como de los riesgos que este método supone, porque en muchos casos existen graves

consecuencias y malos resultados que pueden afectar de gran manera, no sólo la salud reproductiva de la mujer, sino que la salud mental de la pareja y su familia.

A modo personal como grupo, luego de la discusión y análisis requerido, hemos llegado a la convicción que existen diferentes opiniones en torno al método como técnica en sí, sin embargo, validamos plenamente esta opción compartiendo el pensamiento de la mayoría de las matronas entrevistadas.

En base a lo analizado anteriormente en las dos subcategorías “Apreciación de la sociedad” y “Opinión sobre el tema”, logramos establecer un lazo consistente definiendo una segunda categoría “Concepto de la Fertilización Asistida”, la cual se describe de la siguiente manera: “Percepción personal y valoración de la idiosincrasia chilena del profesional matron (a) entorno a la Fertilización Asistida”. Esta categoría se construye, como hemos señalado anteriormente, posterior a una exhaustiva conversación y discusión, en especial ésta que incluye implicancias más bien personales, como son la religión y los valores ético-morales. Finalmente las impresiones recogidas a través de este diálogo son variadas, pero que llegan a un foco común, que es el hecho de que nuestra opinión como futuras profesionales de la salud supera cualquier prejuicio o juicio personal que se tenga respecto de la Fertilización Asistida, ya que nuestra opción debe ir siempre a favor de una atención integral y de calidad hacia una usuaria, ya sea ésta de estrato social alto, medio o bajo.

Al analizar la tercera subcategoría “Formación profesional” se pueden desprender diversos extractos, que llegan a una gran idea principal, que consiste en que las matronas poseen una preparación académica en pregrado que le da la base para optar por el desempeño en esta área, en donde se encuentran cátedras como la anatomía, histología, biología celular, ginecología, psicología y la antropología, entre otras, sumado a esto el hecho que la infertilidad es un tema que ha sido estudiado principalmente en mujeres más que en hombres, facilitando el nexo de la matrona con esta área de desempeño. A pesar de lo anterior, es indispensable y fundamental adquirir una especialización que brinde todos los conocimientos y habilidades necesarias que requiere este campo tan específico y actual como es la Fertilización Asistida, en donde los métodos y técnicas que se utilizan en ésta van innovando día a día gracias al aporte de la tecnología que se va superando ampliamente en nuestra era; lo anterior expuesto se refleja a través de las siguientes frases: *“...creo que le falta preparación y pienso que como todas las subespecialidades como son la neonatología, como son eh...toda la parte adolescencia, como es la parte de la misma fertilización, requieren de una preparación extra aparte de la preparación básica que tiene la matrona...”* (Entrevista 1, Pág. 2, Líneas 17-20); *“...La verdad que yo creo que es super bueno, porque las matronas trabajamos con mujeres y la fertilización o infertilidad está más estudiado en mujeres que en hombres, entonces sería como súper importante en un trastorno como este estar presentes, yo creo que la formación nuestra como matronas es como bien ligada al*

*tema, entonces se beneficia esa parte...*” (Entrevista 2, Pág. 2, Líneas 12-16); *“...Si, porque se supone que...o sea...no es llegar y entrar porque tiene que tener una preparación previa...”* (Entrevista 3, Pág. 2, Líneas 28-29); *“...Lo que te decía antes poh, tiene que tener un curso de preparación, no es llegar y empezar con actividad así sin saber, tiene que tener la especialización, de todas maneras porque hacen muchos procedimientos que no realizamos normalmente...”* (Entrevista 3, Pág. 3, Líneas 39-41); *“...pero encuentro que esa área es súper compatible con ser matrona, es necesaria pero tiene que ser especialista poh!, o sea, la gente tiene que especializarse en eso, tiene que saber, no podís hacer algo sin saber, pero absolutamente compatible con eso...”* (Entrevista 4, Pág. 6, Líneas 131-134); *“...la matrona tiene la base...la base te fijas? tiene conocimientos, tiene habilidades, en cuanto a su profesión y ese...es el piso, igual pero como es algo nuevo, es una técnica nueva obviamente tiene que aprender pero la base la tiene...”* (Entrevista 6, Pág. 4, Líneas 86-89). El análisis desarrollado por nuestro equipo de trabajo en base a las lecturas de las entrevistas más el proceso de categorización previo, nos muestra claramente a modo de conclusión que las percepciones de las matronas acerca de la formación académica y sus respectivas competencias que requieren para desempeñarse en esta área, está dada básicamente en el pregrado y existe una fuerte convicción al hecho que la matrona se encuentra preparada con la base para entrar a este campo, pero que sin lugar a dudas también, necesita completamente de un proceso de especialización para poder ejercer en esta área. Este curso de especialización no es sólo necesario sino que esencial, y debe comprender no sólo las técnicas que se utilizan en Fertilización Asistida, que son muy específicas, sino que también toda una preparación más bien psicológica, ya que, las implicancias que rodean este tratamiento pueden generar grandes conflictos en la salud mental de los involucrados, es ahí también donde el rol de la matrona aflora de sobremanera, debido a que es característico de su desempeño la comunicación con la o los usuarios, la fuente de apoyo e información que genera, además de la confianza que puede ser depositada en su persona. Estas afirmaciones se ven representadas en la siguiente frase expuesta por una de las entrevistadas; *“...que mas la parte humanitaria, humana...eso agregaría como te dije la psicología, antropología...”* (Entrevista 5, Pág. 4, Líneas 91-92). Sin lugar a dudas el perfil profesional sumado al rol integral que posee la matrona le dan pié a ésta no sólo para integrarse, sino que también para ejercer de manera segura dentro del campo de la Fertilización Asistida, ya que es capaz de tomar diversos roles dentro de un mismo equipo de trabajo, y así elevar el nivel de calidad a la hora de entregar la atención que los usuarios necesitan. A su vez, cabe destacar la vanguardia que siempre este profesional lleva consigo, perfeccionándose con nuevos avances que puedan surgir.

Debemos destacar que durante las sesiones de discusión y análisis de esta subcategoría, emergieron sentimientos de apoyo, por parte de nosotras, que van muy ligados a la etapa que como estudiantes de último año nos ha tocado vivir; consideramos de una extrema valentía y coraje la opción que toman estas matronas hoy en día, y la dedicación que

depositan en su actuar diario con cada usuaria que se relacionan, también creemos que es de suma importancia brindar el respaldo requerido al momento de que elijan esta opción de trabajo, y colaborar desde nuestro nivel académico.

Junto con la discusión de la subcategoría anterior, se propicia el análisis de la novena subcategoría “Perfil profesional”, que habla sobre las competencias requeridas por la matrona para poder ejercer en el área de la Fertilización Asistida. En este concepto las entrevistadas, dieron su percepción sobre el trabajo que realizan las matronas que se desempeñan en esta área, y que sin lugar a dudas llegan a la misma convicción de que es una labor muy importante, pero también agotadora, ya que al existir pocas matronas trabajando deben asumir múltiples tareas y estar dispuestas a todo horario que la requiera una usuaria o paciente en su caso, a su vez poseer un conocimiento exhaustivo y amplio sobre el tema, pero también no caer en contradicciones y conflicto personales de la índole ético-moral, sino más bien debe tener una “mente abierta” y ser una persona objetiva e imparcial a la hora de otorgar su atención. Junto con esto debe gozar de una personalidad empática y afable, que contribuya a las buenas relaciones interpersonales no sólo con el equipo de labores, sino que principalmente con sus pacientes, y de esta manera dar un servicio óptimo e integral.

El contenido del párrafo anterior está avalado por las entrevistadas, y siendo expuesto con las siguientes frases: “...la verdad ella prácticamente no tenía vida propia porque se dedicaba 100%...” (Entrevista 2, Pág. 4, Líneas 123-124); “...yo le saco el sombrero a la matrona que está ahí poh, hace de todo, casi la dueña de casa y se preocupa de las pacientes, se preocupa de miles de cosas...” (Entrevista 4, Pág. 4, Líneas 122-124); “...Tiene que ser metódica, tiene que ser súper ordenada, eh...absolutamente profesional en lo que está haciendo, eh, con harto conocimiento teórico, práctico y que sea una persona con la mente abierta, eh con la parte social desarrollada como te decía yo..” (Entrevista 4, Pág. 5, Líneas 155-158); “...ahí está el rol de la matrona...más que ver la parte científica y tecnológica y todo lo demás, o sea, el contacto con la paciente, nunca nos tenemos que olvidar que la matrona y todo profesional en salud tiene que ser empático. En la medida que tú seas una persona empática con la paciente, tu desempeño profesional va a ser óptimo, porque te vas a poner en el lugar del otro y vas a tratar al otro como te gustaría que te trataran a ti...” (Entrevista 6, Pág. 4, Líneas 76-82). Sin lugar a dudas la descripción que realizan las matronas entrevistadas acerca de las características que debe tener una matrona para poder trabajar en Fertilización Asistida, a nuestro parecer son absolutamente compatibles con la labor que realiza ésta en sus diferentes campos de acción, ya que la empatía, el orden, el perfeccionamiento continuo y el ser metódica forman parte desde siempre del rol que involucra al desempeño profesional de la matrona. Sumado a esto, la apreciación que poseen las entrevistadas en concreto del trabajo que realizan las matronas que conocen en Fertilización Asistida es bastante sacrificado, ya que deben disponer

plenamente de su tiempo personal para la atención de sus pacientes, dejando la mayoría de las veces su propia vida en segundo plano, entregándose por completo a su labor profesional. Además, ellas opinan que debiesen existir mayor número de cargos para la matrona en esta área, y así alivianar el peso que existe hoy en un trabajo tan absorbente como el mencionado, de este modo los equipos multidisciplinarios se fortalecerían aún más.

De lo expuesto anteriormente podemos extraer la tercera categoría “Competencias del profesional matrón(a)”, la cual lleva por descripción “Conjunto de conocimientos y habilidades personales y adquiridas necesarias para desempeñarse en el área de la Fertilización Asistida”. Durante los últimos años ha estado en boga el concepto de competencias, el cual engloba el desempeño de un profesional; la matrona no ha quedado ajena a este proceso, adquiriendo y reforzando sus conocimientos, habilidades y destrezas, que vayan a fortalecer la atención integral que ésta realiza. El profesional matrón(a) que opte por desempeñarse en esta área, debe estar consciente de los requerimientos que involucra trabajar en un equipo de Fertilización Asistida, no sólo desde el punto de vista académico sino que también de las repercusiones que este trabajo pueda generar en su vida personal. Es así que la matrona que finalmente se decida por esta opción infunde un gran respeto por parte de sus colegas y de otros profesionales vinculados al área de la salud, ya que este tipo de trabajo involucra un perfeccionamiento técnico continuo de gran nivel, así como un desgaste físico y mental. Como estudiantes nos sumamos a esta apreciación, ya que sin lugar a dudas el trabajo que realiza la matrona en esta área es realmente excepcional, lo que nos hace tener un sentimiento de admiración hacia ellas, mirándolo desde el punto de vista de que nosotras estamos a portas de adquirir dicha profesión.

Como hemos mencionado en párrafos anteriores, para lograr obtener un desempeño óptimo en la Fertilización Asistida, es necesario adquirir las competencias respectivas para dicha área, esto se logra no sólo en el pregrado, en donde se entregan los conocimientos básicos y científicos a través de cátedras como la ginecología, biología celular, enfermería, embriología entre otras. A su vez, en el pregrado se otorgan las herramientas que debe tener un profesional como la matrona, para brindar una buena acogida y apoyo a las parejas que se sometan a estos procedimientos, lo cual se adquiere a través de cátedras como la psicología, antropología, sociología de la mujer, además de todos los laboratorios realizados durante los cinco años de estudio, en donde nosotras como estudiantes hemos estado en contacto con mujeres de distintos estratos sociales, lo cual se convierte en una escuela de relaciones interpersonales capacitando el entendimiento y la comprensión de las problemáticas de la población, siendo todo esto un respaldo importante que sirve como base a la hora de tomar la decisión de especializarse en el campo de la Fertilización Asistida. De igual forma en el post título existen una gama de especializaciones que giran en torno a esta área que en conjunto con la base ya adquirida dan las herramientas suficientes para desempeñarse de la mejor manera en un campo de acción, sin embargo, es necesario ir

tomando diferentes especialidades en la medida que vayan surgiendo nuevas interrogantes en el trabajo diario, así como también nuevos avances tecnológicos, y de esta manera ir adquiriendo las competencias que debieran estar presentes en todo profesional que se dedique al área de la Fertilización Asistida.

Siguiendo el proceso de análisis que hemos ido describiendo, se realiza nuevamente la revisión, lectura comprensiva y su posterior discusión de los contextos plasmados en las entrevistas, se llega a la segunda subcategoría “Ética profesional”, la que plantea el actuar de la matrona en sus actividades diarias abordado desde el punto de vista de normas y códigos profesionales y ético-morales. A modo de ilustración de manera explícita se presentan las siguientes frases: *“...Además que creo que es parte de nuestra área la parte de fertilización, es parte de nuestra área, independiente de la cosa ética o moral que pueda tener involucrado...”* (Entrevista 1, Pág. 2, Líneas 10-12); *“...yo no difiero ni comparto ninguno de los prejuicios porque soy una profesional que trabajo en un campo, en que tengo que dejar de lado mi manera de pensar, para poder actuar en función de ayudar a otra mujer...”* (Entrevista 1, Pág. 4, Líneas 71-74); *“...es que bueno...hay hay...hay cosas que van en contra de lo que uno piensa normalmente, pero...en este sistema tiene que haber una matrona en cualquier área que sea...que involucre embarazo ¿ya? O sea...que tenga la mujer, fertilización asistida tu puedes estar de acuerdo o no pero igual si se está haciendo debe estar acompañado por matrona de todas maneras...”* (Entrevista 3, Pág. 2, Líneas 3-7).

A partir de la percepciones que hemos captado por parte de las matronas que participan de la presente investigación, podemos extraer conclusiones claras entorno al modo y la manera con la que debe actuar una matrona que se desempeñe en este campo, siendo una de éstas firme y consistente en que no debe involucrarse la opinión particular y personal del profesional con el trabajo que realiza, siempre hay que velar por la salud de las pacientes que atiende más que cuestionar el actuar del otro. Es muy importante destacar o insistir que la matrona es un ser importantísimo en este proceso, no sólo la mujer, como describía una de las entrevistadas, debe estar acompañada de una matrona, sino que la pareja y la familia de ella necesita y requiere del apoyo y la educación que este profesional pueda brindarle, así también, los juicios internos que pueda llegar a presentar el profesional quedan relegados a un conflicto personal y no trascienden ni se transmiten de ninguna forma al paciente. A su vez como relataba otra entrevistada, la matrona debe ser vista como una “servidora” ante los pacientes con los que se relaciona.

La octava subcategoría “Rol profesional” nos habla fundamentalmente sobre el rol educativo y asistencial de la matrona, en donde el apoyo psicológico y la orientación que se le pueden brindar a las parejas, sobre todo a las madres es esencial para lograr el éxito del tratamiento.

Ya que es de conocimiento de nosotras el hecho que las técnicas de Fertilización Asistida tienen un porcentaje importante de fracaso y vinculadas en muchos de los casos a trastornos en la salud mental de los pacientes y que puede llegar a tener consecuencias graves. Aquí emerge con mayor fuerza el ejercicio matronil en cuanto a la información y calidad de educación que se brinda sobre el tema a los usuarios o pacientes que lo requieran, ya que la matrona personifica al profesional idóneo para esta tarea, no solo por su clara cercanía con la salud sexual y reproductiva de la mujer, sino que también por los conocimientos básicos en psicología humana y en especial de la mujer adquiridos desde el inicio de sus estudios, con esto logra realizar una buena valoración de la situación que enfrenta y así poder definir el plan de educación a implementar de una manera más óptima. También es el profesional más vinculado a todo el proceso de embarazo, por lo que la transforma en el ser con un gran conocimiento a entregar, que complementado con la cercanía que genera en sus pacientes logra generar lazos de comunicación fuertes y expeditos que facilitan el plan educativo impuesto; este camino de comunicación brinda a la relación matrona-paciente una seguridad indescriptible en donde existe un apoyo mutuo en todo el proceso, pero más aún le ofrece a la matrona las armas para satisfacer con los requerimientos emocionales de sus pacientes y dar respaldo durante todo el tiempo que dure el tratamiento. Lo anterior se ve reflejado en las siguientes frases extraídas de las respuestas que dieron las entrevistadas: *“...hay un porcentaje importante de fracaso que no son en el comienzo, son ya a un poquitito de andar del embarazo por lo tanto es bastante doloroso y fuerte para una mujer, por lo tanto el apoyo de una matrona yo creo que tiene que ser súper importante, súper importante! la educación que le dan a las pacientes, súper importante...”* (Entrevista 1, Pág. 6, Líneas 126-129); *“...se supone que la fertilización asistida la paciente tiene que tener una orientación en el embarazo, la matrona es la que ha manejado siempre esa parte ¿ya? Y es la que orienta y educa a la paciente para que la información o todas las dudas que ella pueda tener ¿ya?...”* (Entrevista 3, Pág. 2, Líneas 10-14); *“...Por eso te digo...Si, ...o sea de todas maneras porque la matrona siempre va a estar en esos casos ayudando y apoyando a la mujer, que la va a orientar a mejorarse...mejor que el médico ¿ya?...”* (Entrevista 3, Pág. 2, Líneas 23-25); *“...porque en el fondo se tiene que preocupar de todo, pero yo creo que tiene que haber alguien preocupado de la paciente y es una cuestión súper delicada y pienso que la paciente necesita mucha ayuda psicológica más que... Bueno ellos tiene psicólogo y todo... pero la matrona tiene que ... un plus adicional en el sentido que... que además de la parte psicológica cierto? Vemos la parte obstétrica y entonces eh... es importante que ellas tengan un apoyo de las matronas que están trabajando en eso...”* (Entrevista 4, Pág. 2, Líneas 7-13); *“...Mira, la parte psicológica!, en la parte psicológica la matrona puede ser un tremendo apoyo te fijas? Llegan con muchas dudas, con temores, mucha cosa emocional revuelta y*

*que necesitan que alguien les aclare a ese nivel...*” (Entrevista 6, Pág. 3, Líneas 63-66); Como la última entrevistada expresaba, la infertilidad puede llegar a producir una intensa disyuntiva en la pareja, y por consiguiente, arrastrar diversos trastornos emocionales en ellos, siendo la matrona el profesional más cercano que brinda la acogida y el apoyo sirviendo de sostén a los conflictos que se generen a nivel personal y familiar de sus usuarios. Con esta última idea nos identificamos completamente, porque hemos visto como, tanto los usuarios del sistema público así como los pacientes del sistema privado ven en la matrona a un profesional próximo en el que pueden depositar toda su confianza, poniendo en ella sus aprehensiones y contándole todos los problemas que los aquejan, en especial los relacionados a la infertilidad y sexualidad humana. Junto con todo esto se destaca la importancia que adquiere la matrona como profesional que complementa las actividades del médico, pudiendo llegar a convertirse en un verdadero “brazo derecho” de su labor, siendo esto expresado claramente por una de las entrevistadas con la siguiente frase: *“...Igual como que, es como más una labor de cooperación, de complementación de la labor medica...”* (Entrevista 5, Pág. 2, Líneas 39-40).

Siguiendo con el proceso de categorización hemos llegado a la cuarta categoría denominada “Ejercicio del Rol”, cuya descripción es la siguiente: “Modo de desempeño del profesional matron (a) en el área de Fertilización Asistida, en base a un código ético-moral”. Esta categoría nace de la unión de los dos subcategorías analizadas previamente, y que son “Ética profesional” y “Rol profesional”, y que van dirigidas a destacar y expresar las maneras en el actuar del profesional en base a un código ético-moral, es decir, que tanto influye éste conjunto de normas en las actividades diarias de la matrona. Frente a esto es muy importante tener claro cuál es la postura personal hacia la Fertilización Asistida, explicado dentro de la segunda categoría, así como también las competencias requeridas para el desarrollo de este trabajo. Con todo esto sumado a la personalidad que pueda tener la matrona podemos ejemplificar esta cuarta categoría, ya que, a partir de las percepciones de las matronas presentes en la investigación y captadas por nuestro grupo, es innegable relatar cual debe ser la postura de la matrona en su pensar y actuar hacia la Fertilización Asistida. Esta percepción se describe de la siguiente manera; la matrona debe ser un profesional íntegro que vele siempre por la salud de sus pacientes y/o usuarios, que durante todas sus actividades y accionares diarios debe dejar de lado su prejuicios, opiniones y disyuntivas personales ligados al tema, que otorgue además una atención integral y de calidad, que sea capaz no solo de educar e informar respecto al tema, sino que también, haga de sostén ante los conflictos y problemas que puedan surgir durante el tratamiento, dando apoyo y orientación. No podemos dejar de mencionar que sin lugar a dudas nosotros como estudiantes compartimos esta percepción, ya que a lo largo de nuestra formación nos han enseñado que los valores ético y morales rigen nuestro que hacer y que por supuesto nuestra opinión personal queda desligada a un segundo plano cuando se trate de la salud de una usuaria o paciente, esto no significa que debamos dejar de lado nuestras convicciones

personales del todo, sino que tenerlas presentes a la hora de desempeñarnos profesionalmente.

La sexta subcategoría “Introducción de la Fertilización Asistida al sistema público”, la hemos ascendido de nivel directamente, por no presentar ninguna relación concreta que genere un nexo suficiente con otra subcategoría, de esta manera se transforma en la quinta categoría, la cual se define de la siguiente manera: “Apreciación del profesional matrn (a) respecto a la incorporación de la Fertilización Asistida en el sistema público salud chileno, a través de las garantías explícitas de salud”. De acuerdo a las percepciones expuestas por las entrevistadas es un hecho que la Fertilización Asistida como tratamiento a la infertilidad, es excesivamente costoso, lo que la pone solo al alcance de la población más acomodada de nuestro país, por esta razón se encuentra presente actualmente solo en el sistema privado, limitando plenamente el acceso al resto de la población con menos ingresos monetarios.

Esta constituye una de las razones principales que hacen pensar a las entrevistadas que sería muy difícil e improbable el ingreso de esta patología con su respectiva técnica de tratamiento, al programa de garantías explícitas en salud, más conocido como el plan AUGE, llevándola de este modo al sistema público. Para avalar estas afirmaciones se exponen a continuación las siguientes que lo confirman: “...Yo creo que no, visualizarlo en el plan auge fíjate que yo pienso que no, porque uno de los motivos es porque son tratamientos caros, que implican... no se... pienso que...pienso que va a ser muy difícil que esté en el plan auge...” (Entrevista 1, Pág. 4, Líneas 90-93); “...No, por el costo que significa no creo, porque en cuanto a costo yo creo que el servicio de salud no lo podría asumir...” (Entrevista 2, Pág. 5, Líneas 96-97); “...No porque es muy caro!!!, o sea de hecho quedarán en la banca rota..jejeje, pero mira,... eh... ..eh... FONASA con la Fertilización asistida..? La Fertilización asistida tiene muchos procesos entonces, el costo es bastante alto...” (Entrevista 4, Pág. 2, Líneas 16-18). Sin embargo, a pesar de tener una percepción pesimista entorno al ingreso de esta patología al plan AUGE, surge el deseo y la esperanza de parte de ellas en que en el futuro pudiera llegar a existir la posibilidad de la anhelada incorporación, porque consideran que el recurso monetario no debiera ser impedimento para poder acceder a una atención referente al tema, a su vez existe una gran cantidad de población que se encuentra hoy viviendo el problema de la infertilidad y que por falta de dinero no ha podido dar tratamiento a dicha patología, también consideran que toda acción que vaya en beneficio de la salud de las personas es algo constructivo que debiera imitarse. Esta apreciación se encuentra presente en los siguientes extractos: “...¿Visualiza la fertilización asistida dentro del plan AUGE futuro o en el sistema público?

*Si de todas maneras porque el problema es a nivel...o sea de todas las clases sociales, en estos momentos los que tienen acceso a eso realmente son la...la gente que puede pagar o no...no tiene mayores coberturas de Isapres...el costo es altísimo...”* (Entrevista 3, Pág. 4, Líneas 70-72); “...Mira, yo creo que Sí, porque todo lo que vaya en beneficio, digamos, en

*cuanto a salud, para las personas...bienvenido sea, es algo positivo, es algo constructivo, así que considero que si, de todas maneras...muchas parejas ahí....tienen este problema de la fertilización, digamos que no pueden ser papás de forma natural, entonces es una ayuda, técnico, a nivel científico y además a nivel de AUGE lo considero súper bueno...*" (Entrevista 6, Pág. 2-3, Líneas 27-32). Luego de captar las percepciones de las matronas entrevistadas con respecto a la visualización de la Fertilización Asistida en el sistema público de salud, y discutidas ampliamente, logramos darnos cuenta de lo difícil que sería que tanto la infertilidad como su tratamiento pudieran incorporarse al programa de garantías explícitas en salud, no sólo por los costos que esto trae, sino que también por la falta de infraestructura y personal humano que se requiere para esta iniciativa. Pese a esto, es también nuestro deseo y añoranza ver inserto tanto la infertilidad como la Fertilización Asistida en el sistema público de salud, pues daría la oportunidad de mejorar la calidad de vida de muchas familias que tienen la esperanza incondicional de poder tener un hijo.

La séptima subcategoría, la hemos considerado que debe pasar al nivel de categoría directamente, ya que como en el caso de la anterior, no tiene un lazo con otra subcategoría que sea compatible a su descripción, por lo tanto, representa la sexta y última categoría dentro de este proceso de categorización, y que se denomina "Difusión del tema", la cual lleva como descripción lo siguiente: "Dar a conocer las características de la Fertilización Asistida a la población en general, por parte del profesional matrn (a)". Para lograr esta descripción nos insertamos plenamente en la percepción que tienen las matronas entrevistadas respecto a los diferentes métodos que tienen ellas mismas de dar a conocer el tema de la Fertilización Asistida, y su masificación a la población chilena. Es así, que su opinión descansa en la convicción de una educación más integral entorno a la sexualidad desde el nivel escolar, igualmente, poner énfasis en el ciclo reproductivo de la mujer y la salud sexual femenina y masculina a nivel primario, generando puertas en donde los usuarios tuvieran la oportunidad de formular todas sus interrogantes en torno al tema descrito. A su vez, destacan la importancia de abrir instancias de educación y diálogo con los y las usuarias, con las que ellas se familiarizan diariamente, ya que la ignorancia acerca de la Fertilización Asistida es un hecho transversal que se encuentra presente en los habitantes de todas las clases sociales. Para ilustrar lo anterior, se exponen a continuación las siguientes frases: "...Yo creo que una,... una... podría hacer campañas de conocimiento, que la gente sepa de qué se trata, todavía hay como un mito con respecto a esto y las parejas tras mucho peregrinar y tras mucho cuestionamiento llega finalmente a la fertilización asistida, no es fácil, la gente no conoce, no sabe de que se trata, así que a lo mejor un poquitito de educación..." (Entrevista 1, Pág. 4, Líneas 108-112); "...Una contribución...a ver... yo creo que mas educación, a todo nivel,..." (Entrevista 2, Pág. 4, Líneas 106-107); "...Partir más que nada con ayuda y orientación de base, en la mujer en edad fértil desde los colegios, ir orientando al sistema y si es que hay problemas que pueda obtener ayuda a todo nivel..." (Entrevista 3, Pág. 4, Líneas 83-85).

A partir de estas percepciones de las matronas entrevistadas descritas en los instrumentos realizados, podemos llegar a una conclusión única luego de nuestra discusión respectiva como grupo, ya que en esta categoría en especial se pone a la luz el rol de la matrona, uno en donde la educación es básica, clave y fundamental, que como profesional ha desarrollado plenamente y que por supuesto compartimos absolutamente. Es primordial destacar también, la importancia de generar oportunidades en donde realizar dicha educación, buscar puertas, generar instancias de comunicación, y no son pocos los lugares en donde la matrona es capaz de realizarlo, ya que es un profesional que abarca todos los niveles de salud y que posee todo el conocimiento y las herramientas para hacerlo.

Luego de este proceso de análisis de contenido exhaustivo que presentamos anteriormente podemos rescatar como conclusión final que la matrona como profesional de la salud, se encuentra plenamente capacitada y preparada para incorporarse sin dificultades al campo laboral de la Fertilización Asistida, ya que posee los conocimientos académicos básicos que involucran tanto la parte científica como la psico-social. A su vez es característico de su rol el goce de cualidades que le brindan un plus adicional frente a otros profesionales, porque es capaz de generar lazos de comunicación intensos con sus usuarios o pacientes, además del sostén y apoyo que da en cada una de sus atenciones, haciéndolas integrales y personales para cada uno de los consultantes. Toda esta preparación previa le otorga la seguridad y confianza que se necesita para especializarse en el área antes nombrada, pues el trabajo que se desarrolla dentro de los equipos multidisciplinarios en este campo es intenso, siendo muchas veces agotador y absorbente, pero que gracias a las competencias adquiridas sumado a su entereza personal, es capaz de sobrellevar.

Son múltiples los roles que puede llegar a desempeñar una matrona dentro de los equipos de trabajo de esta área, sin embargo, se destacará en primer nivel la labor educativa que puede construir esta profesional, debido a que es capaz de abarcar una gran cantidad de población usuaria, pues se encuentra inserta en todos los niveles de atención existentes en nuestro país, tanto públicos como privados, pudiendo realizar campañas de difusión sobre el tema, generando instancias de diálogo en donde se puedan aclarar interrogantes, buscando y abriendo puertas para entregar información, derribando mitos y de esta manera transmitir enseñanzas que disminuyan el desconocimiento entorno a la Fertilización Asistida y que estén al nivel de la población. Por supuesto que existirán otras actividades en donde será participe, pero sin lugar a dudas será un profesional que destaque en el ejercicio de su rol, incluso llegando a ser el complemento ideal para el médico ginecólogo tratante, lo cual no produce controversia dentro de este mismo equipo de trabajo, ya que se le resalta su entrega, disposición, empatía y contacto directo con la gente.

Es importante enfatizar que dentro de todas las actividades que ella realice siempre velará por la salud de sus pacientes sin interponer intereses y prejuicios personales frente al tema,

ya que es fundamental dejar de lado las opiniones propias que se tengan referente a la Fertilización Asistida, optando por el beneficio del paciente aunque este involucre alguna técnica o método con el que no se esté completamente de acuerdo.

A pesar de que existan pocas oportunidades laborales concretas en donde pueda ejercer, debido a los costos monetarios que tiene este tipo de tratamiento tiene y sean pocos los centros que brinden ésta atención, y dado al aumento en las tasa de infertilidad a nivel nacional, se espera que en un futuro, dicha patología y su tratamiento puedan incorporarse al sistema público de salud, y gracias a la destacada participación de la matrona dentro de los equipos de trabajo en Fertilización Asistida del sistema privado, ésta pueda incorporarse plenamente a este campo laboral, por la experiencia que ella posee en la atención pública en salud.

Finalmente podemos destacar que las entrevistas realizadas otorgaron una clara visión de la percepción social que poseen las matronas que trabajan en la Unidad de maternidad de la Clínica Reñaca de Viña del Mar, facilitando de sobremanera el trabajo que supone todo este proceso de categorización y su respectivo análisis. Definiendo además, un positivo balance de las entrevistadas hacia la labor que desempeñan las matronas en el área de la Fertilización Asistida en nuestra región.

---

## Capítulo 6

# CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

---

---

### 6.1 Conclusiones

Luego del largo proceso que implica el análisis de contenido, el cual parte con la detallada revisión de los instrumentos, logramos extraer conclusiones concretas acerca de la percepción social que tienen las matronas entrevistadas respecto de sus colegas que se incorporan al área de la Fertilización Asistida y las competencias necesarias que deben poseer para dicha admisión.

De acuerdo a lo anterior podemos concluir en primera instancia que para las matronas entrevistadas el hecho que se abran nuevos campos para el ejercicio matronil es excelente, y más aún que ésta se incorpore al área de la Fertilización Asistida, ya que consideran que es un profesional capacitado que posee las competencias básicas y necesarias para desempeñarse en este campo, sólo con la particularidad de que deben especializarse a través de diversos cursos y postgrados. Más aún que su rol profesional se encuentra muy ligado a toda la vida sexual y reproductiva de la mujer, desde la infancia, pasando por la adolescencia hasta el período post menopáusico, que la hacen tener características específicas que ningún otro profesional de la salud podría tener. Junto a esto su formación metódica y su capacidad de establecer relaciones interpersonales óptimas, le brindan ese plus adicional, además de poder adoptar diferentes roles dentro de un equipo de trabajo pasando por la fase educativa e informativa, dando el apoyo psicológico a sus pacientes, hasta establecer un vínculo tan cercano con el médico ginecólogo tratante, que puede llegar a convertirse en su complemento ideal. Es aquí en donde cabe destacar la manera de percibir este hecho por parte de las entrevistadas, pues dentro de las percepciones sociales; la percepción del medio, la formación de las personas y reconocimiento de las emociones establecen dicha apreciación ante su medio físico y social.

Por otra parte, otras conclusiones extraídas vinculan a la matrona como un profesional íntegro en su actuar, lo que significa no interponer sus pensamientos y creencias personales ante la problemática de la usuaria o paciente, en donde se ven involucrados juicios religiosos, actitudes machistas e ignorancia en general, siendo capaz de brindar una educación total que permita a las parejas con las que se vincula tomar la mejor decisión a la hora de optar por un tratamiento de infertilidad, o mas bien tomar las otras opciones que existen para ser padres. Aquí nuevamente podemos reconocer las percepciones sociales de nuestras entrevistadas con respecto a sus pares, ya que este concepto no depende solamente de los estímulos y pensamientos personales, sino que sobre ellos influyen los estados y la disposición que posee el organismo a la hora de responder, considerando que nuestras entrevistadas respondieron dentro de su jornada laboral.

Respecto de las apreciaciones personales que expresan las entrevistadas entorno a al tema de la Fertilización Asistida, en general consideran que es un opción válida de tratamiento para el problema de la infertilidad, por supuesto que debe ser siempre una decisión tomada de manera informada, consciente de los riesgos y consecuencias a nivel de la integridad física de la mujer, así como de la salud mental de la pareja. Dichas consecuencias pueden desencadenarse antes, durante y después del este tratamiento. Sin embargo, surgen contradicciones entre ellas, ya que al parecer las influencias personales de carácter religioso intervienen de manera tácita, en su apreciación del tema, como lo expresa claramente una de las entrevistadas, la que considera que la Fertilización Asistida no es el mejor camino a seguir para el caso de la infertilidad, ella mas bien propone la adopción como vía y solución a dicho problema. Aquí se grafica de forma clara y concreta la instancia de percibir de manera social, pues dentro de las percepciones sociales, los factores socio-culturales sobre la apreciación y cognición de las personas influyen al momento de desarrollar un concepto y conocimiento de los otros, así como la formación de impresiones sobre los mismos, junto con esto las características de personalidad de cada individuo generan predisposiciones a la hora de establecer una idea, apreciación y/o impresión acerca de un sujeto y de las actividades que éste realiza.

Cabe destacar que el campo laboral actual “Fertilización Asistida”, si bien es nuevo para la matrona, es un evento aislado, pues existen muy pocos centros en nuestro país que realicen esas técnicas, es más solo existe en nuestra región un centro para este tipo de atención, por lo que el número de matronas que se desempeñan en este campo es muy reducido en comparación con otras áreas de trabajo. Pese a esto la labor fundamental y esencial que desarrolla la matrona en este contexto, ha sido suficiente para catalogarla, como un profesional indispensable dentro de los equipos que se conforman y tratan a través de las técnicas de fertilización asistida los problemas de infertilidad de la población, ya que gracias al ejercicio de su rol se ha ganado el respeto y admiración de los otros profesionales que se desempeñan en el área de la salud y que conforman dichos equipos multidisciplinarios.

Se destaca el emergente empoderamiento que tiene la matrona por lograr la difusión del tema, posesionando en cada oportunidad que se le presente instancias de diálogo que vayan a erradicar todas las interrogantes que presentan los usuarios o pacientes acerca de la Fertilización Asistida, así como también propone que ésta actitud debiera replicarse, para poder abarcar a la mayor cantidad de población sin importar los estratos sociales a los que pertenezcan, siendo la educación básica de los escolares el punta pie inicial para esta tarea. Así al estar presente en los diferentes niveles de atención de salud tanto público como privado, posee la experiencia, la visión y las maneras más adecuadas para dar educación a la sociedad.

Debemos recalcar que al ser ésta una investigación cualitativa, cuyo objeto es descubrir las percepciones de las matronas con respecto a sus pares que se desempeñan en el área de las Fertilización Asistida, no es posible establecer sugerencias, ya que estamos graficando las apreciaciones y pensamientos personales de las entrevistadas, lo cual adquiere características internas e invaluable de cada individuo, dando por hecho la negativa a transgredir sus percepciones.

Por esta razón sólo podemos mencionar a modo de sugerencia el hecho que tanto para las matronas entrevistadas así como para nosotras, existe la esperanza y el deseo que en un

futuro pueda ser posible la incorporación de la infertilidad y su respectivo tratamiento al sistema público de salud, gracias al programa de Garantías Explícitas en Salud, ya que este acontecimiento generaría más oportunidades laborales para el profesional matrn(a), el que al poseer experiencia en este sistema sería un aporte substancial, gracias a la idoneidad presente en su rol respecto de la Fertilización Asistida, lo que además contribuiría al mejoramiento en la calidad de vida de muchas familias que presentan este problema, y que debido a la falta de recursos económicos no son capaces de solucionar.

Finalmente podemos concluir que la percepción social que tienen las entrevistadas en general acerca del tema investigado, es de carácter positivo, ya que respaldan la labor que realizan sus pares, estando dispuestas a contribuir y colaborar desde su área de desempeño, en lo que les sea requerido.

También podemos concluir que a nuestro parecer y al momento de desarrollar este estudio, el tema fue acogido de una manera grata por las entrevistadas, manifestando una buena disposición al trabajo, lo que nos ayudó a darle la validez correspondiente, así como la consistencia que necesita, no el diseño de estudio seleccionado.

## 6.2 Sugerencias

En el Programa de Salud de la Mujer, a Nivel Secundario de Atención, se cuenta actualmente con la “Consulta Especializada en Reproducción”, pero su objetivo es el de...”otorgar atención a la mujer y pareja de mayor riesgo reproductivo, que requieran de estudios y tecnología de mayor complejidad que las disponibles en el Nivel Primario de Atención”<sup>1</sup>, dejando a un lado a aquellas parejas que sólo requieren educación para lograr ser padres, o necesitan apoyo psicológico y emocional, debido a que ya agotaron todos los medios que tenían a su alcance para lograr la paternidad, o que podrían cumplir su sueño de ser padres si tuvieran acceso a tratamientos de baja complejidad.

Es por esto, que se propone incluir, como una de las actividades del Programa de Salud de la Mujer para el profesional matrn(a) a Nivel Secundario de Atención, tratamientos de baja complejidad para la infertilidad, debido que solo de éste modo podría tener acceso gran parte de la población que es afectada por esta patología, pero que no cuenta con los recursos monetarios necesarios para ser tratados en clínicas especializadas, o que no pueden acceder a ellos por medio de FONASA.

Los tratamientos de Baja Complejidad para la infertilidad, pueden ser aplicados por personal capacitado, que forme parte de un equipo multidisciplinario, sin la necesidad de contar con mayor tecnología. Son sencillos, fáciles de emplear y efectivos en su gran mayoría, estos son: las Relaciones programadas, los Inductores de la ovulación y el Seguimiento folicular. A diferencia de los tratamientos de mediana y alta complejidad para la infertilidad, los tratamientos de baja complejidad, pueden efectuarse perfectamente a Nivel Primario de Atención, debido que los profesionales requeridos, los recursos necesarios y la tecnología con la que se cuenta en este nivel, es la necesaria para llevarlos a cabo. Sólo requieren de análisis de sangre, el control de temperatura basal, ecografías vaginales, y fármacos inductores de la ovulación, como el Citrato de Clomifeno y las Gonadotropinas humanas, que son fármacos de fácil uso, económicos y con pocos efectos colaterales.

---

<sup>1</sup> PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER. Republica De Chile, Ministerio de Salud, Div. De Salud de las Personas, Depto.Prog.de las Personas, 1997. p. 64.

## BIBLIOGRAFÍA

---

---

- ALAM, Verónica. Inseminación intrauterina y coito programado en ciclos con estimulación ovárica controlada: estudio prospectivo randomizado. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 63 (1): 3 – 10. 1998.
- ALVAREZ, Juan Luis. Cómo hacer una investigación cualitativa: Fundamentos y metodología. 1º Edición. México, Piados, 2003. 222p.
- ANEAS, A. 2003. Competencias profesionales, análisis conceptual y aplicación profesional. <[http://es.geocities.com/seperop/docs/A\\_Aneas.pdf](http://es.geocities.com/seperop/docs/A_Aneas.pdf)> [consulta: 13 junio 2006].
- APARISI, Angela. El Proyecto Genoma Humano: Algunas reflexiones sobre sus relaciones con el derecho. España, Universidad de Valencia, 1997. 175p.
- ARNHEIM, Rudolf. Arte y percepción visual: psicología del ojo creador. 2º Edición. Madrid, Alianza, 2002. 514p.
- BAKER, H. La pareja infértil. Barcelona, Toray, 1983. 295p.
- BARBERO, Marino. Ingeniería genética y reproducción asistida. Madrid, s.n., 1989. 320p.
- BARON, Robert. Psicología social. 8º Edición. Madrid, Prentice Hall, 1998. 717p.
- BENSON, Ralph. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. 2º Edición. México, El Manual Moderno, 1982. 1027p.
- BERNAL, Juan. Infertilidad y enfermedades de transmisión sexual: panorama actual. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 54 (1): 8 – 41. 1989.
- BOCCARDO, Pedro. La fertilización asistida en la perspectiva de la instrucción. Revista Veritas. (7) : 229 – 253. 1999.
- BOTELLA, José. Esterilidad e Infertilidad Humanas: Recientes avances. España, Ediciones Díaz Santos, 1999.347p.

- 
- CAMPOS, Patricia. Biología 1. México, Editorial Limusa, 2003. 212p
  - CARO, J. y CARO, J. El médico y la intimidad. España, Ediciones Díaz de Santos, 2001. 239p.
  - CASTILLO, Adriana. Tipos de estudio, Diseño y Protocolo. En: Cátedra de Metodología de la investigación. (2005, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso) Obstetricia y Puericultura. Valparaíso, Chile. 2005. 10p.
  - CHEVIKOFF, Sergio. La donación de ovocitos como terapia en infertilidad. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 61 (4) : 80 – 276. 1996.
  - CHOMALI, Fernando. Reflexiones en torno a las técnicas en reproducción asistidas. La revista católica. 97 (1113) : 28 – 32, 1997.
  - CHURCHLAND, Paul., Condicionamiento teórico y encapsulamiento de la percepción. Chile, Universidad de Chile, 2000, 139p.
  - CICCONE, Lino. Bioética: historia, principios, cuestiones. Madrid, Ediciones Palabra, 2005. 483p
  - COLLAO, Ondina. Hacia una pedagogía de la sexualidad: percepciones y opiniones de estudiantes docentes y apoderados de la enseñanza. Chile, SERNAM, 2000. 116p.
  - COON, Dennis. Psicología. México, Thompson, 2005. 192p.
  - CROOKS, R. y BAUR, K. Nuestra sexualidad. 7º Edición. México, Thompson Learning Ibero, 2000. 706p.
  - CRESPO, Eduardo. Introducción a la psicología social. Madrid, Universitas, 1995. 219p.
  - DECHERNEY, Alan. Diagnóstico y tratamiento gineco- obstétricos. 7º edición. México, Manual Moderno, 1997. 1535p.
  - DE MATTOS, Luis. Reproducción humana asistida. Revista de cultura teológica. 9 (34) : 31 – 50, 2001.
  - DELGADO, J. y GUTIERREZ, J. Métodos y técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Madrid, Síntesis, 1998. 669p.

- 
- DOMINGUEZ, R. y MACKENA, A. Tener un hijo: conociendo la infertilidad y los caminos para resolverla. Santiago, Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2001. 191p.
  - EDGE, Valerie. Cuidados de salud de la mujer. Madrid, Mosby, 1995. 338p. Serie Mosby de Enfermería Clínica.
  - FLACSO. Percepciones y actitudes de las y los chilenos a principios del siglo XXIXI : encuesta nacional de opinión pública. Chile, FLACSO-Chile, 2001, 219p.
  - FLAVELL, John. El desarrollo cognitivo. Madrid, Visor, 1993. 479p.
  - FLORENZANO, Ramón. Psicología Médica. Santiago, Editorial Mediterráneo, 2003. 278p.
  - FUENTES, Claudio, et al. Desafíos democráticos. 1º Edición. Chile, LOM, 2006. 274p.
  - FUENTES, A. y DEVOTO, L. Perfil epidemiológico de la Infertilidad. En: Alfredo Pérez Sánchez, Ginecología. Chile, mediterráneo, 2003. pp. 873 – 883.
  - GARRIDO, Jaime. Fertilización asistida en el tratamiento de la infertilidad. Santiago, Universitaria, 1988. 173p.
  - GRAHAM SUMMER, William. Un estudio de la importancia sociológica de usos, de maneras, de costumbres, de mores, y de moralejas. Boston: Ginn and Company, 1940. 692p.
  - HOLLANDER, Edwin. Principios y métodos de psicología social. Buenos Aires, Amorrortu, 1982, 519p.
  - IBAÑEZ, J. Más allá de la sociología: el grupo de discusión, teoría y crítica. México, siglo veintiuno, 1979. 428p.
  - KALISH, Richard. La vejez: perspectivas sobre el desarrollo humano. Madrid, España, Pirámide, 1996. 238p.
  - KETELHOL, W., et al. Forjando el futuro: percepciones gerenciales del INCAE. 2º Edición. Costa Rica, INCAE, 2000. 305p.

- KLOTZKO, Arlene. ¿Quieres Clonarte?: Ciencia y ética de la clonación humana. España, Publicación Universidad de Valencia, 2006.186p.
- KRIPPENDORFF, Klaus. Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica. Barcelona, Piados, 1990. 279p. Piados comunicación; nº 39.
- LINDGREN, Henry. Introducción a la psicología social. 3º Edición, México, Trillas, 1990. 488p.
- LIPMANN, Walter. La buena sociedad: una investigación en los principios de la buena sociedad. Boston: Little, Brown, 1937. 402p.
- LOPEZ, Paulina. 2004. Historia de la matrona en el contexto de las sociedades. <html://www.uv.cl/enfermeriayobstetricia/obs/publicaciones/HISTORIA%20DE%20LA%20MATRONA%20INTRANET.pdf> [consulta: 14 Junio 2006].
- LUCAS, Ramón. Explícame la bioética: guía explicativa de los temas más controvertidos sobre la vida humana. Madrid, Ediciones Palabra, 2005. 228p.
- MARIN, M. y GARRIDO, M. El grupo desde la perspectiva psicosocial: conceptos básicos. Madrid, Pirámide, 2003. 171p.
- MARRADES, Ana. Luces y sombras del derecho a la maternidad: análisis jurídico de su conocimiento. España, Publicación Universidad de Valencia, 2002. 221p.
- MARTIN BARO, Ignacio. Acción e ideología: sicología social desde Centroamérica. 3º Edición. Editorial San Salvador, UCA. 1988. 459p.
- MELLA, Orlando. Metodología cualitativa en ciencias sociales y educación: orientaciones teórico – metodológicas y técnicas de investigación. 1º Edición. Barcelona, Gedisa, 2000. 473p. Biblioteca de educación; nº 3.
- MIQUEO, C., et al. Perspectivas de género en salud: fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid, España, Minerva, 2001. 255p.
- MOLINA, Claudia. Introducción a la metodología de la investigación. Santiago, Jurídica, 1998. 113p.

- MUNAR, Eric, et al. Atención y percepción. Madrid, España, Alianza editorial, 1999. 709p.
- NEWCOMB, Theodore. Psicología social: el estudio de la interacción humana. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1966. 591p.
- NORMAN, Donald. Perspectivas de la ciencia cognitiva. Barcelona, Paidós, 1987. 358p. Biblioteca Cognición y Desarrollo Humano nº 5.
- NOVAK. Ginecología. 10ª Edición. México, McGraw-Hill Interamericana, 1997.
- OLDENFORFF, Antoine. Corporalidad, sexualidad y cultura. Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohlei, 1970 149p.
- O.M.S. Adelantos recientes en materia de concepción con ayuda médica. Ginebra, OMS, 1992. 112p.
- PALLARDO, Luis. Endocrinología clínica. España, Díaz de Santos, 2005. 486p.
- PEREZ, Alfredo. Ginecología. 3ª Edición. Santiago, Mediterráneo, 2003. 1.109p.
- PINILLOS, José. Principios de Psicología. Madrid, Alianza, 1989. 731p.
- POMMER, R. y DEVOTO, L. Reproducción Asistida. En: Alfredo Pérez Sánchez, Ginecología. Chile, Mediterráneo, 2003. pp. 939 – 949.
- QUILES DEL CASTILLO, María Nieves. Psicología Social: Procesos interpersonales. Madrid, Pirámide, 1998. 206p.
- REBOLLEDO, Loreto. Percepciones de los sectores populares sobre la libertad de expresión. Santiago, Universidad de Chile, 2000, 27p
- RIAÑO, I. y NÚÑEZ, M. Técnicas de reproducción asistida. Dilemas éticos. Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. 44 (190): 188, 2004.
- ROA, Armando. Fertilización asistida en el tratamiento de al infertilidad. En su: La medicina hacia el año 2000. Santiago de Chile, Universitaria, 1988. 176p.

- RODRIGUEZ, G., GIL, J. y GARCIA, E. Proceso y fases de la Investigación cualitativa. En su: Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, Aljibe, 1996. pp. 62 – 77.
- RODRIGUEZ, G., GIL, J. y GARCIA, E. Primeros pasos en la investigación cualitativa. En su: Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, Aljibe, 1996. pp. 90 – 100.
- RODRIGUEZ, G., GIL, J. y GARCIA, E. Observación. En su: Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, Aljibe, 1996. pp. 149 – 166.
- RODRIGUEZ, G., GIL, J. y GARCIA, E. Entrevista. En su: Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, Aljibe, 1996. pp. 167 – 182.
- RODRIGUEZ, G., GIL, J. y GARCIA, E. Cuestionario. En su: Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, Aljibe, 1996. pp. 186.
- RODRIGUEZ, G., GIL, J. y GARCIA, E. Aspectos básicos sobre el análisis de datos cualitativos. En su: Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, Aljibe, 1996. pp. 197 – 215.
- RODRIGUEZ, G., GIL, J. y GARCIA, E. El informe de investigación. En su: Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, Aljibe, 1996. pp. 260.
- RUEDA, Ricardo. Reproducción humana. Bogotá, ACEP, 1979. 229p.
- SANCHEZ, Antonio. Manual de prácticas de percepción y atención. Salamanca, Amarú ediciones, 1997. 22243p.
- SANCHEZ, Carmen. La intimidad y el secreto médico. España, Ediciones Díaz de Santos, 2000. 392p.
- SPEROFF, León. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 1334p.
- STOPPARD, Miriam. Concepción, Embarazo y Parto. México, Ediciones B-México, 2004. 382p.
- STYCOS, J. Fecundidad en la América Latina: perspectivas sociológicas. México, Pax-México, 1970. 328p.

- TAJFEL, Henri. Grupos humanos y categorías sociales: estudios de psicología social. Barcelona : Herder, 1984. 289p
- TANAKA, Hozumi. Teoría y práctica de la fecundación in Vitro. Tokio, Agencia de Cooperación Internacional del Japón, 1997. 190p.
- TAYLOR, Steve. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona, Paidós, 1998. 342p. Paidós básica; nº 37.
- TUANE, Ricardo. Infertilidad masculina: una aproximación al problema. Revista actualizaciones en ginecología y obstetricia. 3 (2) : 73 – 83. 1989.
- UNIVERSIDAD DE VALPARAISO. Infertilidad masculina. Valparaíso, Universidad de Valparaíso, 1999.
- UNIVERSITÉ DE PARIS. La fecundidad en América Latina : transición o revolución? : Santiago de Chile, 9 al 11 de junio de 2003. Santiago de Chile, CELADE, CEPAL, División de Población, 2004. 498p.
- VALLES, Miguel. Técnicas cualitativas de la investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid, Síntesis, 2000. 430p. Síntesis Sociología; nº 2.
- VANRELL, Joan. Fertilidad y esterilidad humanas. 2º Edición. Barcelona, Masson, 1999.
- VISCOTT, David. El lenguaje de los Sentimientos. Editorial Top Emece, 1997, 183 pág.
- WALKER, Melissa. Cómo escribir trabajos de investigación. 1º Edición. Barcelona, Gedisa, 2000. 473p. Biblioteca de educación; nº 3.
- WARE, Colin. Information Visualization: perception for design. California, Morgan Kaufmann, 2000. 438p.
- WOLLHEIM, Richard. La pintura como arte. Madrid, Visor, 1997. 483p

# Anexo 1

## ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

---

---

- **Pauta de Entrevista**

1. ¿Qué opina ud. como matrona de x años de experiencia, acerca de la incorporación de la matrona al campo laboral en el área de la Fertilización Asistida?
2. ¿Ud. considera que el actual profesional matrona, tiene las competencias necesarias o fundamentales para ejercer en el área de la Fertilización Asistida?
  - 2.1 (Para profundizar) ¿Qué conocimientos posee, para ejercer en el campo de la fertilización asistida?
  - 2.2 (Para profundizar) ¿Qué habilidades y/o destrezas posee, para ejercer en el campo laboral de la fertilización asistida?
  - 2.3 (Para profundizar) ¿Qué características personales, tiene que poseer la matrona, para ejercer en el campo de la fertilización asistida?
3. Según su opinión ¿Qué herramientas o nuevas competencias debiera desarrollar la matrona para ejercer en el campo laboral de la fertilización asistida?
  - 3.1 (Para profundizar) Según su consideración ¿en qué nivel de estudios lo incorporaría?
4. En su opinión ¿Cuáles cree ud. que son los prejuicios más arraigados en nuestra sociedad en relación a la fertilización asistida?
  - 4.1 (Para profundizar) ¿Ud. comparte o difiere algunos de los prejuicios que ha mencionado?
5. ¿Cree usted que existe controversia con respecto a la participación de la matrona en la Fertilización Asistida?
6. Desde su punto de vista ¿el área de la Fertilización Asistida debiera estar contemplada en el Plan Auge?

6.1 ( Para profundizar) Abordando la misma idea, ¿Visualiza a futuro la Fertilización Asistida en el sistema público chileno?

7 ¿Que aportaría ud. para fortalecer y desarrollar el área de la Fertilización Asistida en nuestro país?

8 ¿Qué proyecciones percibe ud. con respecto a la Fertilización Asistida como campo laboral del profesional matrona?

- **Entrevistas Realizadas**

A continuación se presentan la totalidad de las entrevistas en profundidad realizadas al grupo de estudio seleccionado.

Total: 6 entrevistas

# Entrevista N° 1

**Fecha:** 06 de julio de 2007

**Lugar:** Unidad Maternal Clínica Reñaca

**N° entrevista:** 1

**Entrevistador:** Jeannette Rebolledo R., Consuelo Villanueva O.

1 **¿Cuál es su opinión o que opina usted acerca de la incorporación de la matrona al**  
2 **campo laboral en el área de la fertilización asistida?**

3 A mi me parece (respira profundo, fija la mirada en el entrevistador) queeee... es un campo  
4 mas que se abre para la...para la matrona poh, me parece estupendo, o sea, yo creo que la  
5 matrona tiene un..ehh!! (balbucea). un campo amplio con la mujer..., desde la niñez , la  
6 adolescencia hasta la etapa de..de pos menopáusico, y creo que hay muchas áreas que  
7 todavía no hemos explotado y muchas otras que hemos dejado un poquitito abandonada y  
8 tenemos así como a libre albedrío para que las tome cualquier otro tipo de profesional y yo  
9 creo que mientras mas campo tengamos las matronas ...mejor. (voz firme)

10 Además que creo que es parte de nuestra área la parte de fertilización, es parte de nuestra  
11 área, (gesticula con las manos) independiente de la cosa ética o moral que pueda tener  
12 involucrado.

13 **Pero esta percepción ¿es siempre favorable según su opinión?**

14 Siempre favorable. (se incorpora de su asiento, con voz seca, tajante)

15 **A su vez, ¿considera que la actual profesional matrona tiene las competencias**  
16 **necesarias para ejercer en el área de la fertilización?**

17 No, la verdad que no del todo, porque creo que le falta preparación y pienso que como todas  
18 las subespecialidades como son la neonatología, como son eh...toda la parte adolescencia,  
19 como es la parte de la misma fertilización, (gesticula con las manos) requieren de una  
20 preparación extra aparte de la preparación básica que tiene la matrona, eh... no tiene mayor  
21 eh... mayor ciencia la fertilización in vitro , pero requiere de una preparación, requiere de que  
22 una matrona maneje bien todos los temas hormonales de la mujer, todos los tiempos,  
23 (indicando con el dedo índice) lo que son los mismos procedimientos, porque no son  
24 procedimientos que las alumnas lo vean frecuentemente en el hospital, todo lo que es ...,  
25 (fija la mirada en sus manos, indica con el dedo índice)...la cosecha, la siembra, trabajan con  
26 otro tipo de profesionales, que es multidisciplinario, con biólogos, obstetras, entonces creo  
27 que tiene que prepararse.

28 **Y según su opinión, ¿qué herramientas o nuevas competencias debiera desarrollar la**  
29 **matrona para ejercer en este campo laboral?**

30 Qué herramientas... ehm... (pensativa) Mira, yo vengo de una época en que las matronas  
31 veníamos con harta experiencia, entonces herramientas actuales yo pienso que  
32 eh...(balbucea), eh... es un poquitito teórico, en lo práctico, como les estaba diciendo, es  
33 un equipo multidisciplinario, en que trabajan sicólogos, eh...con los grupos también, yo creo  
34 que hay una...hay una parte importante también dentro de esta área porque es importante  
35 que la matrona cubriera porque el sicólogo es básico en el... disculpen (interrumpe el celular  
36 de la matrona y contesta la llamada diciendo que ella llamará) así que, creo que a lo mejor  
37 en el área psicológica en el tratamiento de la mujer no solo como mujer si no como...como  
38 pareja, porque ahí trabajan con pareja.

39 **¿En qué nivel de estudio incorporaría esto? ¿Lo daría en el pregrado o todo en el**  
40 **postgrado?**

41 No, yo creo que la "base base" la daría en el pregrado, SI , yo creo que la base tienen que  
42 tenerla clara, (alza el tono de la voz) darle a lo mejor un poquitito mas importancia a todo lo  
43 que es el funcionamiento hormonal, que se pasa en fisiología, en anatomía, como que se  
44 deja un poquitito de lado, tal vez cuando hacen planificación familiar manejan un poco eso,

45 pero la planificación familiar no tiene mucho que ver con esto, entonces eh... hay que hacer  
46 hincapié (fija la mirada en el entrevistador) en toda la parte de manejo hormonal para la  
47 fertilización. Porque tienen que hacer hiperestimulación ovárica...o sea, es otro cuento! (se  
48 incorpora de su asiento, frunce el ceño, alzando nuevamente el tono de voz), son otro tipo de  
49 medicamentos, son otros los cuidados, la enfermería es distinta.

50 **¿Cuál cree Ud. que son los prejuicios mas arraigados a la fertilización asistida en**  
51 **relación a nuestra sociedad?**

52 Los prejuicios religiosos de todas maneras!!! (con voz seca, firme) pienso que hay  
53 como...mira... (respira profundo, cruza los brazos y se los lleva al pecho)...de la experiencia  
54 que tengo yo de fertilización asistida en general existe un alto porcentaje, no te podría decir  
55 cuanto porque lo desconozco, de problemas masculinos, mas que femeninos, ya?(mira  
56 fijamente al entrevistador). Pero como esta sociedad esta tan llena de...de traumas  
57 (gesticula con las manos y brazos haciendo círculos) y que el hombre tiene que ser visto  
58 como viril y tiene que tener unos espermios espectaculares, que en general es la mujer la  
59 que se hecha la culpa, pero de muchos grupos que participan en fertilización in vitro,  
60 participan en eso porque los espermios no son capaces de fecundar, y ella se hecha la culpa  
61 (tono irónico) nosotras tenemos como esa cosa de echarnos las culpa para...para ayudar,  
62 pero también hay que pensar que la fertilización in vitro no es solo fertilización in vitro de una  
63 pareja que no puede tener hijos y que... voy con mi marido y me ponen los espermios de mi  
64 marido, y efectivamente es manipular una gestación, pero también esta la fertilización in  
65 vitro, que van todas juntas, o sea...la fertilización in vitro que no es del marido, que el  
66 espermio del marido nunca va a ser capaz de fecundar y que tienen que usar otros  
67 espermios para ...Y en eso si hay cosas éticas, cosas morales y cosas religiosas, y que la  
68 gente en general no lo dice (alza el tono de voz), de hecho a la gente no les gusta que  
69 cuando se embarazan eh...sepan que fue de esa forma, que sea público.

70 **¿Ud. difiere o comparte alguno de estos prejuicios?**

71 No! (alza el tono de la voz), yo no difiero ni comparto ninguno de los prejuicios porque soy  
72 una profesional que trabajo en un campo, (cruza los brazos y frunce el ceño) en que tengo  
73 que dejar de lado mi manera de pensar, para poder actuar en función de ayudar a otra  
74 mujer,(pausa, respira profundo)... distinto sería si fuera yo la que tuviera que ponerme en  
75 ese tratamiento, ahí yo podría dar mi opinión con respecto a mi cuerpo, pero con respecto a  
76 otra persona no, no tengo...yo soy sólo una servidora.

77 **¿Cree que exista alguna controversia con respecto a la incorporación o participación**  
78 **de la matrona en esta área?**

79 No creo fíjate, no creo, (frunce el ceño) porque...la verdad es que la, la ehm, mmmm,  
80 mm(balbucea)...aquí hubo una vez en la medicina reproductiva una enfermera y hubo  
81 hartos problemas, digamos de...de relaciones con la matrona, pero yo pienso que era por su  
82 personalidad mas que nada, (fija la mirada en el entrevistador) pero allá al frente tenemos  
83 matronas, tenemos dos matronas, no...no...no....(tono extrañado...como que encuentra  
84 raro que se piense en esa controversia ) y las que habían antes eran matronas  
85 también...entonces no...no hay... hay centros en que trabajan enfermeras y centros en los  
86 que trabajan matronas, entonces no...no creo que que exista...ehm... eso.

87 **¿Visualiza la fertilización asistida dentro del plan AUGE en un futuro?**

88 No (tono de voz fuerte y seco) no.

89 **¿A su vez tampoco en el sistema público?**

90 Yo creo que no,(alza el tono de voz), visualizarlo en el plan auge fíjate que yo pienso que no,  
91 (fija la mirada en el entrevistador) porque uno de los motivos es porque son tratamientos  
92 caros, que implican... no se... pienso que ...pienso que va a ser muy difícil que esté en el  
93 plan auge, y en el servicio de salud, fíjate que en el servicio a lo mejor podría estar en la  
94 onda experimental tal vez...pero... de hecho esta en la onda experimental!!! Hacen  
95 fertilización en el Fricke, en el Fricke están haciendo fertilización, están haciendo pruebas  
96 (gesticulación con las manos), no sé si hacen eh... mayor cuento de...de captación de banco  
97 de espermios, ese tipo de cosas, eso no sé si lo tienen, pero no creo que vaya a participar  
98 del plan auge, no lo encuentro una necesidad tampoco.

99 **¿Cuál es su opinión con la actual manera de abordar y resolver la situación de las**  
100 **parejas que deben acceder a la fertilización asistida?**

101 Es que entramos al mismo tema que me preguntaste antes, (suspira, fija la mirada en el  
102 entrevistador) entraría a juzgar lo que están haciendo las personas con la fertilización in vitro,  
103 así que yo creo que es cuento de ellos, no creo que sea como pertinente mi opinión, porque  
104 yo podría pensar porque no adoptan o que sé yo, pero es su problema, y ahí no me meto, no  
105 juzgo (frunce el ceño).

106 **¿Cuál sería su aporte para fortalecer y desarrollar el área de la fertilización asistida en**  
107 **nuestro país?**

108 Yo creo que una,... una... (alza el tono de voz)... podría hacer campañas de conocimiento,  
109 que la gente sepa de qué se trata, (gesticula con las manos, indicando con le dedo índice)  
110 todavía hay como un mito con respecto a esto y las parejas tras mucho peregrinar y tras  
111 mucho cuestionamiento llega finalmente a la fertilización asistida, no es fácil, la gente no  
112 conoce, no sabe de que se trata, así que a lo mejor un poquitito de educación.

113 **¿Qué proyecciones percibe Ud. con respecto a la fertilización asistida como campo**  
114 **laboral de la matrona?**

115 Yo lo veo bueno, ahora si tu piensas que un centro como el del frente que trabaja con dos  
116 matronas no es una gran cantidad de matronas las que van a absorber una cosa así, porque  
117 como es una cosa asistida es programada, entonces se programan los ciclos, se programan  
118 las inyecciones, entonces todo se programa! (suspira, cruza los brazos y se los lleva al  
119 pecho) entonces tu no necesitas un turno de 24 hrs. de matrona para...al servicio de,  
120 entonces no es un gran campo laboral para un gran número de matronas, eso no lo es.

121 **¿Alguna opinión general, en torno al tema?**

122 (Inspira profundamente, mira fijamente al entrevistador) Mira, yo entiendo que les llame la  
123 atención el asunto de la fertilización in vitro, es un tema yo creo súper interesante, creo que  
124 es tremendamente gratificante y hay un porcentaje determinado de éxito así como también  
125 hay un porcentaje determinado de fracaso, que los pacientes tienes que estar claras cuando  
126 comienzan su... (se acomoda en su asiento) la batalla por tener un hijo, y hay un porcentaje  
127 importante de fracaso que no son en el comienzo, son ya a un poquitito de andar del  
128 embarazo por lo tanto es bastante doloroso y fuerte para una mujer, por lo tanto el apoyo de  
129 una matrona yo creo que tiene que ser super importante, super importante! (alza el tono de  
130 la voz, tajante) la educación que le dan a las pacientes, súper importante, y que están  
131 jugando una posibilidad...una posibilidad relativa, ahora yo sigo creyendo como una cosa  
132 personal que la naturaleza es la naturaleza, que por algo las cosas son como son, ya?

133 Entonces de repente luchar, luchar, luchar contra la naturaleza...es cierto uno tiene una  
134 etapa importante, pero una vez que esa etapa ya pasó, se embarazó la mujer, se intenta  
135 mantener ese embarazo con las hormonas que corresponden, pero no se puede hacer  
136 mucho más, porque si la naturaleza lo esta eliminando es por algo y lo hemos visto, lo hemos  
137 visto ah? (fija la mirada en el entrevistador, gesticula con las manos abriéndolas hacia los  
138 lados) Es un campo interesante sobretodo ahora que esta disminuyendo la natalidad, es una  
139 manera muy importante, eh... el numero de partos que habían en un hospital es abismante  
140 como han disminuido, entonces llama la atención que salgan este otro tipo de cosas cuando  
141 mujeres fértiles pueden tener hijos, pero hay un tema económico social , político, importante  
142 detrás de todo eso, pero...a lo mejor aunque no tenga nada que ver llama la atención, pero  
143 si se fijan esta disminuyendo la natalidad y esta por otro lado saliendo a flote lo que es  
144 fertilización in vitro, o fertilización asistida, tienen que tener claro que las fertilización in vitro  
145 puede ser con el espermio del marido o cualquier otro espermio, incluso el ovulo, puede ser  
146 otro ovulo, y ahí, ahí, ahí hay cosas... ahora, todas las cosas que se plantean como  
147 cuestionamientos morales religiosos y todo en que efectivamente yo a ti te aspiro una  
148 cantidad determinada de óvulos y decido que óvulos voy a fecundar o no voy a fecundar , no  
149 me queda claro que pongan todos los óvulos fecundados.

## Entrevista N° 2

**Fecha:** 06 de julio de 2007

**Lugar:** Unidad Maternal Clínica Reñaca

**N° entrevista:** 2

**Entrevistador:** Jeannette Rebolledo R., Consuelo Villanueva O.

1 **¿Qué opina usted acerca de la incorporación de la matrona al campo laboral de la**  
2 **fertilización asistida?**

3 (Frunce el ceño, pensativa) A ver..., eso en relación a quién lo dices, porque tienen que  
4 tener alguna base de que en algún lugar se esta incorporando la matrona, la verdad es que  
5 yo no tengo mucho conocimiento de que estén trabajando matronas mas que una que está  
6 trabajando al frente que es la única que yo sé. (minutos de silencio)

7 **Lo que pasa es que aquí en la V región es así, pero dentro de la región metropolitana y**  
8 **en otras regiones hay equipos multidisciplinarios de trabajo y la matrona trabaja**  
9 **dentro de estos equipos en el área de la fertilización asistida, entonces nosotros**  
10 **queremos saber cual es su percepción de las matronas que no están dentro de estos**  
11 **equipos con respecto a que ellas se incorporen y estén trabajando en esta área.**

12 La verdad que yo creo que es super bueno, porque las matronas trabajamos con mujeres y  
13 la fertilización o infertilidad esta más estudiado en mujeres que en hombres, entonces seria  
14 como súper importante en un trastorno como este estar presentes (levanta el tono de voz),  
15 yo creo que la formación nuestra como matronas es como bien ligada al tema, entonces se  
16 beneficia esa parte.

17 **¿Ud. considera que la actual profesional matrona tiene las competencias necesarias y**  
18 **fundamentales para ejercer en el área de la fertilización asistida?**

19 Yo creo que si, de todas maneras, (se incorpora de su asiento, y mira fijamente al  
20 entrevistador) creo que todo el personal del área de la salud debiera ser multidisciplinario  
21 como decías tu, eh...todo se aprende, hay cosas que si bien no las enseña la escuela a  
22 nadie se los enseñan en la escuela, ni a los médicos, ni a las matronas, ni a las enfermeras,  
23 yo creo que esa es una de las cosas que se pueden aprender.

24 **¿Qué formación cree Ud. que debiera tener la matrona, específicamente para**  
25 **desarrollarse en esta área?**

26 Yo no sé que labor desempeña la matrona en cuanto a los estudios que se hacen de  
27 infertilidad pero yo me imagino que debieran de ser...mmm...(cruza los brazos, se los lleva al  
28 pecho) desempeñarse mas la parte como de enfermería...enfermería obstétrica digamos, y  
29 yo creo que en ese ámbito... no necesita mas de lo que ya tiene, ahora si...si... como te digo  
30 no se lo que hacen ya? Ahora si bien hacen otras cosas me imagino que debieran  
31 especializarse.

32 **Según su opinión, ¿qué herramientas o nuevas competencias debería desarrollar la**  
33 **matrona para ejercer en el campo laboral de la fertilización asistida?**

34 Es que yo creo que es lo mismo que te acabo de decir, yo creo que es lo mismo, (gesticula  
35 con las manos) porque si bien tenemos toda la base, la base de enfermería obstétrica, que  
36 es como la base pa' todo eh... no se que otras cosas hace en fertilidad que pudiera requerir  
37 mas estudio o mayor especialización.

38 **¿Ud. considera que los conocimientos de ginecología que son conocimientos**  
39 **teóricos, la matrona, según su percepción, son adecuados para lo que es la**  
40 **fertilización asistida?**

41 Yo creo que si a lo mejor se necesita un poco mas de énfasis en esa parte, eh...yo en la  
42 escuela en la que estudie la verdad es que sabíamos hartos de ginecología, en la universidad  
43 de concepción, y pasábamos hartos de ginecología, y...si bien yo comparo los conocimientos  
44 que tenemos, teníamos nosotros hace 15 años atrás con lo que tienen ahora, yo creo que a

45 lo mejor lo de ahora yo creo que es un poco mas, no se si...menos....profundo, a lo mejor  
46 falta un poco en ese, en este, ahora...en estos días.

47 **O sea que ¿todas las herramientas que Ud. incorporaría serian en el postgrado?**

48 Si, (frunce el ceño, mira hacia el suelo), pero como te digo depende también de las escuelas,  
49 como sea el currículum de la escuela, porque nunca las escuelas son iguales, ni las escuelas  
50 de antes con las escuelas de ahora.

51 **En su opinión, ¿cuál cree Ud. que son los prejuicios mas arraigados en nuestra  
52 sociedad en relación a la fertilización asistida?**

53 (respira profundo, pausa) La verdad es un proceso como que se ha ido como...  
54 ehm...ingresando harto a la...incorporando harto a la gente, ehm..., la verdad que no creo  
55 que en este minuto hayan tantos prejuicios, (gesticula con las manos, mueve el dedo índice  
56 señalizando un "no") No, no creo que hayan tantos prejuicios como lo habían hace un tiempo  
57 atrás, en que...no se poh...que a lo mejor la parte religiosa podría ser, pero en general se ha  
58 abierto harto.

59 **¿Qué sabía Ud. de los prejuicios de la parte religiosa que había antes?**

60 Como...que se interfiere poh, interferencia en...en...algo que es natural, va por ese lado.

61 **¿Ud. difiere con algunos de los prejuicios mencionados en la parte religiosa?**

62 La verdad que yo creo que cada persona puede opinar lo que mas le parece, (levanta el  
63 tono de voz ) si uno tiene prejuicios del punto de vista religioso es totalmente...entendible y  
64 comprensible, y eso uno no puede meterse, (dobla los brazos, se lleva las manos al pecho)  
65 pero...como te digo ahora han ido disminuyendo, la parte religiosa es como la que nos topa  
66 un poco pero en el resto de la población yo creo que esta bien asumido.

67 **¿Ud. cree que existe controversia con respecto a la participación de la matrona en el  
68 área de fertilización asistida?**

69 A lo mejor puede ser del resto del equipo de salud (frunce el ceño), pero yo creo que los  
70 médicos, los ginecólogos han incorporado a la matrona, por lo menos acá al frente siempre  
71 ha estado a cargo de una matrona, primero fue la Ximena Chau que...que ella era como la  
72 top de la infertilidad y luego siguió Rosario cuando se fue Ximena y tienen otra colega tengo  
73 entendido también apoyando esa parte, así que yo creo que los ginecólogos si bien están  
74 acostumbrados a trabajar mucho con nosotros porque yo creo que somos como el brazo  
75 derecho de ellos, (risas) o sea... de repente nosotros conocemos tanto a nuestros médicos  
76 que sabemos hasta lo que piensan o lo que le van a dejar a la paciente , lo que necesitan  
77 hacer entonces yo creo que ellos se apoyan mucho en nosotros por eso nos han incorporado  
78 harto.

79 **Eso es para el equipo médico, pero para los otros profesionales ¿en qué sector Ud.  
80 cree que haya una controversia con la matrona?**

81 Es que yo no he visto controversias, osea, partiendo de la base que no he visto muchas  
82 controversias con relación a la entrada de la matrona yo veo a los médicos, que ellos nos  
83 han incorporado mas, pero el resto el resto del equipo no se, cada uno tiene su labor, no hay  
84 ninguno que se superpone con ningún otro (gesticulando con las manos), las enfermera no  
85 se si...no tienen mucho, o no se si en otros lados, están ingresadas también en este plano,  
86 yo creo que no, pero por lo menos acá al frente se maneja con matronas, con paramédicos y  
87 con médicos y kinesiólogos y un montón de...de personal digamos trabajando en esto.

88

89 **¿Ud. visualiza la fertilización asistida en el plan auge?**

90 A ver, (levanta el tono de voz, se incorpora en su asiento) el plan auge yo creo que es un plan  
91 que es como bien controversial, eh...yo creo que de repente le dan hartas facilidades a los  
92 pacientes, para nosotros como... como...como empresa nos complica harto, (llevándose las  
93 manos al pecho) pero yo creo que mas le complica a las isapres, ehm...yo creo que seria  
94 una buena opción, ahora, es harto...harta plata la que se gasta en eso, así que no se que  
95 tan...efectivo seria.(moviendo la cabeza haciendo un gesto de negatividad.)

96 **¿Pero Ud. cree que pueda llegar la fertilización asistida al sistema público?**

97 No, (voz fuerte y tajante) por el costo que significa no creo, porque en cuanto a costo yo creo  
98 que el servicio de salud no lo podría asumir.

99 **¿Qué instancias cree Ud. que deberían ocurrir para que eso pasara?**

100 Buu!! (alza la voz, mueve las manos y se mueve en su silla) ahí ya nos tendríamos que  
101 meter en política, y ahí yo ya no me meto, pero creo que hay muchas cosas que al país le  
102 falta en la parte salud, por asunto costos, ahora, son los políticos los que nos manejan así  
103 que ellos tienen que ver esa parte, mmm? (mira fijamente al entrevistador) Pero yo creo que  
104 la parte costo es la que es cara en el país, que es en salud.

105 **¿Qué aportaría Ud. para fortalecer y desarrollar el área de la fertilización asistida en  
106 nuestro país?**

107 Una contribución...a ver...(balucea, pausa, pensativa) yo creo que mas educación, a todo  
108 nivel, porque yo creo que la fertilización en este minuto es un tema de...quizás un nivel  
109 sociocultural mas alto que medio alto, por lo que significa en cuanto a costos, porque  
110 prácticamente todo...ehm (gesticulando con las manos)...nada lo cubre, entonces a lo mejor,  
111 no se....concientizar un poco a la gente que inviertan un poco más en esto.

112 **¿Ud. ha tenido alguna experiencia acá en la clínica con alguna matrona? Porque antes  
113 trabajaban acá haciendo fertilización asistida.**

114 En el segundo piso tenían...las consultas digamos eran en el segundo piso, y nosotras  
115 manejábamos a las pacientes porque todas se hospitalizaban aquí, ahora se hacen todas las  
116 hospitalizaciones al frente así que noo es mucho, (se mueve en su silla, cruzando las  
117 piernas, mira el reloj) hemos visto algunas cosas que de repente ya se escapan no pueden  
118 verlo en una clínica que es ambulatoria prácticamente, pero...pero no se a que te refieres tu  
119 con experiencia de que? (risa leve) claro, yo he visto pacientes, conozco su historia, pero a  
120 que te refieres con experiencia....

121 **No, con las matronas que trabajaban en esta área**

122 Yo con la que mas supe era Ximena que ella era la encargada acá en el segundo piso pero  
123 que era también como aparte, no era de la clínica misma, sino que como subarrendaban  
124 y...la verdad ella prácticamente no tenia vida propia (mirando fijamente al entrevistador,  
125 indicando con el dedo índice) porque se dedicaba 100% a eso y eso le significaba venir no  
126 se...porque hacen ciclos y que se yo, entonces ella se dedicaba a venir sábados y  
127 domingos, en el día en la noche...todas las tardes y es un trabajo súper sacrificado que hay  
128 que eh...tener pasta para eso, y tiempo.

129 **¿Ud. percibe proyecciones con respecto a la fertilización asistida como campo laboral  
130 de la matrona?**

131 Si, yo creo que si

132 **¿Por el número de personas?**

133 Por el número de pacientes y por el número de campos que se han abierto.

134 **¿Y en que área? ¿Siempre la privada?**

135 Privado, si no hay en este minuto... (mirando el piso) no tenemos publico que imparta  
136 fertilidad que yo sepa, no se ha abierto, o sea... se ha habla...quizás en ginecología,  
137 orientan...pero hasta ahí llegaron.

138 **¿Alguna opinión con respecto tema de la fertilización asistida?**

139 Como te digo no es un campo que yo maneje mucho, (cruzada de brazos, mirando el piso) o  
140 sea, de hecho nos llegan pacientes, las vemos y estudiamos sus casos y todo pero no es  
141 una cosa que yo tenga en mi mente la infertilidad no..., para nada! (alzando la voz) lo tomo  
142 como una buena opción de vida para las pacientes que no pueden tener hijos eh...no estoy  
143 en contra para nada, creo que es una muy buena opción ehm...pero no...no estoy así  
144 como...la verdad que nunca he estado metida en ningún proceso de infertilidad.

## Entrevista N° 3

**Fecha:** 06 de julio de 2007

**Lugar:** Unidad Maternal Clínica Reñaca

**N° entrevista:** 3

**Entrevistador:** Jeannette Rebolledo R., Consuelo Villanueva O.

1 **¿Qué opina Ud. acerca de la incorporación de la matrona al campo laboral en el área**  
2 **de la fertilización asistida?**

3 Mmm, (balbucea) es que bueno...hay hay...hay cosas que van en contra de lo que uno  
4 piensa normalmente, pero...en este sistema tiene que haber una matrona en cualquier área  
5 que sea...que involucre embarazo ¿ya? (mira al entrevistador, frunce el ceño) O sea...que  
6 tenga la mujer, fertilización asistida tu puedes estar de acuerdo o no pero igual si se esta  
7 haciendo debe estar acompañado por matrona de todas maneras. (con los brazos cruzados,  
8 indica con el dedo índice)

9 **¿Por qué razón en específico?**

10 Porque...no poh...o sea...eh...a ver...se supone que la fertilización asistida la paciente tiene  
11 que tener una orientación en el embarazo, la matrona es la que ha manejado siempre esa  
12 parte ¿ya? (levantando la voz, gesticulando con las manos) Y es la que orienta y educa a la  
13 paciente para que la información o todas las dudas que ella pueda tener ¿ya? Sea en las  
14 condiciones que sea pero ella va a estar va a tener el producto que tiene...uno la puede  
15 ayudar en ese sentido...de orientación, o sea que tu estas de acuerdo a veces con ciertas  
16 prácticas o no, porque de repente ahí hay persona que considero no tienen o no cumplen los  
17 requisitos como para someterse a una fertilización asistida eso si, (gesticulando con las  
18 manos, haciendo círculos) ¿ya? Porque yo lo he visto y o sea esta clarísimo eso, el costo es  
19 altísimo así que no todas las pacientes están psicológicamente preparadas tampoco para  
20 someterse a una fertilización asistida. (mirando fijamente al entrevistador)

21 **Pero con respecto a la matrona, ¿Ud. considera favorable su incorporación?**

22 Por eso te digo...Si, (suspira)...o sea de todas maneras porque la matrona siempre va a  
23 estar en esos casos ayudando y apoyando a la mujer, que la va a orientar a  
24 mejorarse...mejor que el médico ¿ya?

25 **¿Considera que la actual profesional matrona tiene las competencias necesarias para**  
26 **ejercer en el área de la fertilización asistida?**

27 Si, porque se supone que...o sea...no es llegar y entrar porque tiene que tener una  
28 preparación previa, (cruza los brazos se los lleva al pecho) yo se de todas las personas que  
29 están trabajando en equipos de fertilización tienen un trabajo un estudio, van a cursos  
30 previos, no es llegar o sea yo quiero participar en eso sin tener idea, (levantando la voz,  
31 moviendo la mano hacia los lados indicando con el dedo índice) porque eso requiere  
32 preparación, no es una cosa así simple, tiene que ser como una especialidad dentro de todo  
33 lo que hace la matrona, así como habemos matronas en neonatología...yo soy matrona de  
34 mamás, de puerperio, de parto, todo eso...pero es importante, siempre va a ser importante.

35 **Según su opinión ¿Qué herramientas o nuevas competencias tiene que desarrollar la**  
36 **matrona para ejercer en el campo laboral de la fertilización asistida?**

37 Lo que te decía antes poh, tiene que tener un curso de preparación, no es llegar y empezar  
38 con actividad así sin saber, tiene que tener la especialización, de todas maneras porque  
39 hacen muchos procedimientos que no realizamos normalmente.

40 **En su opinión, ¿Cuáles cree Ud. que son los prejuicios mas arraigados en nuestra**  
41 **sociedad en relación a la fertilización asistida?**

42 (Largo momento de silencio)

43 Perdón ¿qué es lo que me dijiste?

44 **Prejuicios más arraigados en nuestra sociedad en relación a la fertilización asistida...**

45 (Momento de silencio)

46 En que se hagan los procedimientos o la persona que llega al tratamiento...porque...por  
47 ejemplo bueno... la mujer...bueno, siempre va a existir la mentalidad de machista...que el  
48 hombre siempre es el que esta normal y esta sano el hombre evita que el..la parte, o sea  
49 todo el exterior de su medio social eh...sepa que a lo mejor es él el que tiene el problema de  
50 infertilidad y no la mujer, eso es súper...no todos los hombres están predispuestos a hacerse  
51 un estudio para saber si es un problema de la mujer o de ellos...y el prejuicio mayor es el  
52 social y el económico porque realmente no esta al alcance de todas las personas, en estos  
53 momentos en algunos hospitales están haciendo estudios, pero por el costo igual es difícil.

54 **¿Difiere o comparte con alguno de los prejuicios que nombró?**

55 Por eso te digo es una cuestión de mentalidad que hay que cambiar la crianza de base y eso  
56 sigue siendo igual sobretodo en la parte de América latina de mentalidad masculina, y eso  
57 pa' nosotras mismas las que hacemos a los hombres así, o no? Si poh, tú tienes hijos y tus  
58 hijos hacen en el fondo...uno dice no no...trata de encausarlos como mas equilibrados, pero  
59 igual esa mentalidad cuesta sacarla.

60 **¿Cree Ud. que existe alguna controversia con respecto a la participación de la matrona**  
61 **en el área de la fertilización asistida?**

62 Que yo sepa no porque en los centros de acá al frente siempre hay una matrona presente, o  
63 sea no podrían yo creo que trabajar sin matrona...

64 **¿Visualiza la fertilización asistida dentro del plan AUGE futuro o en el sistema**  
65 **público?**

66 Si de todas maneras porque el problema es a nivel...o sea de todas las clases sociales, en  
67 estos momentos los que tienen acceso a eso realmente son la...la gente que puede pagar o  
68 no...no tiene mayores coberturas de Isapres...el costo es altísimo.

69 **Pero en el fondo Ud. lo visualiza como...**

70 O sea, si pudiera ingresarse si, o sea yo pienso que a futuro debería estar incluido, o lo van a  
71 incluir porque en el hospital yo se que igual hacen tratamiento y tienen convenio con los  
72 centros de fertilización asistida, yo se que acá al frente se hacen procedimientos, pero son  
73 pacientes hospitalarias, son convenios o beneficios que tienen derecho, porque los médicos  
74 que trabajan en la parte privada son los mismos que trabajan en hospital, entonces ellos  
75 manejas esa parte, y si es en beneficio para las personas esta bien.

76 **¿Qué aportaría Ud. desde su punto de vista para fortalecer o desarrollar el área de la**  
77 **fertilización asistida en nuestro país?**

78 (Momento de silencio)

79 Partir mas que nada con ayuda y orientación de base, en la mujer en edad fértil desde los  
80 colegios, ir orientando al sistema y si es que hay problemas que pueda obtener ayuda a todo  
81 nivel o sea...debieran de haber personas...bueno...los centros de fertilización trabajan con  
82 sicólogos, hay matronas...es todo un equipo, no solo una persona la que depende ahí...  
83 ¿ya? Porque primero tienen que evaluar bien a la paciente para ver si sirve o no, entonces a  
84 lo mejor reforzar eso más que nada, a nivel de consultorio, hospitalario, que todas las  
85 mujeres tengas acceso, no solo la mujer que pueda pagar o no.

86 **¿Qué proyecciones ve Ud. con respecto a la fertilización asistida como campo laboral**  
87 **del profesional matrona?**

88 Va a depender de los centros médicos que se instalen con fertilización asistida, en estos  
89 momentos, o sea...acá, nosotros tenemos uno solo en estos momentos en viña, o sea uno o  
90 dos, pero que trabajan en forma mas regular es el del frente...la clínica de la mujer aquí en la  
91 zona, digamos la quinta región mas que nada, pero al final todo esta contactado con  
92 Santiago, tampoco son independientes, porque hay muchas pacientes acá que también van  
93 a Santiago, o pacientes de Santiago terminan acá pero el tratamiento se lo hacen allá.

94 **¿Alguna opinión personal con respecto al tema de fertilización asistida?**

95 Lo que ten decía antes, o sea...que debiera ser a lo mejor a veces mas objetivo y que  
96 realmente se pueda hacer el tratamiento las personas que reúnen las condiciones, porque a  
97 nosotros nos toca ver...o sea...entrar al sistema, el tratamiento para partir es súper largo, es  
98 tedioso, tienen que hacerse tratamiento, inyecciones, están súper controladas, la mujer  
99 después no llegan a término o no dan resultados positivos o son embarazos generalmente  
100 múltiples que no llegan a término o empiezan con muchas complicaciones muy precoces,  
101 entonces la parte psicológica tiene que ser muy fuerte, aparte que el tratamiento en si implica  
102 problemas a veces hacen.... Hay como se llaman...hay una patología que...se produce  
103 cuando hacen...la inseminación...no me acuerdo el nombre en este minuto... ¿cómo se  
104 llama?

105 **¿Hiperestimulación ovárica?**

106 Eso...o sea hemos tenido pacientes y se la sufren todas, súper complicado y a veces hay  
107 pacientes que tu te dan cuenta que realmente no están preparadas, o a veces porque la  
108 familia presiona...la parte psicológica de ella no es fuerte, eso es lo que yo, o sea evaluaría  
109 mejor esa parte...a lo mejor el estudio tendría que ser una mejor evaluación de la mamá, de  
110 la pareja y del contorno...que va a estar...la mujer, pero mas que nada la pareja porque  
111 necesita harto apoyo, es limitante porque tendría, o sea salen bastante precoz con prenatal o  
112 se van con licencia entonces la paciente tiene que estar preparada, tienen que plantearle  
113 todas las posibilidades negativas, lo bueno y lo malo...de la fertilización asistida y ahí de  
114 repente pienso que... hay fallas hasta ahora...o sea lo que hemos visto , lo vemos harto acá,  
115 realmente todas las pacientes llegan acá, o sea...antes durante o después. Y los embarazos  
116 múltiples para que decir o sea...mucho mas complicado, acá hemos tenido tres,  
117 cuatrillizos...ya deben estar grandes deben tener como 5 años, pero de los cuatro quedan  
118 dos entonces...es fuerte, es agotador o sea la parte mental para la mujer, por eso te digo, un

119 mujer que se...se decide a iniciar el programa tiene que tener claro todos los pro y los contra,  
120 porque a veces, después tu las ves acá y dices a lo mejor si lo hubieran sabido o que no lo  
121 entendieron tan así... lo pensarían, y no todas están preparadas para hacerlo.  
122

## Entrevista N° 4

**Fecha:** 11 de julio de 2007

**Lugar:** Unidad Maternal Clínica Reñaca

**N° entrevista:** 4

**Entrevistador:** Jeannette Rebolledo R., Consuelo Villanueva O.

1 **¿Ud cree que existe alguna controversia en que la matrona participe en el campo**  
2 **laboral de la Fertilización asistida?**

3 No,!!! (alza el tono de voz) yo creo que es súper necesario, o sea, yo creo que la matrona  
4 tiene una labor súper importante en la Fertilización asistida en cuanto al cuidado de la  
5 paciente... es más! deberían haber muchas más de las que ya hay,... ahora (acomodándose  
6 en su asiento, cruza los brazos y e los lleva al pecho) creo que hay una sola matrona  
7 contratada no mas en el grupo de viña que no da a basto, porque en el fondo se tiene que  
8 preocupar de todo, pero yo creo que tiene que haber alguien preocupado de la paciente y es  
9 una cuestión súper delicada y pienso que la paciente necesita mucha ayuda psicológica más  
10 que ... Bueno ellos tiene psicólogo y todo... pero la matrona tiene que ... un plus adicional  
11 en el sentido que... que además de la parte psicológica cierto? (mira fijamente al  
12 entrevistador) Vemos la parte obstétrica y entonces eh... es importante que ellas tengan un  
13 apoyo de las matronas que están trabajando en eso.

14 **Desde su punto de vista ¿usted visualiza el área de la Fertilización asistida en el plan**  
15 **AUGE?**

16 No por que es muy caro!!!, o sea de hecho quedarán en la banca rota..jejej (risas), pero  
17 mira,... eh... ..eh...(balbucea) FONASA con la Fertilización asistida..? La Fertilización  
18 asistida tiene muchos procesos entonces, el costo es bastante alto...demás que les ponen  
19 un precio adicional, cierto? Por que ganan mucha plata con esto, pero de todas maneras el  
20 costo es harto, entonces no creo que vaya a meterse en el cuento del AUGE por que no...  
21 además eh... no se poh, yo creo que en realidad tampoco... no, no sé,... (balbucea) no, no  
22 creo, no creo que pueda.

23 **¿Y en el futuro lo visualiza?**

24 No, no...ufffff! (gesticulando con las manos) falta bastante para eso... tendríamos que ser un  
25 país desarrollado, nos faltan siglos para esa cuestión, somos pobres ¿te fijas? (mira  
26 fijamente al entrevistador) Apenas tiene a la gente en el hospital y tienen una dipirona para  
27 tomarse... yo lo veo muy lejano, o sea,... no imposible!!! (alza el tono de voz) Puede que esta  
28 cosa se transforme y este país se transforme en un país desarrollado donde la educación y  
29 la salud sean gratis y que estas cosas como la cirugía plástica que en otros países en gratis  
30 te fijas? eh también puede entrar dentro de... pero la cirugía plástica como esto son  
31 procesos muy caros y yo creo que nunca va a entrar en el AUGE... a menos que la cirugía  
32 plástica sea muy necesaria en... en un accidente una cosa como de estética.

33 **Como usted compara a la Fertilización asistida con la cirugía plástica ¿usted cree que**  
34 **la Fertilización asistida es algo necesario o que hay otras vías respecto de esto?**

35 No, pero es que... a ver, eh..., ehhh (pensativa) lo que yo pienso es una cuestión  
36 absolutamente personal... eh! y es una cuestión más religiosa que nada, por que en el fondo  
37 las guaguas llegan a las personas que tiene que llegar, que están predestinadas... no sé,  
38 (mirando fijamente al entrevistador, cruza los brazos y se los lleva al pecho, acomodándose  
39 en su asiento) yo pienso que en el fondo la Fertilización asistida... es forzar algo que tú no...  
40 yo voto por la adopción ya? No voto por la fertilización asistida... o sea no sé poh, si hubiese  
41 un caso en especial en el que yo crea que es súper necesario sí, siempre hay excepción,  
42 pero yo pienso que hay niños que necesitan padres y padres que necesitan niños y no  
43 necesariamente con fertilización asistida, entonces no... por una parte moral y por una parte

44 religiosa no estoy muy de acuerdo con la... en manipular una cosa que no debería ser  
45 manipulada.

46 **¿Cuál es el mayor conflicto que ve usted entre la Fertilización asistida y lo ético?**

47 Yo creo que en el fondo la medicina está ayudando, o sea, que nosotros ayudamos a que la  
48 cosa funcione, pero la idea es no cambiar esas cosas, o sea, (gesticulando con las manos)  
49 de hecho la fertilización asistida para mí es cambiar un rumbo, cambiar mi destino, ... lo  
50 mismo que no se, la clonación que ahora con la cosa de la clonación, pucha pueden ser  
51 salvadas millones de personas (alza el tono de voz, gesticulando con las manos) por que se  
52 pueden clonar no se poh, hígados, riñones, que se yo, pero también hay una línea súper  
53 finita en lo que te pasai a clonar un ser humano poh, entonces hay cosas que no deberían  
54 ser transgredidas, o sea, en el fondo..., Dios tiene un destino para cada persona y ese  
55 destino creo que hay que seguirlo, en el fondo podemos despotricar contra Dios te fijai,  
56 (mirando fijamente al entrevistador) pero lamentablemente la cosa es así, si yo he pensado  
57 que a través de ese, ese , ese....ehhh,...ehh (balbucea) no se poh, a través de esa  
58 dimensión que nosotros no conocemos, podrías ver que esa vía, a lo mejor no va a ser de  
59 las mejores, no va ha hacer feliz a esa persona, que a lo mejor salvamos de la muerte con  
60 una cuestión que estamos transgrediendo, entonces, no se yo creo que pa' mi la fertilización  
61 in Vitro es una transgresión, no así las células madres fíjate.

62 **¿Por qué? ¿Qué opina de las células madre?**

63 (frunce el ceño)Yo creo que es un descubrimiento y yo creo que eso está bien, o sea, son tus  
64 células, es tú sangre, es tú cuento y yo creo que si eso se descubrió, eso puede ayudar y  
65 pienso que eso está bien... ahora esta otra cuestión, que meter algo donde no...

66 **¿Aunque sea el mismo óvulo y espermatozoide de los padres?**

67 Es que sabís que pasa? (alza el tono de voz, mirando al entrevistador y se acomoda en su  
68 asiento) que cuando fíjate que el otro día yo tuve una paciente que le había costado mucho  
69 mucho mucho quedar embarazada, fue una fertilización in Vitro y esta fertilización, bueno el  
70 embarazo fue como el ajo!! Tuvo muchos problemas y después tuvo  
71 un.....? Y no se si va a quedar normal o no, lo mas probable es que  
72 quede media desviadita, (gesticulando con las manos, marcando gestos de desapruuebo con  
73 la mirada) por que eso produce problemas mentales, entonces no se si vale la pena, si no  
74 vale la pena, si a lo mejor la guaguita que está en el hogar necesitaba mas a esta madre  
75 sana que una guaguita que a lo mejor va a tener una madre enferma toda la vida y con  
76 suerte se salvó, se salvó de la muerte con harto esfuerzo, entonces no se hasta qué punto!,  
77 es una percepción absolutamente personal, o sea, no es nada científico ni pensado desde el  
78 punto de vista científico, es algo solamente personal.

79 **Respecto a esta trasgresión de la que usted nos habla, ¿usted cree que estos  
80 conceptos están arraigados en nuestra sociedad, los comparte?**

81 Yo creo que no, yo creo que la gente ni siquiera lo piensa, no lo piensa mucho y si hay gente  
82 que lo piensa, lo piensa tal como yo, o sea! No voy hacer nada contra eso, me entendís o  
83 no? (alza el tono de voz) Es una cuestión..., ehhhh (pausa, respira profundo) yo a lo mejor  
84 no sé, hay gente que .. yo creo que alo mejor si no me hubiera llegado mi hijo en forma  
85 natural yo siempre tuve la posibilidad o la visión de adoptar, de hecho todavía tengo ganas  
86 de adopta... entonces cuando me enamore de alguien a lo mejor lo voy a adoptar, pero...  
87 creo que esa es una súper buena vía, súper buena, súper buena, (gesticula con las manos,

88 indicando con el dedo índice) o sea, hay gente de más, pero hay gente que no tiene madre  
89 imagínate!, y esa gente que no tiene hijos tiene muchas ganas de tenerlos, o sea,  
90 imagínatelos, lo bueno que sería esa gente en vez de hacerse ese tipo de cosas adoptara.

91 **¿Qué haría usted para desarrollar o fortalecer el área de la Fertilización asistida en su**  
92 **medio?**

93 Lo que pasa es que la fertilización asistida está como súper organizada, hay pocos  
94 profesionales que están en eso, no se ha masificado... no sé yo creo que a lo mejor la  
95 universidad podría eh... dar este curso por llamarlo así, en el fondo como para incentivar a la  
96 gente quedarse por esa vía poh... de hecho yo creo que lo hacen, (gesticula con las manos)  
97 en cierta forma pero, no se yo creo que mas en la universidades para que la gente se  
98 entusiasme, porque la gente está como con su rol formado y no se si se da el tiempo como  
99 para hacer esta especialidad.

100 **Usted como matrona de maternidad ¿Cómo podría fortalecer esta área?**

101 A ver, eh... eh... (balbucea) nosotras es poco lo que podemos aportar por que la  
102 verdad que no trabajamos con eso, ahora... como te digo, yo creo que sí hacen falta  
103 matronas que se dediquen a eso, pero lamentablemente nos alejamos un poco de eso, por  
104 que en el fondo si tu dices, en la universidad se especializaron cinco matronas ya? (mirando  
105 al entrevistador y se acomoda en su asiento) cinco que es,... poco, pero cinco matronas en  
106 fertilización asistida y que quieran trabajar en viña, ¡acá no tiene donde trabajar! (alza el tono  
107 de voz, levantando los brazos) Porque tiene una y con esa una hacen todo, que no deberían,  
108 deberían tener muchas más y una cosa es también, se ve por la parte económica, entonces,  
109 y como el servicio de salud no esta a cargo de este cuento, no, no no se si esta a cargo, pero  
110 tiene estos centros de fertilización asistida, no hay campo pa' la gente, entonces es ¡Pucha  
111 que rico! (alza el tono de voz) yo soy especialista en fertilización asistida pero no tengo  
112 donde trabajar... y terminas perdiendo tu especialización, entonces deberían haber mas  
113 centros, ahora, como vamos a arreglar si es una cosa que el AUGE no la va a tomar, que el  
114 consultorio no lo va ha hacer ¿te vas fijando? Es cuestión de plata esto poh! Si fuéramos un  
115 país desarrollado habrían muchos mas centros y la gente iría gratis!

116 **De su experiencia como matrona ¿Qué opinión le merece las matronas que se están**  
117 **incorporando al campo laboral de Fertilización asistida?**

118 Bueno , si ellas se especializan!, o sea (mirando al entrevistador, cruza los brazos y se los  
119 lleva al pecho) independiente en lo que piense o no piense respecto a la fertilización asistida  
120 yo encuentro que si tu te especializas en algo que realmente te gusta y lo haces bien y lo  
121 haces con cariño, o sea, yo creo que es absolutamente bueno eh...(gesticulando con las  
122 manos) el campo es reducido pero yo le saco el sombrero a la matrona que está ahí poh,  
123 hace de todo, casi la dueña de casa y se preocupa de las pacientes, se preocupa de miles  
124 de cosas y en el fondo podrían derivarse y compartirse.

125 **¿A que se refiere con derivar y compartir?**

126 A que podría haber más matronas trabajando ahí poh, o sea, necesarias son.

127 **¿Usted considera que las matronas están preparadas, tiene las competencias para**  
128 **desarrollarse en el área de la fertilización asistida?**

129 La matrona puede ser, puede entrar en todo, pero como todas las personas podemos entrar  
130 en todo, en cuanto a lo que estemos haciendo si poh, no podís entrar a ser secretaria si  
131 nunca has tomado una maquina de escribir..., (gesticulando con las manos) pero encuentro

132 que esa área es súper compatible con ser matrona, es necesaria pero tiene que ser  
133 especialista poh!, o sea, la gente tiene que especializarse en eso, tiene que saber, no podís  
134 hacer algo sin saber, pero absolutamente compatible con eso.

135 **¿Qué conocimientos cree usted que facultan a la matrona para ejercer en el área de la**  
136 **fertilización asistida?**

137 Ay no sé, a ver....mmm, mmm... (pensativa) es que yo ya estoy tan fuera de este cuento,  
138 que no se poh... biología, química, claro poh ese tipo de cosas por que en el fondo están  
139 logrando un embrión poh! Entonces, tenís que irte por el centro de... ahora también es que  
140 es como amplio por que tu tienes que tener como un seguimiento del embarazo, entonces  
141 tenís que tener harto conocimiento sobre el embarazo poh y el desarrollo del feto.

142 **¿Y qué habilidades y destrezas tiene que tener desarrolladas las matronas para estar**  
143 **en el área de fertilización asistida?**

144 Sabís que, yo creo que nosotras tenemos eso de... esa habilidad de por esencia, algo que  
145 necesitamos tener, es desarrollarnos harto en el área social, porque tenemos el cuento que  
146 la paciente necesita que tú eses como pendiente de ella, (gesticulando con las manos,  
147 indicando con el dedo índice, se lleva las manos al pecho) que seas simpática, que seas  
148 amorosa, eh... y el marido también y la abuelita y el tío y todo el mundo, nosotras  
149 manejamos como a la familia, eh... habilidades técnicas obviamente, habilidades de  
150 conocimientos de lo que están haciendo, conocimiento de medicamentos, un montón de  
151 cosas, o sea, nosotras tenemos obviamente (alza el tono de voz) por una cuestión de  
152 profesión yo creo, no estamos detrás de una oficina, estamos con la gente.

153 **¿Y qué características personales tiene que tener la matrona para estar en el área de la**  
154 **fertilización asistida?**

155 Tiene que ser metódica, tiene que ser súper ordenada, eh... (gesticulando con las manos,  
156 indicando con el dedo índice) absolutamente profesional en lo que está haciendo, eh, con  
157 harto conocimiento teórico, práctico y que sea una persona con la mente abierta, eh con la  
158 parte social desarrollada como te decía yo.

159 **¿Qué nuevas herramientas debe adquirir la matrona en su especialización para**  
160 **fortalecer mucho más esta área de la fertilización asistida y entrar en su campo**  
161 **laboral?**

162 Un poco lo que te dije denantes, porque en la parte teórica, no se yo creo que se desarrollan  
163 más en lo que es química y lo que es fisiología, lo que es embriología... no se, al menos  
164 como para trabajar... o sea, (en su asiento cruzada de brazos, mira fijamente al  
165 entrevistador) después viene todo el resto pero creo que cuando están viendo lo del embrión  
166 tienen que trabajar con la paciente en eso...

167 **¿Usted cree que la fertilización asistida tiene proyecciones como campo laboral para**  
168 **la matrona?**

169 La verdad es que me encantaría que ese fuera un campo importante, nosotros necesitamos  
170 como diversificar nuestra profesión, pero, así como que ahora pronto, en un año mas... (las  
171 manos al pecho, suspira) no lo creo, lo veo como lejos (mirando fijamente al entrevistador)  
172 ¿sabís por qué? Por el hecho de ser como, es como los gateos... si tu pensai en los médicos  
173 de Cirugía plástica, los médicos que se dedican a la Cirugía plástica no son muchos, son  
174 pocos, porque, ¿Por qué? Porque en el fondo... no todo el mundo se hace cirugía plástica,  
175 tiene que tener dinero para hacérselo ¿te fijas? (mirando fijamente al entrevistador) entonces

176 el campo es reducido, lo mismo pasa con esto, yo creo que entre mas la cosa sea, digamos,  
177 un país desarrollado, que no lo veo claro ni muy cercano, ese día el campo se va a ampliar  
178 de todas las maneras, pero ahora, si tu pensai ¿Cuántos centros de fertilización asistida?  
179 Como seis, o sea, seis matronas, o sea con suerte doce, porque en los centros grandes  
180 puede que ocupen dos matronas, pero con suerte doce nacionales, entonces ¿tú creís que  
181 sería como para formar un equipo de matronas así todos los años? (mirando fijamente al  
182 entrevistador) o sea las matronas tendrían que tener como mucha suerte para... más encima  
183 esas matronas que están ahí van a durar años! o sea, yo creo que no vale la pena por lo  
184 reducido que es, una parte importante dentro de nuestro desarrollo profesional pero si tu  
185 pensai, no es un lugar que cercanamente van a ocupar muchas matronas.

186 **Algún comentario final respecto al tema**

187 No, yo creo que te he dicho como todo, en realidad mi impresión te la dije al principio, no, a  
188 mi la fertilización asistida es un cuento bastante... como es como poner el dispositivo, es  
189 como el mismo concepto, porque yo se que montones de mujeres necesitan el dispositivo, o  
190 sea, lo necesitan! Porque no tiene esa pareja que todos idílicamente creemos, por que no  
191 tiene la plata para criar a los cabros chicos, porque son pobres, porque no se que poh... pero  
192 es lo mismo, yo también tuve conflictos cuando tuve que poner DIU entonces, porque estás  
193 cambiando la naturaleza, estoy tratando de hacer algo que no debería hacer... entonces ese  
194 es mi pensamiento, obviamente como yo no piensan muchos pero, sobre todo en nuestra  
195 área, es que a muchos no les importa en realidad ¿??, esa parte como tan religiosa, no es  
196 como hay gente que si la comparte pero no mucha. Ahora si tú me preguntai por esa  
197 paciente pobre, que tiene un marido que la violenta todos los días y que llega y que casi la  
198 viola, como voy a hacer que esa paciente que no tiene que darle de comer a los tres cabros  
199 chicos que tiene, no ti??? Otro entendís, entonces son casos especiales, específicos.  
200 También tenís a las mujeres que se ponen DIU por que quieren tener una guagua, por que  
201 son profesionales que tiene todo para tener hijos y no los tienen y no, nada, tiene un hijo con  
202 suerte pa saber que es ser mamá. Entonces también tenemos todos los extremos, ahora,  
203 gracias a Dios yo no tengo que poner DIU ni los voy a poner, pero si tuve que ponerlos.

## Entrevista N° 5

**Fecha:** 11 de julio de 2007

**Lugar:** Unidad Maternal Clínica Reñaca

**N° entrevista:** 5

**Entrevistador:** Jeannette Rebolledo R., Consuelo Villanueva O.

1 (mira fijamente al entrevistador y se acomoda en su asiento) Ahora, respecto al tema de la  
2 fertilización asistida esto parte hace un buen tiempo con un equipo acá que conozco  
3 bastante, a los 3 que partieron, bueno en realidad eran 4, bueno ellos fueron creciendo, se  
4 asesoraron con uno de Santiago muy bueno y... lo que te digo, o sea, es un área mas a  
5 desarrollar y creo que la matrona tiene que estar incorporada en lo que es el aspecto técnico,  
6 ahora si me preguntas por el área mas, mas social, de todo el proceso interno de esto que a  
7 la mujer le toca vivir, uno puede apreciar, (gesticulando con las manos) la verdad es que ahí  
8 yo podría decir que tengo mis reparos dentro de lo que he podido ver en las personas porque  
9 yo creo que la matrona por algo... por algo bueno tiene sus fallas y si bien hay variar formas  
10 de diagnosticar para ir evaluando y tipificar específicamente lo que esta complicando el  
11 proceso de poder embarazarse eh... en ocasiones creo que se insiste demasiado en esto de  
12 la fertilización asistida con no muy buenos resultados (alza el tono de voz, frunce el ceño) y  
13 la verdad es que además o se hace muy precozmente eh... porque por ejemplo hace poco  
14 me toco ver una persona, y que la verdad es que no había esperado, porque hay todo un  
15 protocolo...un proceso de espera, de ver si se produce espontáneamente , de empezar con  
16 las mismas intervenciones hasta... son como 2 años, te fijas? (cruza los brazos se los lleva  
17 al pecho) y de repente comienzan al tiro con la súper estimulación ¿ya? Y es tremendamente  
18 complejo y te afecta en todo el hecho de que te dicen "oye, y estai esperando trillizos,  
19 cuatrillizos" con todo los riegos que eso implica y con la certeza que van a tener que ser  
20 prematuros con todos los gastos que eso implica ¿ya? Toda la complejidad de tener que  
21 atender una guagua que va a tener que estar por un proceso bien largo, así que y de repente  
22 hay...bueno esto es el caso a caso, hay casos en los que no, no, no correspondería eso, por  
23 ahí ha que preparar a la gente para que no sea tan terca y se abra a otras opciones. En lo  
24 personal yo te puedo contar de una hermana, (se acomoda en su asiento) que ella no  
25 teniendo ningún problema, si no que era la pareja el que tenia el problema, ella estuvo  
26 haciendo todas las averiguaciones, se hizo todos los exámenes y finalmente ella opto por  
27 una... adopción y esta fascina con la adopción, creo que es una muy buena opción , porque  
28 hay muchos niños a la espera de que los amen, que están botaditos los pobres, por ese lado  
29 pienso que no se poh, se asesora mejor y... eso te puedo contar.

30 **Como Ud. hablaba que tenia su reparo frente al tema ¿Ud. cree que existe alguna**  
31 **controversia de que la matrona participe en este campo laboral de Fertilización**  
32 **asistida?**

33 Bueno, yo creo que si no estoy en eso directamente, lo que yo te podría decir es que las  
34 matronas tenemos un campo limitado en esto, como siempre, (gesticulando con las manos)  
35 en esto somos las que seguimos indicaciones, entonces, igual es un poco mas limitado, de lo  
36 que nosotros podemos un poco mas, asesorar y estar ahí, todo el aspecto del apoyo  
37 psicológico y lo técnico que bueno, es mas limitado, no se hasta que punto pueda servir  
38 porque el medico tiene como clara ya su intervención ahí, el procede, ¿te fijas? (mirando  
39 fijamente al entrevistador, indicando con el dedo índice) Igual como que, es como más una  
40 labor de cooperación, de complementación de la labor médica, pero controversia, no, no  
41 creo, en lo personal a lo mejor, cada cual, de acuerdo a lo que ve, pero que tenga una mayor  
42 incidencia, no creo.

43 **Desde su punto de vista ¿Ud. considera que la Fertilización asistida debería estar**  
44 **contemplada en el plan AUGE?**

45 Eh... mmm...mmm, (balbucea) si, si, yo creo que también debería ser incorporado porque  
46 igual es un proceso que requiere de... mucho gasto, ah? Y si bien esto partió con las parejas  
47 pendientes que podrían hacerse todo esto que es muy caro, eh, no solo ellas son las que  
48 tienen problemas, si no que, las parejas que no tienen recursos, a ellas hay que darles  
49 posibilidades, (gesticula con las manos) pero sí me parece que debería estar en el plan  
50 AUGE.

51 **Por lo mismo, ¿existiría la opción de incorporarlo al sistema público?**

52 Eh...o sea, no necesariamente, (frunce el ceño) yo te digo, igual podría, ahí no te sabría  
53 decir bien, pero una medida así, es una cosa...ahora, no se, las cantidades, las cifras de  
54 demanda en cuanto a esto, porque esto al sistema publico le implica un gasto de  
55 implementación y que tu sabes que el sistema publico maneja todos unos volúmenes donde  
56 dicen (alza el tono de voz) "a ver...ya! Aportemos capital para esto" y hay cosas a las que no,  
57 entonces habría que evaluar esa parte, es un porcentaje que no tengo idea cuanto  
58 corresponde. Mira, si bien el sistema publico es bueno, de repente como que se pierden,  
59 (gesticulando con las manos) como que se dilatan, entonces, como no se dan tan bien y que  
60 ya cuestan mas las cosas, se diluyen y cuesta mas manejarse, no se abusos o excesos, mal  
61 uso de las platas, me entiendes tu? Va por la regularización de esto, por la fiscalización.

62 **Pasando a otro punto, ¿que podría hacer para fortalecer esta área?**

63 Lo que pasa es que acá nosotros ...bueno nosotros ocasionalmente mi tiempo recibíamos  
64 acá , como teníamos el centro acá al frente de fertilización asistida eh...inicialmente ellos no  
65 estaban tan grandes como ahora, con todo su equipo y tienen todo independiente ya?  
66 (mirando fijamente al entrevistador) Recibíamos acá a estas pacientes y lo que si veíamos es  
67 pacientes con una alta dosis de estrés, si, porque todo esto les implica mucha tensión y una  
68 gran expectativa ¿ya? (gesticula con as manos, cruza los brazos, se los pone e las piernas)  
69 Y por otro lado también nos ha tocado recibir a algunas pacientes con complicaciones, eh,  
70 todo el proceso que resulta de la hiperestimulación ovárica, entonces, también poh,  
71 pacientes con una alta dosis de estrés en la parte sicológica, entonces, uno tiene que saber  
72 manejar eso (indica con el dedo índice)...

73 **¿Qué opina Ud. como matrona acerca de la incorporación de la matrona al campo  
74 laboral de la Fertilización asistida?**

75 Bueno que... está bien, (cruza los brazos se los lleva al pecho) que corresponde, que la  
76 matrona tiene una labor importante dentro del proceso mismo, de estas parejas.

77 **Hablando de la matrona ¿Ud. considera que la matrona tiene las competencias  
78 necesarias fundamentales para ejercer en este campo laboral de la Fertilización  
79 asistida?**

80 Eh... yo te diría que no, nosotras salimos no preparadas para eso, dentro del proceso a  
81 nosotras nos van preparando, pero no estamos preparadas para eso, es una cuestión mas  
82 especifica (frunce el ceño, indicando con el dedo índice) y por otro lado en lo que respecta al  
83 proceso psicológico que viven estas pacientes, lo que entrega la matrona es muy mínimo,  
84 por esto esta abordado por un equipo multidisciplinario muchas veces, porque en el área de  
85 la psicóloga, nosotras no tenemos nada de formación, eh...por lo menos yo me acuerdo que  
86 tuve 2 sicologías, psicología general y psicología evolutiva y eso, ya? Y tal vez de la  
87 antropología que no tuvimos, un poco mas reforzar de la base yo creo, las cosas que puedan  
88 ser necesarias en esa área mas especifica.

89 **Por lo tanto ¿Qué conocimientos, que ciencias básicas cree Ud. que servirían como**  
90 **base para estar en el campo laboral de la Fertilización asistida?**

91 Yo te diría (alza el tono de voz) que mas la parte humanitaria, humana...eso agregaría como  
92 te dije la psicología, antropología...algo de eso, porque creo que lo otro esta dentro de la  
93 biología y la fisiología ya esta y... son cosas muy especificas que no las necesitan...ayudar  
94 no mas, pero eso se da en el tiempo...pero lo otro fíjate, que no esta.

95 **Y por ejemplo ¿Qué habilidades y destrezas cree Ud. que tiene la matrona que la**  
96 **ayudan como base para estar en la Fertilización asistida?**

97 (mirando fijamente al entrevistador) El saberse relacionar, pero lo otro yo creo que todo lo  
98 tiene, no es una cuestión rebuscada, además que se respaldan de una bióloga, toda la parte  
99 celular y ella la bióloga ve todos esos detallitos.

100 **Respecto a la matrona ¿Qué características personales cree que debe tener la matrona**  
101 **para incorporarse en el campo laboral de la Fertilización asistida?**

102 Bueno, que tenga una gran apertura, número 1, (gesticulando con las manos, incando con el  
103 dedo índice) que no tenga limitantes de la parte ética y moral independiente de..., aunque yo  
104 creo que a estas alturas del partido, siglo XXI, en general la gente es mas libre, es mas  
105 abierta, hay ciertas cosas que a uno la limitan, claramente la religión.

106 **¿Ud. que opina de eso?**

107 No, yo gracias a Dios estoy súper...yo profesaba, no se, la católica, que tu sabes que tiene  
108 limitantes, (gesticulando con las manos) que de hecho ya me empecé a cuestionar cuando  
109 estaba estudiando, eh... con esto de los dispositivos se me creaba todo un dilema, no, que  
110 sin un método anticonceptivo estaba aceptado, y blablabla, (mueve la cabeza hacia ambos  
111 lados) o sea, una cosita un poquito escandalosa, eh... bueno, y gracias a dios...

112 **¿Y como lo superó?**

113 Bueno como uno tiene todo un proceso, una formación personal, participé en muchas cosas,  
114 fui catequista incluidas, (se acomoda en su asiento, cruza los brazos y se los lleva al pecho)  
115 inclusive, pero...después uno va dándose cuenta, se va informando ya? (mirando fijamente  
116 al entrevistador) viendo otros horizontes y va recapacitando y va cambiando su punto de  
117 vista, no te estas autolimitando por cosas que te dicen de afuera, así que yo creo que en ese  
118 aspecto me siento liberada y uno mantiene una ética y unos principios que por nada se  
119 cambian, (gesticulando con las manos) pero no por eso te estas limitando tanto y te... vas a  
120 otras cosas que son avances científicos, que igual uno tiene que reconocer que son bueno, o  
121 sea... ahora igual todos los extremos son malos, o sea, en toda orden de las cosas, pero yo  
122 por eso te digo que me siento ya bien.

123 **Por ejemplo ¿Ud. cree que las personas que trabajan en Fertilización asistida tendrán**  
124 **algún dilema ético, que opina de eso?**

125 Eh... no se, ...(pausa, pensativa) pudiera ser poh, que en algún momento se planteen eso,  
126 no te podría decir que si, efectivamente, uy! (suspira) Tuvo mmm....pero no, no, bueno creo  
127 que esa es una cuestión personal y que eh... ahora lo que yo te puedo contar si, lo que yo, lo  
128 que a mi me ha tocado ver, (gesticulando con as manos) nos contactábamos con las chicas  
129 que trabajaban al frente, que eh... que tenían un desgaste grande fíjate, emocional, y que  
130 requería de licencias porque las pacientes eran muy absorbentes , muy especiales,(mirando  
131 fijamente al entrevistador, cruza y abre los brazos) así es que había que estar bien enterita

132 para eso, pero mas que eso, no, no sabría decirte si tienen conflictos, si están conflictuadas  
133 en la parte ética.

134 **Retomando un poco lo que estábamos hablando Ud. me hablo de psicología, de**  
135 **ciencias básicas, a su criterio ¿Qué formación cree que debería tener la matrona para**  
136 **desarrollarse en el área de la Fertilización asistida?**

137 Eh...bueno! Lo que ya te mencione anteriormente, (mirando fijamente al entrevistador, alza  
138 el tono de voz) creo que hay que profundizar en lo que es la psicología y a lo mejor  
139 incorporar en lo que es en el currículo lo que es la antropología, conocer un poco mas a las  
140 personas; sociología también, a nosotros nos hicieron una sola sociología, eh... y bueno  
141 eh... también creo que tenemos que avanzar un poquito mas porque eh... hoy en día con los  
142 cambios se producen muy acelerados y hoy en día hay demasiada información, hay muchos  
143 elementos que..y que los cambios se suceden así demasiado rápido y no hay tiempo para  
144 irlos canalizando, así que por ahí yo creo, reforzar un poco, como te digo, la formación  
145 suficiente.

146 **Y algo como la ginecología ¿Ud. encuentra que esta bien?**

147 ¿ginecología? Mmm...(pensativa) Sí, también, puede ser, renovarse, hay muchas novedades  
148 en esto, pero bueno para eso va a cursos y se entera de algunas cosas...y yo creo que tiene  
149 que ser focalizado, aquella persona que trabaja en esto o en eso, obviamente que tiene que  
150 reforzar mas en eso, o sea, lógico!

151 **Pasando a otro punto, ¿Ud. cree que haya prejuicios arraigados a la sociedad acerca**  
152 **de la Fertilización asistida en general?**

153 O sea,...(mira fijamente al entrevistador, suspira) yo creo que ya no tanto, pero igual los hay,  
154 hay grupos de gente que...principalmente por la parte ética, o sea, o sea, religioso, hay  
155 gente que es más de edad, porque la gente de hoy en día, los mas jóvenes vienen con otra  
156 mentalidad, independiente, creo que la sociedad en ese aspecto ha ido mejorando ya no es  
157 un tabú.

158 **¿Ud. difiere con esos prejuicios o los comparte o compartió en algún momento?**

159 Eh... (suspira) como te digo, yo viví un propio proceso y me compliqué en un principio  
160 digamos, pero ya...

161 **¿Y que parte le costo procesar más como Ud. dice?**

162 Es que sabís? (mirando fijamente al entrevistador) que es tan fuerte cuando tu traes de  
163 familia esta cosa del pecado y que esto es pecado, que esto lo catalogan así y que la iglesia  
164 te lo repite, entonces, cuesta esa cuestión, te llega, pero después lo superas.

165 **¿Y su familia también lo proceso?**

166 Mira, te digo que mi familia sigue siendo muy católica, católica, no cambia poh ¿Qué vas a  
167 hacer? (frunce el ceño) Tengo una hermana también catequista y que se yo, pero, hay que  
168 dejarlas vivir su vida no mas poh, ¿Qué vas a hacer? No vas a pretender cambiar el  
169 mundo,... o sea, uno puede decir cosas y que se yo pero...

170 **¿Y el conflicto va en que la persona tenga que implantarse un ovulo fecundado y los**  
171 **embriones que no puedan estar se destruyan?**

172 (se acomoda en su asiento, cruza las piernas) Es que yo creo que hay posiciones bien  
173 claras: hay unos que dicen que no y siguen diciendo no...también meten ahí esta cuestión  
174 que tanta polémica ha armado, lo de la pastilla del día después (gesticulando con las manos)  
175 y... que cuando es vida? Si cuando llego a mórula y se implanto en el útero o cuando se

176 produjo la fecundación y así y v a seguir perse, o sea, yo creo que eso nunca va a llegar a  
177 puerto y ahí están no mas.

178 **A modo de última pregunta, ¿Qué proyecciones percibe Ud. respecto al campo laboral**  
179 **de la Fertilización asistida como campo laboral de la matrona?**

180 No, (mirando fijamente al entrevistador, respira profundo) yo lo sigo viendo limitado, es una  
181 cosa bien especifica lo que le compete a la matrona, así como mas determinante o que  
182 aumente su accionar en esa área...

183 **¿Qué elementos se tendrían que dar para que eso ocurriera?**

184 Eh..., (respira profundo, se acomoda en su sientto, cruza los brazos y se los lleva al pecho),  
185 es que... tenemos que aumentar nuestro currículto para llegar a nivelarlo con el medico, que  
186 no es nuestra intención pero... claro! Nosotros tenemos hartas áreas en las que podemos  
187 profundizar y a la que no le guste que estudie medicina! (alza l tono de voz) Así.

188 **O sea, ¿que los elementos deberían cambiar por el lado de la matrona?**

189 Obviamente que creo que en el área medica pueden ir cambios, pero ellos como te digo  
190 llevan la rienda en esto ya? (mira fijamente al entrevistador, frunce el ceño)

191 **¿Algún comentario final acerca de la Fertilización Asistida?**

192 No, ... (respira profundo), bueno creo que es una opción que da la posibilidad, aunque  
193 personas que tienen problemas específicos y que se pueden superar, con estos procesos y  
194 llegar a efecto un anhelo tan deseado de las parejas que es vivir la maternidad en plenitud,  
195 (gesticulando con las manos, se acomoda en su asiento) la mujer embarazarse y la sentir  
196 que hay un ser que esta creciendo en su vientre creo que esta bien, pero eh... ojo con los  
197 excesos, ahí, ahí, cuando uno empieza a hilar finito, ahí uno de repente dice pucha, pero  
198 aquí, que, porque, ahí ya, ahí tengo mis reparos, pero en casos muy específicos, a rebuscar  
199 y analizar, pero ... comparto esto.

## **Entrevista N° 6**

**Fecha:** 11 de julio de 2007

**Lugar:** Unidad Maternal Clínica Reñaca

**N° entrevista:** 6

**Entrevistador:** Jeannette Rebolledo R., Consuelo Villanueva O.

1 **¿Qué opina usted como matrona con tantos años de experiencia sobre la**  
2 **incorporación de la matrona al campo laboral de la Fertilización asistida?**

3 Mira, todo lo que sea ampliación en el campo laboral de la matrona es positivo, ya? (fija la  
4 mirada en el entrevistador, alza el tono de voz) Es positivo y es constructivo, sí (se  
5 incorpora en su asiento), considero que si de todas maneras, porque no queremos seguir  
6 perdiendo campos, queremos seguir agregando campos.

7 **¿Usted considera que se han perdido campos?**

8 Si, (tono de voz seca, frunce el ceño) yo encuentro que si, en algunas partes si, con  
9 respecto a neonatología, por ejemplo.

10 **¿Y a qué cree que se debe eso?**

11 Eh...a flojera poh (risas) un poco de no estar ahí luchando, así que todo lo que sea  
12 incorporación y diversificación es positivo y esto además es positivo para las  
13 profesionales...porque cuando egresan hay un abanico mayor de posibilidades ya? Porque  
14 no nos olvidemos que somos seres humanos y que tenemos ciertos, ciertas cosas que nos  
15 agradan mas y otras que no (gesticula con las manos, sea como da en su asiento), por  
16 ejemplo, en mi caso me gusta mas la parte clínica y debe haber otras colegas que les gusta  
17 mas la parte consultorio y si se abre el abanico de posibilidades, mucho mejor.

18 **¿Ud. cree que exista alguna controversia en la participación de la matrona frente al**  
19 **campo laboral de la Fertilización asistida?**

20 Mira, (fija la mirada en el entrevistador, suspira) yo creo que es un tema...y su accionar muy  
21 bonito, pero personalmente (se lleva las manos al pecho) no he escuchado ningún problema,  
22 ninguna controversia, ninguna discusión que se haya generado a nivel de las colegas o a  
23 nivel de público en general o a nivel médico, la verdad es que estoy un poquito ajena y no he  
24 escuchado nada.

25 **Desde su punto de vista ¿Ud. encuentra que la Fertilización asistida debiera estar**  
26 **contemplada en el plan AUGE?**

27 Mira, yo creo que Sí, (cruza los brazos, se los lleva al pecho, alza el tono de voz) porque  
28 todo lo que vaya en beneficio, digamos, en cuanto a salud, para las personas...bienvenido  
29 sea, es algo positivo, es algo constructivo, (gesticula con las manos) así que considero que  
30 si, de todas maneras...muchas parejas ahí...tienen este problema de la fertilización,  
31 digamos que no pueden ser papás de forma natural, entonces es una ayuda, técnico, a  
32 nivel científico y además a nivel de AUGE lo considero super bueno.

33 **Y dentro de este mismo tema ¿Encuentra que la Fertilización Asistida puede ser**  
34 **incorporado a nivel público en nuestro país?**

35 Uy!!!!!!!!!!!!!!,(alza el tono de voz, hace un tono despectivo con la mirada, gesticula con los  
36 brazos) yo creo que para eso falta hartoo tiempo, lógico! seria, lo ideal seria eso ya? Pero en  
37 este tiempo lo encuentro un poco utópico.

38 **¿Que tendría que pasar, que elementos faltan?**

39 Recursos poh!!! recursos, recursos, solamente recursos, (alza el tono de voz, gesticula con  
40 las manos, indicando con el dedo índice) es un sistema de alto costo, por lo tanto yo creo  
41 que va a costar que esto se incorpore definitivamente como al servicio.

42 **Ud. como matrona de maternidad ¿Qué podría aportar usted para fortalecer o**  
43 **fomentar esta área de Fertilización Asistida en nuestro país?**

44 Mira yo creo que de partida la pesquisa, (se acomoda en su asiento, cruza las piernas y se

45 lleva las manos al pecho) estamos en la pesquisa de las parejas que tienen este problema,  
46 porque hay muchas mamitas, sobre todo nosotros acá en la parte clínica, llegan las  
47 mamitas con síntomas de aborto, abortos retenidos, abortos, 1, 2, 3 entonces las mamitas  
48 como que están mas sensibles en ese minuto por el diagnostico que tienen, que ¿Por qué  
49 me pasa esto a mi? ¿Por qué, por que? (gesticula con la mirada, fijándola en el  
50 entrevistador, llevándose una mano al pecho en sobre el corazón) Entonces ese es el  
51 contacto que yo tengo con el público, en el área de la pesquisa y como no trabajo en el  
52 área publica, digamos...el consultorio, que es el área donde se podría pesquisar. Nosotros  
53 acá en la clínica tenemos el servicio de la mujer, si, la Fertilización asistida. Y...trabajamos  
54 con los médicos porque nos llegan pacientes que ya han estado en distintas etapas del  
55 proceso de Fertilización asistida.... estamos como bien sensibilizadas con este tema ya?  
56 (gesticulando con las manos, alzando el tono de voz) Claro que nuestra labor se reduce  
57 solo a cumplir las indicaciones medicas, vienen acá por hiperestimulación ovárica, entonces  
58 vienen por problemas de dolor, entiendes tu, acá hay una normativa que hacer con esta  
59 paciente, en fin, vemos el diagnóstico entonces entramos en contacto con estos médicos  
60 que tienen a cargo la clínica.

61 **Como usted nombraba lo de seguir las indicaciones: Su rol como matrona en estos**  
62 **casos ¿Algún otro rol que implique el trato con estas mujeres?**

63 Mira, la parte psicológica!, en la parte psicológica la matrona puede ser un tremendo apoyo  
64 te fijas? (tono de voz, seca firme, indica con el dedo índice, haciendo gestos con a la  
65 mirada) Llegan con muchas dudas, con temores, mucha cosa emocional revuelta y que  
66 necesitan que alguien les aclare a ese nivel, porque la parte técnica se la clarifica el médico  
67 con todo el procedimiento pero las matronas siempre vamos a ir por el lado de la mamita, al  
68 lado de a paciente eh! (gesticula con las manos) Viendo los requerimientos emocionales de  
69 la paciente, a mi me toco el otro día hace un tiempo atrás,..., (pausa, respira profundo, fija  
70 la mirada en el entrevistador, cruza sus brazos) que llegó a hospitalizarse que le habían  
71 hecho hiperestimulación ovárica, incluso en algún momento hasta me dijo que estaba  
72 metida de haberse metido en esto, entonces ahí esta el aporte de la marrano, de  
73 clarificarle, de...de...las ideas a la paciente, lo que tenga que ver con el lado emocional y  
74 decirle que son etapas que tiene que cumplir, que son procesos, decirles que es un  
75 proceso que lleva mucho tiempo, (gesticulando con las manos) que cada etapa es dura, es  
76 dolorosa, es sacrificada y a veces con hospitalizaciones seguidas, ahí esta el rol de la  
77 matrona...más que ver la parte científica y tecnológica y todo lo demás, o sea, el contacto  
78 con la paciente, nunca nos tenemos que olvidar que la matrona y todo profesional en salud  
79 tiene que ser empático (, fija la mirada en el entrevistador, alza el tono de voz, indica con el  
80 dedo índice). En la medida que tú seas una persona empática con la paciente, tu  
81 desempeño profesional va a ser óptimo, porque te vas a poner en el lugar del otro y vas a  
82 tratar al otro como te gustaría que te trataran a ti.

83 **Aparte de estas características personales que dice usted que debe tener la matrona,**  
84 **¿Qué conocimientos, que ciencias básicas tiene que tener esta matrona para poder**  
85 **desempeñarse mejor en esta are de la Fertilización asistida?**

86 Mira,... la matrona tiene la base...la base te fijas??, (fija la mirada en el entrevistador), tiene  
87 conocimientos, tiene habilidades, en cuanto a su profesión y ese...es el piso, igual pero  
88 como es algo nuevo, es una técnica nueva obviamente tiene que aprender pero la base la

89 tiene.

90 **¿Qué ciencias básicas son necesarias para esta área de Fertilización asistida?**

91 Todo lo que tiene que ver con...con...con biología celular, para empezar la biología celular  
92 es básica, y también en que área te vas a mover dentro, ya! (gesticula con las manos)

93 Depende que rol tu cumplas, que rol te asignen...a un laboratorio dedicado a la siembra o  
94 te vas a dedicar a separar los óvulos buenos, o sea, en buenas condiciones, o los  
95 espermios, sino el contacto con la paciente durante eh...como una clínica al lado de la  
96 paciente donde se hacen los procedimientos, en realidad depende del área, (gesticula con  
97 las manos, y la mirada) pero igualmente tu necesitas una capacitación, un curso, que te  
98 pongan al día y eso pero la base...mira, si esta la base, esta la buena disposición estamos  
99 al otro lado.

100 **¿Usted encuentra que estas herramientas deben ser adquiridas necesariamente en  
101 postitulo?**

102 No poh! (alza el tono de voz), como te vuelvo a decir tenemos la base.

103 **A su juicio, usted cree que existan pensamientos o prejuicios frente al área de la  
104 Fertilización asistida?**

105 Mira, por ser una técnica nueva, una técnica que involucra...mmm, ehh (balbucea)  
106 involucra problemas morales, también religiosos, obviamente que si, eh...eso siempre va a  
107 ser igual, siempre va a existir.

108 **¿Qué cosas puntuales cree que son las que causan más controversia?**

109 ... (Pausa, se acomoda en su asiento, cruza los brazos y se los lleva al pecho) Es que  
110 depende del nivel de conciencia de cada pareja, (fija la mirada en el entrevistador) hay  
111 parejas que asumen el hecho de ser infértiles y lo asumen y tienen otras vías como la  
112 adopción y conozco otras parejas que no quieren adoptar, son infértiles y no hacen nada y  
113 asumen lo que les toca vivir y hay otras parejas que pese a que son infértiles cualquiera de  
114 los dos, no logran concebir se embarcan en esta oportunidad que les brinda la ciencia,  
115 (gesticulando con las manos) por eso te digo que yo en ningún momento critico ni juzgo,  
116 eso depende de cada pareja, cada pareja sabe, si lo asumen bien, si no lo asumen bien, si  
117 adoptan bien, sino adoptan bien, en eso yo no me voy a meter, uno tiene que asumir lo que  
118 decida la pareja.

119 **¿Entonces usted no comparte ni difiere esos asuntos morales?**

120 No, no.(voz firme)

121 **Para finalizar ¿Qué proyección le ve usted al campo laboral de Fertilización asistida  
122 con respecto a la matrona?**

123 Mira en la medida que las colegas nos pongamos las pilas y luchemos, (alza el tonote voz,  
124 se incorpora de sus asiento) si se trata de ponerse las pilas y darse cuenta de la  
125 importancia que tiene esta profesional en esta área, me parece que...tenemos que actuar,  
126 tenemos que abrimos ese campo ya? (mirada en el entrevistador) Porque la base la  
127 tenemos.(gesticula con las manos, golpeando la mesa ligeramente con la mano en puño)

128 **¿Usted lo ve a nivel masivo o cree que hay pocas matronas que se van a desempeñar  
129 en esta área?**

130 Pocas,... pocas realmente, porque es algo nuevo, esto se va a ir abriendo con el  
131 tiempo,...(gesticulando con las manos) entonces obviamente que la realidad de Santiago  
132 dista mucho de la realidad de Viña te fijas? (fija la mirada en el entrevistador) entonces es

133 un proceso lento, lento a su punto de vista pero sin bajar la guardia y tiene que seguir en la  
134 mira , no dejar esto como algo al azar y fortuito, nunca! (alza el tono de voz) hay que  
135 preocuparse.

136 **Alguna ultima opinión, alguna experiencia en el contacto con el centro del frente, la**  
137 **Clínica de la Mujer, algo que quiera compartir.**

138 Mira, (respira hondo y se lleva una de sus manos al pecho) nosotras somos bastante  
139 cooperadoras con lo que tiene que ver con las pacientes, pero de hecho estamos  
140 conectados, estamos enlazados.

141 Antiguamente era una...una...estaba anexada aquí en la clínica, pero después como fuero  
142 surgiendo ellos, se asociaron, construyeron este...esta clínica de la mujer y ya están como  
143 separaditos nuestros físicamente, pero siempre hay interconexiones, (gesticulando con las  
144 manos, se acomoda en sus asiento) atienden a sus pacientes aquí y los bebes producto de  
145 esta fertilización nacen aquí, entonces siempre estamos en contacto, con los médicos y con  
146 las pacientes y contentos porque logramos que nazca su bebé y con la felicidad de sus  
147 padres.

## **ANEXO 2:**

# **“LEY QUE REGULA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN EL SER HUMANO, SU GENOMA, Y PROHIBE LA CLONACIÓN HUMANA.”**

---

---

### **Articulado aprobado por la Comisión Mixta**

#### **Objetivo de la ley**

La ley tiene por finalidad proteger la vida de los seres humanos, desde el momento de la concepción, su integridad física y psíquica, así como su diversidad e identidad genética, en relación con la investigación científica biomédica y sus aplicaciones clínicas (art. 1º)

#### **Límite actividades de investigación**

La libertad para llevar a cabo actividades de investigación científica biomédica en seres humanos tiene como límite el respeto a los derechos y libertades esenciales que emanan de la naturaleza humana, reconocidos tanto por la Constitución Política de la República como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes (art. 2º)

#### **Prohibiciones**

- Prohíbese toda práctica eugenésica, salvo la consejería genética (art. 3º)
- Prohíbese toda forma de discriminación arbitraria basada en el patrimonio genético de las personas

En consecuencia, los resultados de exámenes genéticos y análisis predictivos de la misma naturaleza no podrán ser utilizados con ese fin (art. 4º)

- Prohíbese la clonación de seres humanos, cualesquiera que sean el fin perseguido y la técnica utilizada (art. 5º)

### **Cultivo de tejidos y órganos**

El cultivo de tejidos y órganos sólo procederá con fines de diagnósticos terapéuticos o de investigación científica. En ningún caso podrán destruirse embriones humanos para obtener las células troncales que den origen a dichos tejidos y órganos (art. 6º)

Terapia genética en células somáticas. La terapia génica en células somáticas estará autorizada sólo con fines de tratamiento de enfermedades o a impedir su aparición (art. 7º)

- Patentabilidad.

El conocimiento del genoma humano es patrimonio común de la humanidad. En consecuencia, nadie puede atribuirse ni constituir propiedad sobre el mismo ni sobre parte de él. El conocimiento de la estructura de un gen y de las secuencias totales o parciales de ADN no son patentables.

Los procesos biotecnológicos derivados del conocimiento del genoma humano, así como los productos obtenidos directamente de ellos, diagnósticos o terapéuticos, son patentables según las reglas generales (art. 8º)

- Identidad genética

Sólo se podrá investigar y determinar la identidad genética de un ser humano si se cuenta con su consentimiento previo e informado o, en su defecto, el de aquél que deba suplir su voluntad en conformidad con la ley. Lo anterior es sin perjuicio de la facultad de los tribunales de justicia, en la forma y en los casos establecidos en la ley (art. 9º)

- Investigación en seres humanos

Toda investigación científica en seres humanos que implique algún tipo de intervención física o psíquica deberá ser realizada siempre por profesionales idóneos en la materia, justificarse en su objetivo y metodología y ajustarse en todo a lo dispuesto en esta ley.

No podrá desarrollarse una investigación científica si hay antecedentes que permitan suponer que existe un riesgo de destrucción, muerte o lesión corporal grave y duradera para un ser humano.

Toda investigación científica biomédica deberá contar con la autorización expresa del director del establecimiento dentro del cual se efectúe, previo informe favorable del Comité Ético Científico que corresponda, según el reglamento (art. 10).

- Consentimiento previo

Toda investigación científica en un ser humano deberá contar con su consentimiento previo, expreso, libre e informado, o, en su defecto, el de aquél que deba suplir su voluntad en conformidad con la ley.

Para los efectos de esta ley, existe consentimiento informado cuando la persona que debe prestarlo conoce los aspectos esenciales de la investigación, en especial su finalidad, beneficios, riesgos y los procedimientos o tratamientos alternativos. Para ello deberá habersele proporcionado información adecuada, suficiente y comprensible sobre ella. Asimismo, deberá hacerse especial mención del derecho que tiene de no autorizar la investigación o de revocar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier medio, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.

El consentimiento deberá constar en un acta firmada por la persona que ha de consentir en la investigación, por el director responsable de ella y por el director del centro o establecimiento donde ella se llevará a cabo, quien, además, actuará como ministro de fe.

En todo caso, el consentimiento deberá ser nuevamente solicitado cada vez que los términos o condiciones en que se desarrolle la investigación sufran modificaciones, salvo que éstas sean consideradas menores por el Comité Ético Científico que haya aprobado el proyecto de investigación (art. 11).

- Información reservada

La información genética de un ser humano será reservada. Lo anterior es sin perjuicio de las facultades de los tribunales de justicia, en los casos y en la forma establecidos en la ley. Asimismo, para los efectos de esta ley, resultan plenamente aplicables las disposiciones sobre secreto profesional. (art. 12).

- Bases de datos personales

La recopilación, almacenamiento, tratamiento y difusión del genoma de las personas se ajustará a las disposiciones de la ley N° 19.628, sobre protección de datos de carácter personal.

Los datos del genoma humano que permitan la identificación de una persona deberán ser encriptados para su almacenamiento y transmisión (art. 13).

La encriptación podrá omitirse temporalmente por razones de utilidad pública.

- Prohibiciones relativas a información

Prohíbese solicitar, recibir, indagar, poseer y utilizar información sobre el genoma relativa a una persona, salvo que ella lo autorice expresamente o, en su defecto, el que deba suplir su voluntad en conformidad con la ley. Lo anterior es sin perjuicio de las facultades de los tribunales de justicia, en los casos y en la forma establecidos en la ley. (art. 14).

- Comisión Nacional de Bioética

Créase una Comisión Nacional de Bioética, que estará integrada por nueve profesionales, expertos en bioética, designados por el Presidente de la República, con acuerdo del Senado adoptado por los dos tercios de sus miembros en ejercicio, en sesión especial convocada al efecto.

Los miembros de esta Comisión durarán cuatro años en sus cargos y podrán ser reelegidos. El Presidente de la República, en el momento de solicitar el acuerdo del Senado, propondrá al miembro que asumirá el cargo de Presidente.

La Comisión tendrá una Secretaría Ejecutiva, que coordinará su funcionamiento y cumplirá los acuerdos que aquella adopte y estará conformada por el personal que al efecto asigne el Ministerio de Salud (art. 15).

Funciones de la Comisión.

La Comisión Nacional de Bioética tendrá, entre sus funciones, asesorar a los distintos Poderes del Estado en los asuntos éticos que se presenten como producto de los avances científicos y tecnológicos en biomedicina, así como en las materias relacionadas con la investigación científica biomédica en seres humanos, recomendando la dictación, modificación y supresión de las normas que la regulen.

Las resoluciones o acuerdos de la Comisión se adoptarán por simple mayoría, no obstante lo cual deberán hacerse constar las diferencias producidas en su seno y la posición de minoría (art. 16).

- Sanciones

El que clonare o iniciare un proceso de clonar seres humanos y el que realizare cualquier procedimiento eugenésico en contravención al artículo 3°, será castigado con la pena de presidio menor en su grado medio a máximo y con la inhabilitación absoluta para el ejercicio de la profesión durante el tiempo que dure la condena.

En caso de reincidencia, el infractor será sancionado, además, con la pena de inhabilitación perpetua para ejercer la profesión (art. 17)

El que violare la reserva de la información sobre el genoma humano, fuera de los casos que autoriza el artículo 12, sufrirá las penas establecidas en ambos incisos del artículo 247 del Código Penal, según el caso.

El que omitiere la encriptación exigida en esta ley será sancionado con multa de hasta mil unidades de fomento. (art. 18)

El que falsificare el acta a que se refiere el inciso tercero del artículo 11 será sancionado con la pena de reclusión menor en su grado mínimo y con multa de 10 a 20 unidades tributarias mensuales.

Igual pena se aplicará a quien maliciosamente usare, con cualquier fin, un acta falsa.

El que omitiere la referida acta o la confeccionare manifiestamente incompleta será sancionado con multa de 10 a 20 unidades tributarias mensuales. (art. 19)

Todo el que desarrollare un proyecto de investigación científica biomédica en seres humanos o en su genoma, sin contar con las autorizaciones correspondientes exigidas por la presente ley, será sancionado con la suspensión por tres años del ejercicio profesional y con la prohibición absoluta de ejercicio profesional en el territorio nacional en caso de reincidencia (art. 20)

Autoridad encargada. Corresponderá al Ministerio de Salud establecer, mediante reglamento, las normas que complementen o desarrollen los contenidos de esta ley. (art. 21) <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=print&sid=1070>, 15 de julio de 2007, 15:35 Hrs.