

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

en

**Biología y Tecnología de la Reproducción
Humana Asistida**

FEMINISMO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO: INFLUENCIA EN EL
USO DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Autora: Carmen Sánchez del Toro

Tutora: Dra. Beatriz Amorocho Llanos

Alcobendas, 2024-2025

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Objetivos	8
4. Materiales y métodos	9
5. Resultados	11
6. Discusión	25
7. Conclusiones	28
8. Bibliografía	30
9. Anexos	32

RESUMEN

Este Trabajo de Fin de Máster analiza cómo el feminismo y el nivel socioeconómico influyen en el acceso, uso y desarrollo de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), con especial atención a la vitrificación de ovocitos con carácter social y el Diagnóstico Genético Preimplantacional. La metodología combinó una revisión bibliográfica en Web of Science y PubMed (2010-2025) y una encuesta propia difundida mediante las redes sociales de la autora, con un total de 102 respuestas válidas de población comprendida entre las edades de 16 y 45 años.

Los resultados de la revisión evidencian que el feminismo ofrece marcos críticos para comprender la tensión entre autonomía y medicalización del cuerpo femenino, mientras que el nivel socioeconómico emerge como un determinante central en el acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida. La encuesta mostró un consenso casi unánime (98%) sobre la influencia de los recursos económicos en la decisión reproductiva, un alto apoyo al feminismo (92%) y una baja percepción de igualdad laboral (5.9%). El análisis multivariable identificó al deseo de maternidad/paternidad como la única variable significativa en la disposición de recurrir a Técnicas de Reproducción Asistida.

En conclusión, las Técnicas de Reproducción Asistida deben entenderse no solo como recursos biomédicos, sino como fenómenos atravesados por desigualdades de género, clase y poder. Este estudio, aunque limitado por la homogeneidad de la muestra, refuerza la necesidad de un enfoque interseccional que integre dimensiones feministas, socioeconómicas y culturales para avanzar hacia políticas reproductivas más inclusivas y equitativas.

Palabras clave: Feminismo; Nivel socioeconómico; Técnicas de Reproducción Asistida; Vitrificación de ovocitos; Diagnóstico Genético Preimplantacional; Justicia reproductiva.

INTRODUCCIÓN

La RAE (Real Academia Española) define el feminismo como la doctrina social favorable a la mujer, a quien concede capacidad y derechos reservados anteriormente a los hombres y también como movimiento que exige para las mujeres iguales derechos que para los hombres. Su objetivo principal es eliminar las barreras que limitan el desarrollo integral y la autonomía de las mujeres, particularmente en ámbitos clave como la educación, el trabajo y la salud reproductiva. Aunque sus inicios se remontan a las luchas por el sufragio y los derechos civiles en los siglos XVIII y XIX, fue durante el siglo XX, con la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral y el acceso a la educación superior (Johnson, 2020), cuando el feminismo cobró un impulso decisivo. Este proceso no solo modificó la posición social y económica de las mujeres, sino que les otorgó un mayor poder adquisitivo, generando una estrecha relación entre feminismo y nivel socioeconómico.

En el ámbito académico y científico, el recorrido de la mujer ha sido igualmente arduo. Pese a que figuras como Ada Lovelace (1815-1852), considerada la primera programadora de la historia, Marie Curie (1867-1934), pionera en el estudio de la radioactividad y primera persona en recibir dos premios Nobel, Margarita Salas (1938-2019), referente en biología molecular en España, y muchas otras mujeres han realizado contribuciones fundamentales, la historia científica está marcada por la invisibilización y el robo de logros a mujeres científicas como Nettie Stevens (1861-1912), descubridora del papel de los cromosomas sexuales en la determinación del sexo, o Rosalind Franklin (1920-1958), cuyas imágenes de difracción de rayos X fueron esenciales para el descubrimiento de la estructura del ADN. Un fenómeno que refleja la persistencia del patriarcado en el conocimiento y la producción académica. De hecho, este prejuicio es llamado “efecto Matilda”, y es descrito como la tendencia a menospreciar los logros científicos si han sido llevados a cabo por mujeres (Rossiter, 1993). Este contexto también impacta en el acceso a tecnologías médicas avanzadas y la participación femenina en su desarrollo, incluido el campo de las Técnicas de Reproducción Asistida.

Desde una perspectiva feminista, el cuerpo de la mujer ha sido históricamente objeto de control, medicalización y regulación social (MacKay, 2020). En este contexto, el feminismo ha desempeñado un papel central al reivindicar el derecho a decidir sobre la maternidad y al

visibilizar los condicionamientos sociales que influyen en dicha decisión. La incorporación masiva de la mujer al mundo laboral y académico a finales del siglo XX ha transformado el calendario reproductivo tradicional, promoviendo un deseo gestacional más tardío, que en muchos casos entra en tensión con los límites biológicos de la fertilidad (Waldenström, 2016; De Clercq et al., 2023).

Este empoderamiento ha permitido a las mujeres tomar decisiones más autónomas respecto a su maternidad, implicando nuevos retos. La postergación del deseo gestacional se asocia con la búsqueda de estabilidad profesional y económica, lo que a su vez repercute en la necesidad y el uso creciente de Técnicas de Reproducción Asistida (Waldenström, 2016; Yurchuk et al., 2023; Schmid et al., 2025). Entre estas técnicas, la criopreservación de ovocitos de carácter social ha emergido como una estrategia cada vez más popular para preservar la fertilidad en un contexto de maternidad tardía. Estudios recientes en países de habla alemana, por ejemplo, han demostrado que la decisión de realizar este procedimiento no depende únicamente de factores médicos o económicos, sino también de motivaciones psicológicas profundas como el bienestar emocional, la percepción de apoyo social y la actitud hacia la maternidad (Schmid et al., 2025; Chehimi et al., 2025). Las mujeres que optan por esta técnica tienden a mostrar mayor conciencia sobre la pérdida de fertilidad con la edad, mayor preocupación reproductiva y una planificación activa de su futuro.

Por otra parte, el diagnóstico genético preimplantacional (DGP) representa otro avance crucial en la reproducción asistida incrementando las tasas de éxito y reduciendo riesgos de enfermedades genéticas. Existen tres tipos de DGP: DGP-A (Diagnóstico Genético Preimplantacional para Aneuploidías), detecta alteraciones en el número de cromosomas; DGP-SR (Diagnóstico Genético Preimplantacional para Reordenamientos Estructurales), detecta anomalías estructurales en los cromosomas como traslocaciones o inversiones; y DGP-M (Diagnóstico Genético Preimplantacional para Enfermedades Monogénicas), identifica embriones afectados por una enfermedad genética hereditaria causada por un único gen (Krahn & Wong, 2009; Yurchuk et al., 2023).

No obstante, el acceso a estas tecnologías punta está condicionado por múltiples factores, entre los que destacan el nivel socioeconómico y académico de las pacientes. Estudios previos muestran que mujeres con mayores recursos económicos y mejor formación educativa son quienes más frecuentemente acceden y utilizan estas técnicas, evidenciando

una brecha importante que se traduce en desigualdades reproductivas (Goisis et al., 2024; Brautsch et al., 2023; Shin et al., 2020; Galic et al., 2020).

El alto coste económico de los tratamientos de reproducción asistida es un factor determinante en esta desigualdad. Un ciclo de fecundación in vitro (FIV), que puede incluir el proceso de estimulación ovárica, la extracción de ovocitos, la fecundación y la transferencia embrionaria, suele oscilar entre 4000 y 6000 euros, sin contar medicamentos y pruebas complementarias (Sociedad Española de Fertilidad [SEF]). La vitrificación de ovocitos, por su parte, representa también una inversión económica considerable, lo que hace que este recurso esté al alcance principalmente de mujeres con poder adquisitivo elevado o con acceso a sistemas públicos de salud que lo financien parcialmente. Esta realidad revela que, pese a los avances tecnológicos, el uso de TRA sigue siendo un privilegio asociado al estatus socioeconómico y académico.

Además, el feminismo ha planteado debates críticos sobre cómo estas tecnologías pueden influir en la autonomía reproductiva. Mientras que algunas voces feministas ven en las TRA un instrumento de liberación, que permite a las mujeres ejercer control sobre su fertilidad y maternidad, otras alertan sobre los riesgos de que se reproduzcan dinámicas de control, mercantilización y exclusión (MacKay, 2020; Räsänen, 2024). Este análisis se complementa con estudios que evidencian que las decisiones reproductivas están profundamente marcadas por factores sociales, emocionales y culturales, y que las TRA no deben considerarse como soluciones individuales aisladas, sino como fenómenos integrados en contextos sociales complejos.

En resumen, la intersección entre feminismo, nivel socioeconómico y desarrollo de las técnicas de reproducción asistida configura un campo de estudio fundamental para comprender las barreras y oportunidades que enfrentan las mujeres en el ejercicio de su autonomía reproductiva.

Este trabajo se justifica en la necesidad de articular una mirada interseccional y crítica que permita comprender cómo el feminismo y el nivel socioeconómico influyen en el acceso, uso y percepción de las Técnicas de Reproducción Asistida. A través de una revisión bibliográfica y de un análisis empírico basado en una encuesta propia, se busca aportar una reflexión profunda sobre las desigualdades reproductivas contemporáneas, contribuyendo así al debate

académico y a la formulación de políticas públicas más equitativas en el ámbito de la salud reproductiva (Álvarez & Marre, 2021; Senderowicz & Nandagiri, 2025).

OBJETIVOS

Este Trabajo de Fin de Máster tiene como propósito principal analizar cómo el feminismo y el nivel socioeconómico influyen en el uso, el acceso y el desarrollo de las Técnicas de Reproducción Asistida, con especial atención a la vitrificación de ovocitos de carácter social y al Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP). La investigación parte de la premisa donde las decisiones reproductivas están mediadas por múltiples factores estructurales, entre los que destacan la autonomía de las mujeres, su capital económico y su nivel educativo, así como los discursos sociales y científicos que modelan la maternidad de hoy en día.

De manera más específica, los objetivos del trabajo son los siguientes:

1. Explorar la evolución del pensamiento feminista en relación con la maternidad, el cuerpo y la tecnología reproductiva, destacando los últimos avances.
2. Analizar el papel del nivel socioeconómico (educación, ingresos, situación laboral) como factor condicionante del acceso a técnicas de reproducción asistida.
3. Estudiar críticamente la vitrificación de ovocitos de carácter social y el DGP como estrategias de planificación reproductiva en el contexto de la maternidad tardía.
4. Investigar las percepciones y experiencias de la población respecto al acceso y uso de Técnicas de Reproducción Asistida mediante una encuesta propia, evaluando como influyen factores como el feminismo, la edad, la estabilidad económica o la presión social.
5. Reflexionar sobre las implicaciones éticas, sociales y de justicia reproductiva que surgen del análisis conjunto de estos elementos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo combina una estrategia metodológica de carácter mixto, con un enfoque teórico crítico sustentado en una revisión bibliográfica exhaustiva, y una aproximación empírica exploratoria basada en la realización de una encuesta de elaboración propia. El objetivo ha sido integrar fuentes académicas especializadas con datos actuales sobre percepciones sociales en torno a las Técnicas de Reproducción Asistida, atendiendo especialmente a los ejes de feminismo y nivel socioeconómico.

1.- Revisión bibliográfica

La primera fase del trabajo consistió en una revisión bibliográfica sistematizada de la literatura científica reciente sobre feminismo, reproducción asistida, nivel socioeconómico y las desigualdades sociales en salud reproductiva asociadas a estos factores. Para ello se consultaron dos bases de datos académicas reconocidas por su rigor: *Web of Science* y *PubMed*. La búsqueda se realizó entre los meses de mayo y junio de 2025, utilizando los siguientes términos:

feminism, ART (Assisted Reproductive Technologies), oocyte vitrification, socioeconomic level y PGT (Preimplantation Genetic Testing)

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados entre 2010 y 2025
- Estudios en inglés y/o español
- Relevancia temática directa con el objeto de estudio (perspectiva de género, acceso socioeconómico, tecnologías reproductivas, maternidad tardía, vitrificación social de ovocitos)

Esta búsqueda permitió seleccionar un conjunto significativo de textos académicos, hasta un total de 20 artículos, que abordan el fenómeno reproductivo desde la bioética, la sociología del cuerpo, la salud pública, los estudios feministas y la medicina reproductiva.

2.- Estudio empírico: diseño y difusión de la encuesta

Complementariamente, se diseñó una encuesta original con el objetivo de recoger percepciones, actitudes y experiencias en torno a la reproducción asistida y su relación con factores como la autonomía personal, el nivel económico y la conciencia feminista, acompañada de un Consentimiento Informado del uso y fin de las respuestas.

La encuesta se realizó a través de Google Forms (**Anexo 1**) y fue difundida de una forma no probabilística mediante redes sociales, concretamente a través del perfil personal de *Instagram* de la autora del trabajo. Se obtuvieron un total de 102 respuestas válidas, correspondientes a población comprendida entre las edades de 16 y 45 años.

Los resultados obtenidos son de carácter exploratorio, con la intención de ilustrar tendencias, actitudes y opiniones comunes en un sector determinado de la población joven en edad reproductiva. Las variables analizadas incluyeron edad, nivel educativo, situación laboral, ideología feminista, conocimiento sobre Técnicas de Reproducción Asistida y conciliación laboral.

3.- Análisis estadístico

El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa *Jamovi (versión 2.6.24)*. Se aplicó un análisis descriptivo inicial (frecuencias y porcentajes para las variables categóricas; medias y desviaciones estándar para variables numéricas) con el fin de caracterizar la muestra.

Dado que el propósito del trabajo no es estrictamente cuantitativo, sino complementario a la revisión bibliográfica, el análisis inferencial se limitó a una regresión logística binaria exploratoria. El objetivo de este modelo fue identificar qué factores (sexo, edad, nivel educativo, posicionamiento frente al feminismo y número de TRA conocidas) se asocian de manera significativa o muestran una tendencia estadística hacia la disposición a utilizar técnicas de reproducción asistida.

4.- Enfoque metodológico

El enfoque general del trabajo se sitúa dentro de una metodología cualitativa de análisis crítico, orientada a identificar relaciones entre estructura social, género y biotecnología. La revisión teórica permite construir un marco conceptual sólido sobre las implicaciones feministas y socioeconómicas de las Técnicas de Reproducción Asistida, mientras que la encuesta aporta una dimensión empírica que visibiliza la perspectiva de un grupo de la población ante estas tecnologías.

Este diseño metodológico responde a la necesidad de situar la reproducción asistida no sólo como una práctica biomédica, sino como un fenómeno social atravesado por tensiones de clase, género y poder.

RESULTADOS

Resultados de la revisión bibliográfica

Perspectivas feministas sobre maternidad y reproducción asistida

La literatura revisada muestra que los debates feministas en torno a la maternidad y las Técnicas de Reproducción Asistida han oscilado entre la emancipación y la crítica al control social. Johnson, 2020 en un análisis cualitativo de discursos feministas, señala que las TRA han sido interpretadas tanto como una herramienta de liberación, al permitir mayor autonomía reproductiva, como un posible refuerzo de la medicalización y mercantilización del cuerpo femenino. Desde una perspectiva más radical, MacKay, 2020 plantea la ectogénesis como vía para liberar a las mujeres de lo que denomina la “tiranía de la reproducción” mientras que Räsänen, 2024 introduce el debate de extender la ectogestación a los hombres, cuestionando así la división sexual tradicional de la reproducción. A nivel sociológico, también se ha documentado cómo los mandatos sociales en torno a la maternidad refuerzan sentimiento de incompletitud femenina en contextos de infertilidad (Álvarez & Marre, 2021; Inhorn & Patrizio, 2015). Finalmente, Senderowicz y Nandagiri, 2025 recuerdan que, desde El Cairo en 1994, los debates internacionales han oscilado entre enfoques feministas de justicia reproductiva y políticas de control poblacional, compromisos que aún condicionan los programas de planificación familiar.

Nivel socioeconómico y desigualdades en el acceso a Técnicas de Reproducción Humana

Existe un consenso amplio en la literatura sobre el papel determinante del nivel socioeconómico en el acceso y uso de TRA. En Europa, Goisis et al., 2024, en un análisis comparativo de 12 países europeos, mostraron que la prevalencia de nacimientos tras TRA en mujeres con estudios universitarios alcanzaba el 6.2%, frente al 2.4% en las de menor nivel educativo. Brautsch et al., 2023, en un estudio con 68679 mujeres danesas registradas en Human Reproduction, hallaron que incluso en un sistema con cobertura pública persistían desigualdades: las mujeres con nivel educativo más alto tenían 1.3 veces más probabilidades de iniciar un tratamiento de fertilidad. Shin et al., 2020, en un estudio de cohorte nacional en Corea con 55691 mujeres diagnosticadas de infertilidad, evidenciaron que las de menor nivel socioeconómico tenían un 28% menos de probabilidades de lograr un parto exitoso tras el diagnóstico. Galic et al., 2020, en EEUU, reportaron que el 65% de las mujeres blancas

accedían a tratamientos de fertilidad, frente al 32% de las afroamericanas y 12% de las hispanas, reflejando desigualdades raciales y económicas. En el contexto español, Álvarez y Marre, 2021 introducen el concepto de “infertilidad estructural”, entendido como la imposibilidad de ser madre no por causas biológicas, sino por condicionantes sociales, laborales y de género. En su etnografía, describen como la precariedad laboral, la falta de conciliación y la inestabilidad económica actúan como barreras sistemáticas que retrasan o impiden la maternidad, especialmente en las clases medias urbanas, configurando un nuevo patrón demográfico tras el “baby boom”, es decir, el marcado aumento de la natalidad que se produjo en muchos países occidentales, incluida España, entre mediados de los años cuarenta y finales de los sesenta.

Tecnologías de preservación de fertilidad

El aumento de la maternidad tardía ha impulsado el interés en las tecnologías de preservación de la fertilidad, especialmente la vitrificación de ovocitos. Diversos estudios han mostrado que el perfil de las mujeres que recurren a esta técnica suele ser mayoritariamente solteras (alrededor del 70%), con estudios universitarios (más del 80%) y en muchos casos con empleo estable (Baldwin, 2019; Bozzaro, 2018). Estos datos coinciden con el patrón descrito en encuestas internacionales, donde la ausencia de pareja se identifica como la motivación principal en más de la mitad de los casos (Baldwin, 2019). En el ámbito bioético, algunos autores alertan de que describir el DGP como una solución definitiva puede enmascarar sus limitaciones reales y generar expectativas poco ajustadas, sobre todo en mujeres de edad avanzada (Bozzaro, 2018). En la práctica clínica, los avances en preservación de la fertilidad han mostrado resultados alentadores, aunque con un perfil de usuarias marcado por desigualdades de clase. En Francia, tras la inclusión del procedimiento en el sistema público, la mediana de edad fue de 35 años, el 72% de las mujeres eran solteras y el 68% pertenecían a una categoría socioprofesional alta; además, el 64% declaró que no habría considerado la técnica de no ser gratuita (Chehimi et al., 2025).

Edad reproductiva y maternidad/paternidad tardía

Diversos estudios muestran que retrasar la parentalidad incrementa riesgos médicos y sociales. Waldenström, 2016, en estudios de cohorte de Suecia y Noruega, muestran que retrasar la maternidad más allá de los 35 años se asocia con mayor probabilidad de complicaciones obstétricas, hipertensión durante el embarazo y síntomas de ansiedad.

Yurchuk et al., 2023, en su revisión sobre edad materna avanzada, concluyen que, aunque las TRA han mejorado, las tasas de éxito en mujeres mayor o igual de 42 años siguen siendo inferiores al 5% por ciclo. Desde la bioética, De Clercq et al., 2023 critican que el debate sobre la maternidad tardía está teñido de edadismo y proponen una narrativa alternativa basada en la vulnerabilidad como categoría feminista. Cabe señalar que estos estudios no contemplan específicamente el DGP, sino que se centran en el impacto de la edad/los factores sociales sobre la fertilidad y las TRA en general.

Inclusión y diversidad en el acceso a la fertilidad

El acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida no solo está mediado por factores socioeconómicos, sino también por la orientación sexual y la identidad de género. Diversos estudios y reportes han señalado que persisten barreras institucionales para la población de Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Queer o en cuestionamiento y otras diversidades (LGBTQ+), incluso en contextos de marcos legales de igualdad formal, reflejadas en la falta de protocolos inclusivos y en la invisibilización de parejas del mismo sexo y personas trans en la atención sanitaria (Baldwin, 2019; Inhorn & Patrizio, 2015)

En el contexto español, IVIRMA, 2023 destaca que entre el 50% y el 60% de las personas transgénero expresan el deseo de formar una familia, una proporción similar a la de las personas cisgénero, referido a personas cuya identidad de género sí coincide con el sexo asignado al nacer. Además, hasta el 76% considera la preservación de la fertilidad como una opción viable para cumplir ese deseo gestacional futuro. Sin embargo, la clínica advierte de los principales obstáculos que enfrentan: la falta de asesoramiento médico especializado, la necesidad de suspender temporalmente la terapia hormonal (lo que puede reactivar la disforia de género), los posibles efectos secundarios de las hormonas y la invasividad de algunos procedimientos (IVIRMA, 2023).

Estos hallazgos evidencian que, aunque el deseo reproductivo de la población transgénero es elevado y comparable al de la población cisgénero, persisten barreras médicas, psicológicas y protocolarias que dificultan el acceso efectivo a las TRA, lo que subraya la necesidad de políticas inclusivas y prácticas clínicas adaptadas.

Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP)

El diagnóstico genético preimplantacional ha sido evaluado tanto desde la bioética como desde la clínica. Krahn y Wong, 2009, en su análisis teórico, discuten la tensión entre el

enfoque libertario, que defiende la autonomía reproductiva, y el feminismo relacional, que advierte del riesgo de nuevas formas de control social. En el plano clínico, Yurchuk et al., 2023 señalan que el DGP-A permite identificar aneuploidías y mejorar las tasas de implantación en mujeres jóvenes; sin embargo, su eficacia en mujeres de edad materna avanzada sigue siendo objeto de debate, dado que las probabilidades de éxito se reducen drásticamente a partir de los 40 años. Desde la bioética, se ha advertido que presentar el DGP como una “solución” técnica puede ocultar sus limitaciones y reforzar expectativas poco realistas en pacientes de mayor edad (Bozzaro, 2018). Además, distintos estudios han subrayado que el acceso a estas tecnologías no depende solo de factores médicos, sino también de desigualdades socioeconómicas: investigaciones recientes evidencian que existen gradientes educativos y sociales en la utilización de TRA y en la posibilidad de beneficiarse de innovaciones como el DGP (Goisis et al., 2024; Brautsch et al., 2023). Esto sugiere que el debate sobre el DGP no puede separarse de consideraciones éticas más amplias sobre justicia reproductiva y equidad en el acceso a las tecnologías.

En conjunto, la literatura revisada evidencia que las técnicas de reproducción asistida se encuentran en la intersección de factores feminista, socioeconómicos, médicos y culturales. Mientras que el feminismo ofrece marcos críticos para cuestionar la medicalización y proponer alternativas de emancipación, el nivel socioeconómico emerge como un determinante central en el acceso y éxito de estas técnicas. Las nuevas tecnologías, como la vitrificación de ovocitos de carácter social o el diagnóstico genético preimplantacional, amplían las posibilidades reproductivas, pero también generan debates éticos y perpetúan desigualdades. La revisión confirma, por tanto, la necesidad de analizar las TRA desde un enfoque interseccional que integre género, clase y biomedicina.

Tras el análisis de la literatura, que confirma la importancia de factores feministas y socioeconómicos en el acceso a Técnicas de Reproducción Asistida, se presentan a continuación los resultados de la encuesta, con el fin de explorar en qué medida estas percepciones se reflejan en una muestra de población joven en edad reproductiva.

Resultados de la encuesta

○ Análisis descriptivo de la muestra

La encuesta contó con un total de 102 participantes, con un predominio femenino (64.7%, n=66) frente a un 35.3% de hombres (n=36).

En cuanto a la edad, el 59.8% (n=61) tenía más de 25 años, mientras que el 40,2% (n=41) se situaba en el grupo de 21-25 años.

Respecto al nivel de estudios, el 81.4% (n=83) poseía formación universitaria, frente a un 18.6% (n=19) con estudios secundarios u otros niveles.

En el ámbito familiar, la mayoría de la muestra no tenía hijos/as (88.2%, n=90), y solo el 11.8% (n=12) sí los tenía. En relación con las expectativas de futuro, el 66.7% manifestó que se plantea la maternidad/paternidad, mientras que un 33.3% no lo hace o no lo sabe. Entre quienes respondieron afirmativamente, la pregunta 7 mostró que la mayoría sitúa este proyecto en un futuro lejano, mientras que un porcentaje menor lo considera en el futuro inmediato o no lo tiene claro en este momento

En lo relativo a las Técnicas de Reproducción Asistida:

El 94.1% (n=96) afirmó conocerlas. La pregunta 9 permitió identificar qué procedimiento eran reconocidos por los participantes: las técnicas más mencionadas fueron la inseminación artificial y la fecundación in vitro, seguidas en menor medida por el ICSI, la donación de gametos y el método ROPA, mientras que la regeneración ovárica y la gestación subrogada fueron señaladas con menor frecuencia. El 66.7% (n=68) señaló estar dispuesto/a a recurrir a TRA en caso necesario.

Respecto a factores socioculturales:

- El 98% (n=100) consideró que el nivel económico influye en la decisión de tener hijos/as, mostrando un consenso casi unánime.
- Únicamente el 5.9% (n=6), percibió que la carga de la maternidad/paternidad es igualitaria en el ámbito laboral.
- Finalmente, el 92.2% (n=94) de los encuestados se declaró a favor del feminismo

Con el fin de caracterizar la muestra y explorar las percepciones en torno a la maternidad/paternidad y las Técnicas de Reproducción Asistida, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y socioculturales incluidas en la encuesta (n=102).

Dado que el objetivo de este apartado es ofrecer una visión clara y sintética de los principales resultados, los datos se presentan en forma de figuras que recogen tanto el número absoluto de participantes (n) como los porcentajes correspondientes. En la **Figura 1** se muestra la distribución de la muestra por sexo, mientras que la **Figura 2** refleja la distribución por edad. La **Figura 3** recoge el nivel educativo alcanzado y la **Figura 4** el posicionamiento frente al feminismo. La **Figura 5** presenta la situación actual respecto a la maternidad/paternidad, complementada por la **Figura 6**, que aborda las expectativas de maternidad/paternidad futura. En relación con el conocimiento y uso de las Técnicas de Reproducción Asistida, la **Figura 7** indica el grado de conocimiento y la **Figura 8** la disposición a recurrir a ellas en caso de necesidad. Finalmente, la **Figura 9** sintetiza la percepción sobre la influencia del nivel económico en la decisión de tener hijo/as, y la **Figura 10** muestra la percepción de igualdad laboral en la carga de la maternidad/paternidad.

Las tablas completas de frecuencias y descriptivos se incluyen en los Anexos para una consulta detallada.

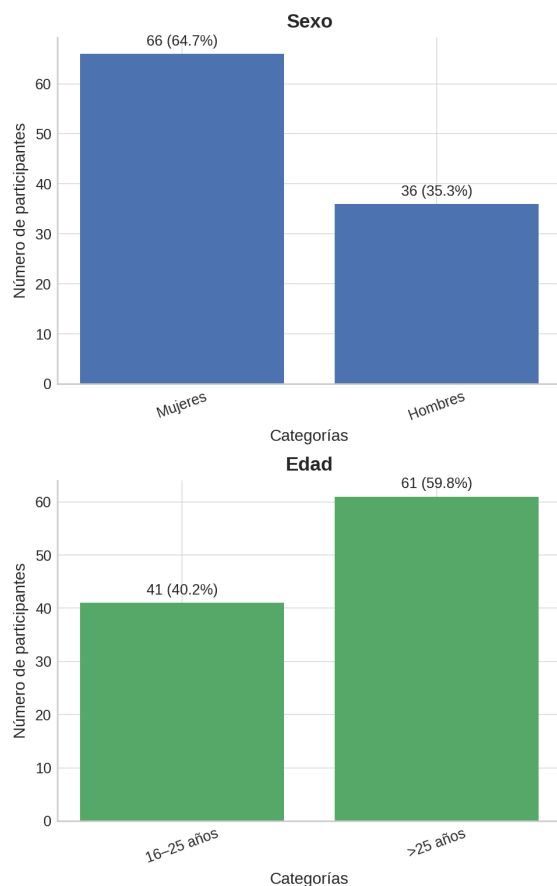


Figura 1. Distribución por sexo de la muestra (n=102).

Pregunta: “Sexo”. Variable recodificada en dos categorías: mujer (1) y hombre (0).

Figura 2. Distribución por edad de la muestra (n=102). Pregunta: “Edad”. Variable recodificada en dos categorías: 16-25 años (0) y > 25 años (1).

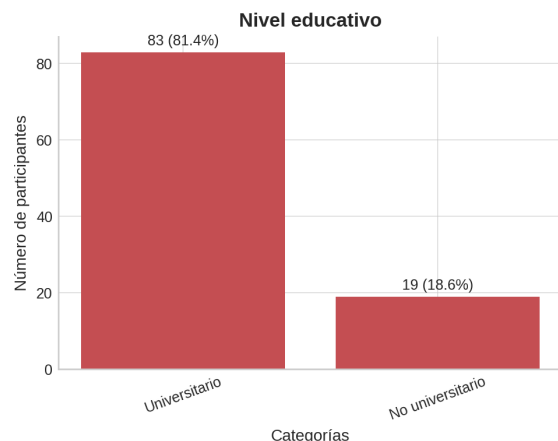


Figura 3. Nivel educativo de la muestra (n=102).

Pregunta: “Máximo nivel de estudios alcanzado”. Variable recodificada en dos categorías: universitario (1) y no universitario (0).

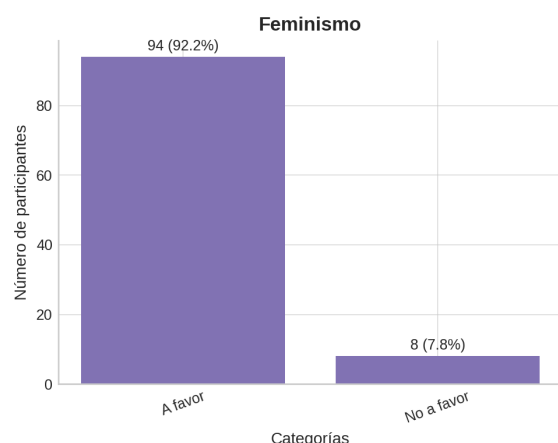


Figura 4. Posicionamiento frente al feminismo (n=102). Pregunta: “¿Te consideras a favor del feminismo?”. Variable recodificada en dos categorías: sí (1) y no (0).

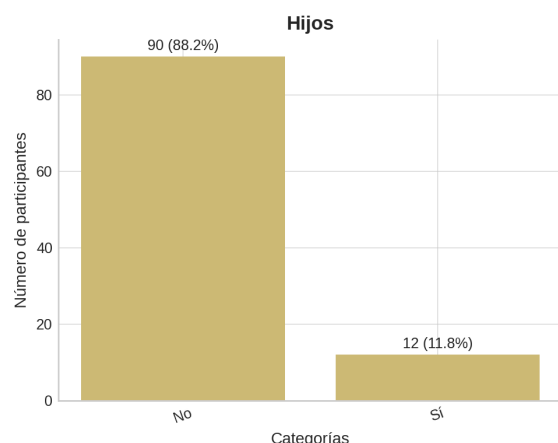


Figura 5. Situación respecto a la maternidad/paternidad (n=102)

Pregunta: “¿Tienes hijos/as?”. Variable recodificada en dos categorías: no (0) y sí (1).

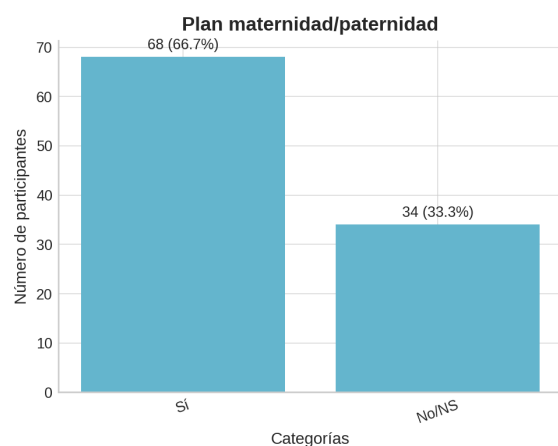


Figura 6. Expectativas de maternidad/paternidad futura (n=102).

Pregunta: “¿Te planteas tener hijos/as en el futuro?”. Variable recodificada en dos categorías: sí (1) y no/no sabe (0).

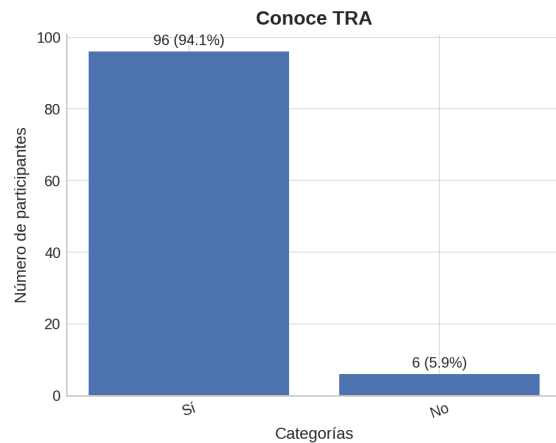


Figura 7. Conocimiento sobre Técnicas de Reproducción Asistida (n=102).

Pregunta: “¿Conoces las Técnicas de Reproducción Asistida?”. Variable recodificada en dos categorías: sí (1) y no (0)

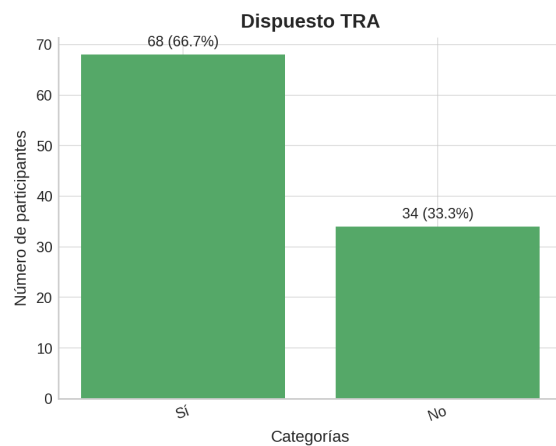


Figura 8. Disposición a recurrir a Técnicas de Reproducción Asistida (n=102).

Pregunta: “¿Recurrirías a las TRA en caso de necesidad?”. Variable recodificada en dos categorías: sí (1) y no (0).

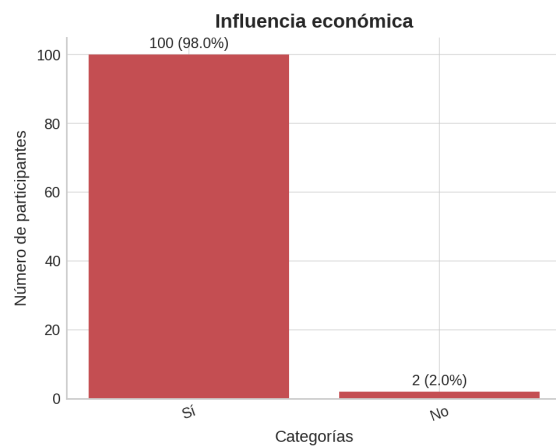


Figura 9. Influencia del nivel económico en la decisión de tener hijos/as (n=102).

Pregunta: “¿Crees que el nivel económico influye en la decisión de tener hijos/as?”. Variable recodificada en dos categorías: sí (1) y no (0).

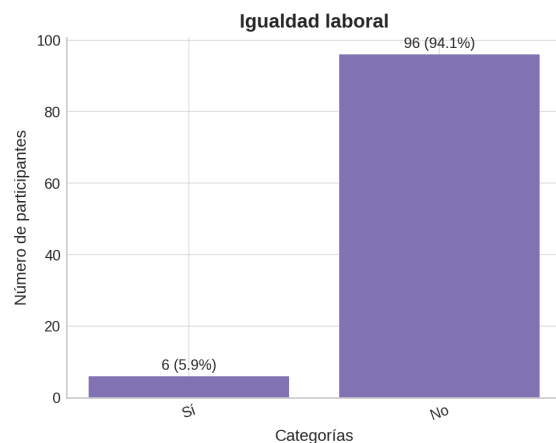


Figura 10. Percepción de igualdad laboral en la carga de la maternidad/paternidad (n=102).

Pregunta: “¿Consideras que la carga de la maternidad/paternidad es igualitaria en el ámbito laboral?”. Variable recodificada en dos categorías: sí (1) y no (0)

○ Regresión binomial

En el marco de este trabajo, cuyo objetivo es analizar la relación entre feminismo, nivel socioeconómico y Técnicas de Reproducción Asistida, se consideró que la variable más adecuada como resultado principal debía reflejar directamente la decisión potencial de las personas respecto al uso de dichas técnicas. Por ello, se seleccionó la variable “*disposición a recurrir a TRA*” como variable dependiente del análisis multivariable.

Esta elección responde que la mera opinión sobre el feminismo o la percepción de la igualdad laboral son factores relevantes, pero no representan en sí mismos el acto o intención reproductiva. En cambio, la disposición a recurrir a TRA constituye un indicador concreto de actitud y potencial comportamiento, lo que permite establecer vínculos más directos entre los determinantes sociodemográficos, actitudinales y la reproducción asistida. Además, en coherencia con la literatura revisada, la decisión de recurrir a TRA depende en gran medida de factores como el nivel socioeconómico, las expectativas de maternidad/paternidad y los discursos de géneros (Baldwin, 2019; Inhorn & Patrizio, 2015; Bozzaro, 2018).

A partir de esta variable dependiente, se plantearon distintos modelos de regresión logística binomial para identificar qué factores podían estar influyendo en la disposición a recurrir a TRA. En todos los casos, se consideró como **nivel de significación estadística $p < 0.05$**

Con el fin de no sobrecargar el texto principal los outputs completos de los modelos de regresión logística generados en Jamovi (tablas con coeficientes, errores estándar, estadístico de ajuste y valores exactos de p se presentan en los *Anexos*. En este apartado se muestran únicamente los resultados principales, junto con la tabla comparativa resumen (Tabla 1) y los gráficos correspondientes (Figuras 11-14)

1. *Modelo inicial en la muestra total*

El primer modelo incluyó como variables independientes: sexo, edad, nivel de estudios, tener hijos/as, conocimiento de TRA, percepción de igualdad laboral, posicionamiento frente al feminismo, percepción de la influencia del nivel económico y planteamiento de maternidad/paternidad

El modelo mostró un ajuste moderado (R^2 de Nagelkerke=0.199; AIC=134). Entre las variables introducidas, únicamente el **planteamiento de maternidad/paternidad** se comportó como una variable estadísticamente significativa (**OR=0.27; IC95%: 0.09-0.77; $p=0.014$**). Este resultado indica que los participantes que **no se planteaban ser madres/**

padres tenían una probabilidad significativamente menor de mostrar disposición a recurrir a TRA, lo que refuerza la idea de que el deseo de maternidad es un determinante central en la decisión de usar estas técnicas.

En cambio variables como sexo, edad, estudios, feminismo o igualdad laboral no alcanzaron significación estadística. Por su parte, las variables de nivel económico, conocimiento de TRA y tener hijos/as mostraron problemas de estimación: debido a la escasa variabilidad de las respuestas (98% afirmó que el nivel económico influye; 94% declaró conocer las TRA; solo el 12% tenía hijos/as), los odds ratios resultaron extremos, con intervalos infinitos o sin valor interpretativo.

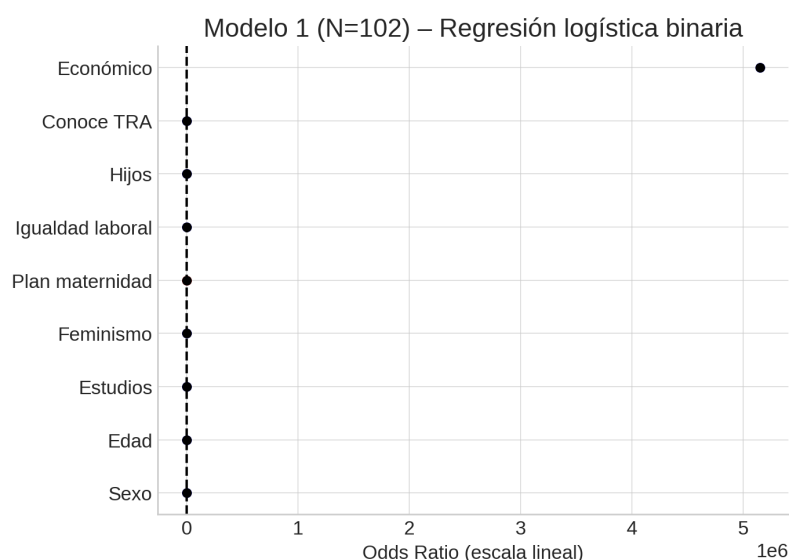


Figura 11. Resultados de la regresión logística binaria (Modelo 1, N=102). Se muestran las Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza al 95% para las variables predictoras de las disposición a recurrir a TRA. La variable *planteamiento de maternidad/paternidad* alcanzó significación estadística ($p<0.05$)

2. Modelo reducido en la muestra total

Con el fin de obtener un modelo más parsimonioso y estable, se excluyeron las variables problemáticas (nivel económico, conoce TRA, tiene hijos/as) y se mantuvieron: sexo, edad, estudios, igualdad laboral, feminismo y planteamiento de maternidad/paternidad.

En este modelo reducido, el ajuste siguió siendo adecuado (R^2 de Nagelkerke=0.144; AIC=133). Nuevamente, el **planteamiento de maternidad/paternidad** fue la única variable significativa (**OR=0.36; IC95%: 0.14-0.90; $p=0.029$**), confirmando que el deseo de tener hijos/as condiciona de manera determinante la predisposición al uso de TRA.

El resto de variables no alcanzaron significación estadística, aunque se observaron tendencias no concluyentes: las mujeres (OR=0.60), los universitarios (OR=0.5) y los participantes que se declaraban feministas (OR=0.4) mostraron menor disposición relativa

a recurrir a TRA, si bien sin diferencias estadísticamente significativas.

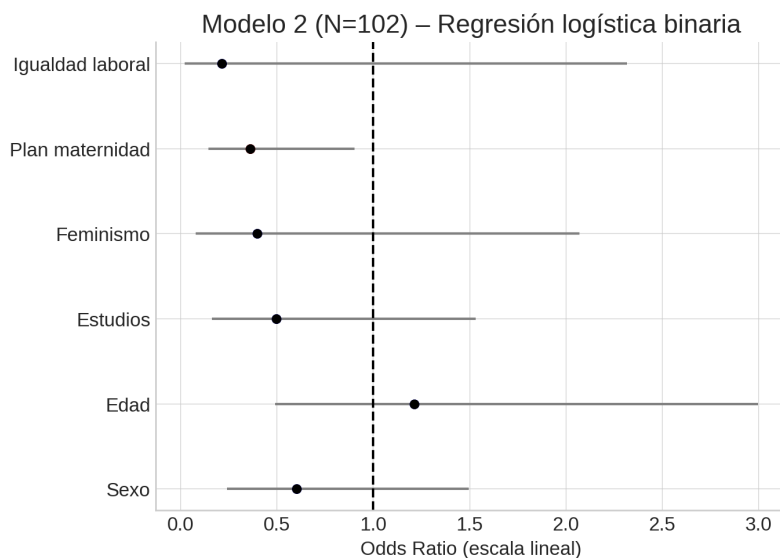


Figura 12. Resultados de la regresión logística binaria (Modelo 2, N=102). Resultados del modelo reducido. Únicamente las variables *planteamiento de maternidad/paternidad* mantuvo significación estadística ($p < 0.05$)

3. Modelo inicial en mujeres

Dado que las decisiones sobre maternidad y el uso de TRA afectan de manera más directa a las mujeres, se realizó un análisis restringido a la submuestra de participantes femeninas ($n=66$; 64.7% de la muestra total). Este subgrupo se definió considerando la variable **sexo**, tomando únicamente a las encuestadas que se identificaron como mujeres en la pregunta sociodemográfica inicial.

En el modelo inicial, que incluyó todas las variables, se obtuvo un ajuste aceptable (R^2 de Nagelkerke=0.224; AIC=84.3). El **planteamiento de maternidad/paternidad** volvió a mostrarse como la variable más relevante, con un **OR=0.24** y **p=0.052** (tendencia cercana a la significación). Sin embargo, las variables de nivel económico, conocimiento de TRA e hijos/as tenidos volvieron a presentar problemas de separación estadística, lo que justificó su exclusión en el modelo reducido.

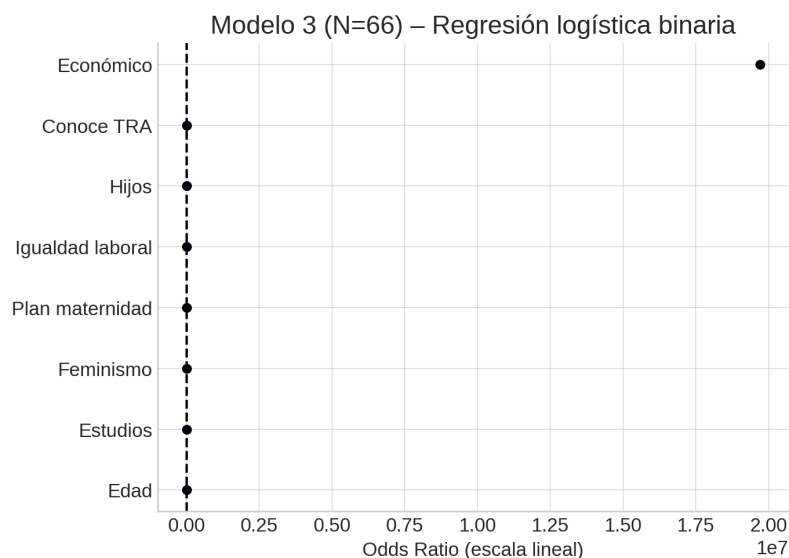


Figura 13. Resultados de la regresión logística binaria (Modelo 3, N=66). Modelo con submuestra reducida a mujeres. Ninguna variable alcanzó significación estadística ($p < 0.05$), si bien el *planteamiento de maternidad/paternidad* mostró una tendencia a la significación ($p = 0.052$)

4. Modelo reducido en mujeres

Tras excluir las variables problemáticas, el modelo final en mujeres incluyó: edad, estudios, igualdad laboral, posición frente al feminismo y planteamiento de maternidad/paternidad.

El modelo explicó una parte limitada de la varianza (R^2 de Nagelkerke=0.164; AIC=81.4). En este caso, el **planteamiento de maternidad/paternidad** alcanzó significación estadística (**OR=0.21; IC95%: 0.02-2.35; $p=0.015$**), consolidándose como la única variable relevante de la disposición a recurrir a TRA en la submuestra femenina. El resto de variables no mostraron asociaciones significativas.

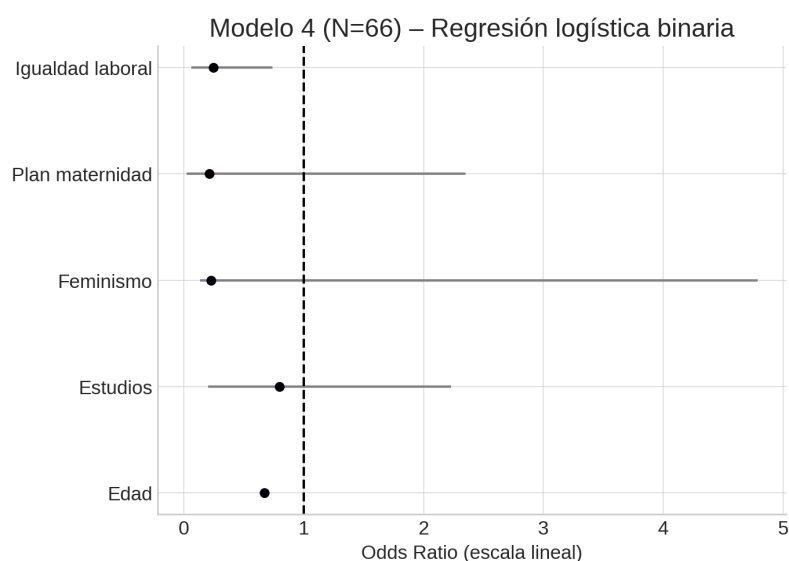


Figura 14. Resultados de la regresión logística binaria (Modelo 4, N=66). Modelo reducido en la submuestra de mujeres. La variable *planteamiento de maternidad/paternidad* fue nuevamente significativa ($p = 0.015$)

En los distintos modelos, tanto en la muestra total como en la submuestra de mujeres, el **planteamiento de maternidad/paternidad emergió como la principal y única variable significativa de la disposición a recurrir a TRA**. En cambio, variables como sexo, edad, nivel educativo, posicionamiento frente al feminismo y percepción de igualdad laboral no mostraron una influencia significativa en la disposición a recurrir a TRA en esta muestra concreta. Aunque en algunos casos se apreciaron tendencias (menor disposición en mujeres, universitarios y feministas), estas no alcanzaron los umbrales de significación estadística.

Las variables de nivel económico, conocimiento de TRA y tener hijos/as fueron excluidas de los modelos finales por su escasa variabilidad y los problemas de estimación (coeficientes extremos, intervalos infinitos). No obstante, los análisis descriptivos evidenciaron un consenso prácticamente unánime sobre la influencia del nivel económico (98%) y un amplio conocimiento de las TRA (94%), lo cual constituye en sí mismo un hallazgo relevante.

En conjunto, los resultados indican que en esta muestra la **decisión de recurrir a TRA depende fundamentalmente del deseo de maternidad/paternidad**, mientras que otros factores sociodemográficos y actitudinales no se asociaron de forma significativa. Esta falta de asociación probablemente se deba tanto a la homogeneidad de la muestra como al tamaño limitado de la misma, lo que reduce la variabilidad y el poder estadístico de los análisis.

Modelo	Variable significativa	OR	IC95%	p	R ² Nagelkerke	AIC
Modelo 1 (N=102)	Planteamiento maternidad/paternidad	0.27	0.09-0.77	0,014	0,199	134.0
Modelo 2 (N=102)	Planteamiento maternidad/paternidad	0.36	0.14-0.90	0,029	0,144	133.0
Modelo 3 (N=66, mujeres)	Ninguna (tendencia: plan maternidad, p=0.052)	0.24	-	0,052	0,224	84.3
Modelo 4 (N=66, mujeres)	Planteamiento maternidad/paternidad	0.21	0.02-2.35	0,015	0,164	81.4

Tabla 1. Resumen comparativo de los modelos de regresión logística binaria (N=102 y subgrupo mujeres, N=66). Nota: OR= Odds Ratio; IC95%= Intervalo de Confianza al 95%; AIC= Criterio de Información de Akaike.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación evidencian que, en la muestra analizada, la disposición a recurrir a Técnicas de Reproducción Asistida se encuentra fuertemente condicionada por el planteamiento de maternidad/paternidad. Este hallazgo es coherente con estudios previos que señalan el deseo reproductivo como un factor determinante en la búsqueda de asistencia médica (Inhorn & Patrizio, 2015; Baldwin, 2019). En todos los modelos, tanto en la muestra total como en el análisis específico en mujeres, esta variable fue la única que alcanzó significación estadística, confirmando su papel central.

El análisis de la literatura confirma que el acceso y el uso de las TRA están atravesados por determinantes socioeconómicos y de género, que condicionan tanto la posibilidad de recurrir a ellas como los significados que adquieren en la experiencia reproductiva. Diversos estudios han señalado que el nivel socioeconómico constituye un factor central en la decisión de utilizar estas técnicas, dado que en contextos con cobertura pública limitada, los costes económicos asociados a procedimientos como la vitrificación de ovocitos o el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP), actúan como barreras que favorecen a las mujeres y parejas con mayores recursos y excluyen a quienes se encuentran en situaciones precarias (De Clercq et al., 2023; Goisis et al., 2024; Brautsch et al., 2023). Inhorn & Patrizio (2015) describen este fenómeno como una forma de “estratificación reproductiva”, en la que el acceso a los avances biomédicos no es universal, sino dependiente de la clase social y la capacidad económica. En este sentido, los resultados de la encuesta refuerzan dicho planteamiento: el 98% (n=100) de los participantes consideró que el nivel económico influye en la decisión de tener hijos/as. Aunque la falta de variabilidad en las respuestas impidió incluir esta variable en los modelos de regresión, el consenso alcanzado constituye un hallazgo en sí mismo y refleja que, para esta población joven, la reproducción asistida se percibe como un recurso inevitablemente mediado por la situación económica.

El feminismo ha aportado marcos teóricos esenciales para comprender la relación entre autonomía, género y reproducción asistida. Desde una lectura optimista, la vitrificación de ovocitos con carácter social y el aplazamiento de la maternidad se interpretan como mecanismos de empoderamiento, que permiten a las mujeres gestionar sus proyectos vitales y profesionales en un contexto marcado por la falta de conciliación laboral y la presión del

mercado (Baldwin, 2019; Bozzaro, 2018). Sin embargo, coexisten planteamientos críticos que advierten que estas prácticas refuerzan la medicalización del cuerpo femenino y están fuertemente mediadas por lógicas de mercado, lo que puede acentuar desigualdades de género y clase (Chehimi et al., 2025). En esta misma línea, se ha señalado que, aunque las TRA pueden considerarse avances en los derechos reproductivos, también generan nuevos dilemas vinculados con la mercantilización de la reproducción y con la sustitución de cambios sociales estructurales por soluciones tecnológicas individuales (Inhorn & Patrizio, 2015). Los resultados de la encuesta se insertan en este debate: aunque el 92.2% (n=94) de los encuestados se declaró a favor del feminismo, esta variable no apareció como significativa en la disposición a recurrir a TRA, observándose incluso una ligera tendencia hacia menor predisposición entre quienes se definieron como feministas. Esta aparente contradicción refleja las ambivalencias del discurso feminista en torno a la reproducción asistida: apoyar el feminismo no implica necesariamente aceptar estas tecnologías como una solución emancipadora, sino que puede coexistir con visiones críticas hacia la medicalización y la influencia del mercado.

Otro de los ejes identificados en la literatura es la persistencia de las desigualdades de género en el ámbito laboral y su impacto en la maternidad diferida y en la demanda de TRA. Diversos estudios han señalado que la falta de políticas de conciliación y el coste laboral desproporcionado que implica la maternidad para las mujeres contribuyen a retrasar la decisión de tener hijos/as, aumentando la necesidad de recurrir a técnicas médicas (De Clercq et al., 2023; Goisis et al., 2024). La encuesta coincide con esta evidencia: únicamente el 5.9% (n=6) de los participantes percibió igualdad en la carga laboral de la maternidad/paternidad. Aunque esta variable solo se aproximó a la significación en los modelos iniciales y perdió relevancia en los modelos reducidos, refleja la vigencia de las barreras estructurales descritas por la bibliografía.

En cuanto al análisis específico en mujeres, se construyó una submuestra (n=66; 64.7% de la muestra total), definida a partir de la variable sociodemográfica “sexo”, incluyendo únicamente a las participantes que se identificaron como mujeres en la encuesta. Este análisis diferenciado se justificó porque las decisiones sobre maternidad y el recurso a TRA afectan de manera más directa a las mujeres, quienes además son las principales protagonistas de los procesos biomédicos asociados a estas técnicas. En este subgrupo, el planteamiento de

maternidad volvió a consolidarse como la variable significativa de la disposición a recurrir a TRA, confirmando la relevancia del deseo reproductivo femenino como factor de decisión.

Más allá de los condicionantes estructurales, la literatura coincide en señalar el deseo de maternidad como motor fundamental de búsqueda de asistencia reproductiva (Inhorn & Patrizio, 2015; Baldwin, 2019). Este aspecto fue corroborado por la regresión logística: quienes no se planteaban tener hijos/as mostraron una probabilidad significativamente menor de recurrir a TRA. Incluso en un contexto en que los factores económicos y de género son decisivos, el deseo reproductivo individual constituye la condición básica para activar el acceso a estas técnicas.

Los hallazgos deben interpretarse considerando ciertas limitaciones metodológicas. La muestra fue reducida y homogénea, con predominio de mujeres jóvenes, universitarias y con alta adhesión al feminismo, lo que limita la variabilidad de algunas variables y reduce la potencia estadística de los modelos. Además, la difusión de la encuesta a través de redes sociales puede haber introducido un sesgo de selección hacia personas con mayor acceso digital y afinidad con la temática.

A pesar de estas limitaciones, este trabajo aporta un complemento empírico a la literatura revisada, reforzando los principales ejes identificados: la centralidad del nivel socioeconómico, las tensiones feministas entre autonomía y medicalización, la falta de igualdad laboral y la importancia del deseo de maternidad/paternidad como motor decisivo.

En conjunto, la discusión de los resultados confirma lo señalado por la literatura internacional: las TRA se sitúan en la intersección entre factores estructurales y motivaciones individuales. Mientras que en el nivel económico y las desigualdades de género en el trabajo actúan como determinantes que limitan o facilitan el acceso, el feminismo ofrece un marco crítico que visibiliza tanto las posibilidades emancipadoras como los riesgos de mercantilización. La encuesta, aún con sus limitaciones, refuerza esta lectura al mostrar un consenso sobre la influencia del nivel económico, una baja percepción de igualdad laboral y la centralidad del deseo de maternidad/paternidad como condición necesaria para recurrir a las TRA.

CONCLUSIONES

1. El análisis conjunto de la literatura y de la encuesta confirma que el nivel socioeconómico constituye un determinante central en el acceso y uso de las Técnicas de Reproducción Asistida. Aunque esta variable no pudo incluirse en los modelos de regresión por la escasa variabilidad de las respuestas, el 98% (n=100) de los encuestados reconoció que los recursos económicos condicionan la decisión de tener hijos/as, lo que refleja un consenso prácticamente unánime en torno a la influencia de las desigualdades económicas en la reproducción asistida.
2. El feminismo ofrece un marco crítico esencial para comprender las tensiones entre autonomía reproductiva y medicalización del cuerpo femenino. Si bien el 92.2% (n=94) de la muestra se declaró a favor del feminismo, esta variable no mostró una asociación significativa con la disposición a recurrir a TRA. Este hallazgo refleja la diversidad de posturas alrededor de la reproducción asistida dentro del propio feminismo, que oscila entre su valoración como herramienta de empoderamiento y las críticas hacia su dependencia del mercado biomédico.
3. La vitrificación de ovocitos de carácter social y el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) representan avances tecnológicos que amplían las posibilidades de planificación reproductiva en un contexto de maternidad tardía. Sin embargo, la literatura revisada señala que su acceso sigue condicionado por factores socioeconómicos y que generan debates éticos sobre la medicalización del cuerpo, las expectativas reproductivas y el riesgo de promover desigualdades. Este hallazgo resalta la necesidad de analizarlos no solo desde su eficacia clínica, sino también desde una perspectiva crítica e interseccional que incorpore las dimensiones feministas y de clase social.
4. La edad se mostró como un factor que influye en las percepciones y actitudes hacia la reproducción asistida. Los resultados de la encuesta reflejaron que la mayoría de las personas jóvenes manifestaron una mayor disposición a recurrir a TRA en caso de necesidad, mientras que en los grupos de mayor edad predominó la incertidumbre o una visión más crítica. Aunque esta variable no resultó significativa en los modelos de regresión, su análisis descriptivo sugiere que la edad constituye un determinante relevante

en la planificación reproductiva, en consonancia con la literatura que documenta el retraso de la parentalidad y sus implicaciones médicas y sociales.

5. El deseo de maternidad/paternidad emergió como la variable más relevante en todos los modelos de regresión logística. Aquellas personas que no se planteaban tener hijo/as mostraron una probabilidad significativamente menor de recurrir a TRA (OR= 0.27; IC95%= 0.09-0.77; $p= 0.014$ en el modelo inicial). Este resultado confirma la centralidad de la motivación reproductiva individual en la toma de decisiones, más allá de factores sociodemográficos o ideológicos.
6. La encuesta evidenció una baja percepción de igualdad laboral en relación con la maternidad/paternidad: únicamente el 5.9% ($n=6$) consideró que la distribución es equitativa. Este dato subraya la persistencia de barreras estructurales en el mercado laboral, que refuerzan la carga desproporcionada de la maternidad sobre las mujeres y condicionan indirectamente la demanda de TRA.
7. En conjunto, los resultados sugieren que las Técnicas de Reproducción Asistida no pueden entenderse únicamente como recursos biomédicos, sino como fenómenos atravesados por desigualdades de clase, género y poder. Avanzar hacia un acceso equitativo requiere políticas de salud reproductiva más inclusivas, que reduzcan las barreras económicas y promuevan condiciones laborales que faciliten la conciliación familiar.
8. A pesar de sus limitaciones metodológicas (muestra reducida, homogénea y obtenida mediante redes sociales), este estudio aporta evidencia exploratoria que refuerza la necesidad de abordar la reproducción asistida desde un enfoque interseccional, integrando dimensiones feministas, socioeconómicas y culturales. Investigaciones futuras con muestras más amplias y diversas permitirán profundizar en estas relaciones y ofrecer conclusiones de mayor alcance.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson, M. C. (2020). Arts and the debates in the feminist reproduction academy: Power relations and technology [Las TRHA y los debates en la academia feminista sobre reproducción: relaciones de poder y tecnología]. *Feminismo/s*, 35, 263–289 <https://doi.org/10.14198/fem.2020.35.10>
2. Rossiter, M. W. (1993). The Matthew Matilda Effect in Science. *Social Studies of Science*, 23(2), 325–341 <https://doi.org/10.1177/030631293023002004>
3. MacKay, K. (2020). The ‘tyranny of reproduction’: Could ectogenesis further women’s liberation? *Bioethics*, 34(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/bioe.12706>
4. Waldenström, U. (2016). Postponing parenthood to advanced age. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 121(4), 241–244. <https://doi.org/10.1080/03009734.2016.1201553>
5. De Clercq, E., Martani, A., Vulliamoz, N., Elger, B. S., & Wangmo, T. (2023). Rethinking advanced motherhood: A new ethical narrative. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 26, 591–603. <https://doi.org/10.1007/s11019-023-10172-w>
6. Yurchuk, T., Petrushko, M., & Fuller, B. (2023). State of the art in assisted reproductive technologies for patients with advanced maternal age. *Zygote*, 31(2), 149–156. <https://doi.org/10.1017/S0967199422000624>
7. Schmid, J. J., Weber, S., & Ehlert, U. (2025). Who freezes her eggs and why? Psychological predictors, reasons, and outcomes of social egg freezing. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 23(7). <https://doi.org/10.1186/s12958-024-01342-3>
8. Chehimi, M., Boursier, A., Lefebvre-Khalil, V., Decanter, C., Keller, L., Fournier, V., & Barbotin, A.-L. (2025). Sociodemographic profile of women seeking elective egg freezing when financed by the public healthcare system. *Reproductive BioMedicine Online*, 50(5), 104705. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2024.104705>
9. Krahn, T., & Wong, S. I. (2009). Preimplantation genetic diagnosis and reproductive autonomy. *Reproductive BioMedicine Online*, 19(Suppl. 2), 34–42. [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)60275-1](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)60275-1)
10. Goisis, A., Fallesen, P., Seiz, M., Salazar, L., Eremenko, T., & Cozzani, M. (2024). Educational gradients in the prevalence of medically assisted reproduction births in a

- comparative perspective. *Fertility and Sterility*, 121(6), 1234–1245. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.05.149>
11. Brautsch, L. A. S., Voss, I., Schmidt, L., & Vassard, D. (2023). Social disparities in the use of ART treatment: A national register-based cross-sectional study among women in Denmark. *Human Reproduction*, 38(3), 503–510. <https://doi.org/10.1093/humrep/deac247>
 12. Shin, J., Lee, S. G., Park, E.-C., & Nam, J. Y. (2020). Socioeconomic status and successful delivery after an infertility diagnosis: A nationwide health insurance cohort study in Korea conducted from 2005 to 2013. *Journal of Korean Medical Science*, 35(39), e341. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e341>
 13. Galic, I., Negris, O., Warren, C., Brown, D., Bozen, A., & Jain, T. (2020). Disparities in access to fertility care: Who's in and who's out. *F&S Reports*, 1(2), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.xfre.2020.11.001>
 14. Räsänen, J. (2024). Ectogestation for men: Why aren't we talking about it? *Journal of Medical Ethics*, 50(2), 119–123. <https://doi.org/10.1136/jme-2024-110128>
 15. Alvarez, B., & Marre, D. (2021). Motherhood in Spain: From the “Baby Boom” to “Structural Infertility.” *Medical Anthropology*, 41(6–7), 718–731. <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1961246>
 16. Senderowicz, L., & Nandagiri, R. (2025). Thirty years of ‘strange bedmates’: The ICPD and the nexus of population control, feminism, and family planning. *Population Studies*. <https://doi.org/10.1080/00324728.2024.2441824>
 17. Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: New thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 21(4), 411–426. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv016>
 18. Baldwin, K. (2019). Egg freezing, fertility and reproductive choice: Negotiating responsibility, hope and modern motherhood. Routledge.
 19. Bozzaro, C. (2018). Is egg freezing a good response to socioeconomic and cultural factors that lead women to postpone motherhood? *Reproductive BioMedicine Online*, 36(6), 594–601. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.01.018>
 20. IVIRMA Global. (2023). Diversidad y reproducción asistida: Retos y experiencias. Blog IVIRMA. <https://ivi.es/blog/diversidad-y-reproduccion-asistida>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de la encuesta

A continuación, se incluye el cuestionario completo utilizado para la recogida de datos en la encuesta “Feminismo, nivel socioeconómico y Técnicas de Reproducción Asistida”.

La encuesta fue elaborada en Google Forms y difundida en julio de 2025 a través de redes sociales personales. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial.

Técnicas de Reproducción Asistida y Feminismo

La participación en esta encuesta es voluntaria. Los datos recogidos serán anónimos, confidenciales y utilizados exclusivamente con fines académicos para mi Trabajo de Fin de Máster. Al completar la encuesta, usted acepta estos términos.
El objetivo de mi Trabajo de Fin de Máster es realizar una revisión bibliográfica sobre el feminismo y nivel socioeconómico: su influencia en el uso y desarrollo de las Técnicas de Reproducción Asistida. Para complementar la revisión, la siguiente encuesta.
Muchas gracias por vuestra participación.

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Mujer
☐ Hombre

2. Rango de edad *

Marca solo un óvalo.

- ☐ de 16 a 20 años
☐ de 21 a 25 años
☐ de 26 a 31 años
☐ de 31 a 36 años
☐ Mayor de 36

3. Nivel de estudios *

Marca solo un óvalo.

- ☐ ESO
☐ Grado medio y/o grado superior
☐ Grado universitario
☐ Máster universitario
☐ Doctorado

4. El feminismo es un movimiento social, político e ideológico que busca la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres *

Teniendo en cuenta su definición, ¿cuál es tu posición frente al movimiento feminista?

Marca solo un óvalo.

- ☐ A favor
☐ En contra
☐ Me es indiferente

5. ¿Tienes hijos/hijas? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No

En caso negativo

6. ¿Te has planteado ser madre/padre?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No

7. ¿En cuánto tiempo?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Futuro inmediato
☐ Futuro lejano
☐ No lo sé

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

8. ¿Conoces las Técnicas de Reproducción Asistida? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No

9. En caso positivo, cuáles

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Inseminación artificial (IA)
☐ Fecundación In Vitro (FIV)
☐ Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI)
☐ Diagnóstico Genético Preimplantacional (DPI)
☐ Regeneración ovárica
☐ Donación de gametos
☐ Método ROPA
☐ Gestación subrogada

10. ¿Estarías dispuesto/a a recurrir a Técnicas de Reproducción Asistida? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No
☐ No lo sé

NIVEL SOCIOECONÓMICO

11. ¿Crees que el nivel económico es un factor importante a la hora de tener hijos/as? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No
☐ No lo sé

12. A nivel laboral, ¿crees que la carga de la maternidad/paternidad es igualitaria entre el hombre y la mujer? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No
☐ No lo sé

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Anexo 2. Tablas de análisis descriptivo

En este anexo se presentan las tablas completas del análisis descriptivo de la muestra (N=102), obtenidas mediante Jamovi.

En el cuerpo del trabajo se muestran los gráficos principales para una interpretación visual, mientras que aquí se incluyen los resultados detallados en tablas de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Nota aclaratoria: En las tablas de Jamovi, la categoría “Perdidos” hace referencia a valores ausentes (missing values) en el cuestionario. En el estudio no se registraron respuestas en blanco, por lo que todas las variables muestras Perdidos = 0

Descriptivas

	Sexo_recod	Edad_recod	estudios_recod	feminismo_recod	hijos_recod	plan_maternidad	conoce_TRA	dispuesto_TRA	económico_recod	igualdad_laboral
N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	0.647	0.598	0.814	0.922	0.118	0.667	0.941	0.667	0.980	0.0588
Mediana	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
Desviación estándar	0.480	0.493	0.391	0.270	0.324	0.474	0.236	0.474	0.139	0.236
Varianza	0.231	0.243	0.153	0.0730	0.105	0.224	0.0559	0.224	0.0194	0.0559
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Anexo 3. Tablas de regresión logística binomial

En este anexo se incluyen las tablas completas de los modelos de regresión logística binomial realizados con Jamovi.

En el cuerpo principal del trabajo se presentaron los cuatro modelos mediante gráficos para facilitar la interpretación, mientras que aquí se muestran los outputs completos con los valores originales de los coeficientes, odds ratio (OR), intervalos de confianza al 95% (IC95%) y valores de p.

Los modelos presentados son:

1. Modelo inicial en la muestra total

Coeficientes del Modelo - dispuesto_TRA

Predictor	Estimador	Intervalo de Confianza al 95%		EE	Z	p	Razón de odds	Intervalo de Confianza al 95%	
		Inferior	Superior					Inferior	Superior
Constante	-12.565	-3317.330	3292.200	1686.136	-0.00745	0.994	3.49e-6	0.0000	Inf
Sexo_recod	-0.293	-1.262	0.676	0.494	-0.59333	0.553	0.746	0.2830	1.965
edad_recod	0.134	-0.799	1.067	0.476	0.28165	0.778	1.143	0.4499	2.906
estudios_recod	-0.784	-1.943	0.375	0.591	-1.32616	0.185	0.456	0.1432	1.455
feminismo_recod	-0.798	-2.512	0.915	0.874	-0.91296	0.361	0.450	0.0811	2.498
plan_maternidad	-1.314	-2.359	-0.268	0.534	-2.46202	0.014	0.269	0.0945	0.765
igualdad_laboral	-1.525	-3.943	0.893	1.233	-1.23632	0.216	0.218	0.0194	2.441
hijos_recod	-0.917	-2.555	0.720	0.836	-1.09786	0.272	0.400	0.0777	2.055
conoce_TRA	-1.151	-3.119	0.818	1.004	-1.14542	0.252	0.316	0.0442	2.266
económico_recod	15.455	-3289.309	3320.218	1686.135	0.00917	0.993	5.15e+6	0.0000	Inf

Nota. Los estimadores representan el log odds de "dispuesto_TRA = 0" vs. "dispuesto_TRA = 1"

2. Modelo reducido en la muestra total

Coeficientes del Modelo - dispuesto_TRA

Predictor	Estimador	Intervalo de Confianza al 95%		EE	Z	p	Razón de odds	Intervalo de Confianza al 95%	
		Inferior	Superior					Inferior	Superior
Constante	1.638	-0.290	3.566	0.984	1.665	0.096	5.143	0.7481	35.361
Sexo_recod	-0.511	-1.424	0.403	0.466	-1.096	0.273	0.600	0.2407	1.496
edad_recod	0.191	-0.715	1.097	0.462	0.413	0.680	1.211	0.4890	2.996
estudios_recod	-0.699	-1.823	0.426	0.574	-1.218	0.223	0.497	0.1615	1.531
feminismo_recod	-0.925	-2.578	0.727	0.843	-1.098	0.272	0.396	0.0759	2.069
plan_maternidad	-1.021	-1.940	-0.102	0.469	-2.179	0.029	0.360	0.1437	0.903
igualdad_laboral	-1.546	-3.932	0.840	1.217	-1.270	0.204	0.213	0.0196	2.316

Nota. Los estimadores representan el log odds de "dispuesto_TRA = 0" vs. "dispuesto_TRA = 1"

3. Modelo inicial en la submuestra de mujeres

Coeficientes del Modelo - dispuesto_TRA

Predictor	Estimador	Intervalo de Confianza al 95%		EE	Z	p	Razón de odds	Intervalo de Confianza al 95%	
		Inferior	Superior					Inferior	Superior
Constante	2.894	-9260.43	9266.2230	4726.275	6.12e-4	1.000	18.068	0.0000	Inf
Sexo_recod	.	.	.	.	.	.	.	.	.
edad_recod	-0.399	NaN	NaN	0.625	-0.63807	0.523	0.671	NaN	NaN
estudios_recod	-0.246	-1.62	0.8260	0.922	-0.26708	0.789	0.782	0.1972	2.28
feminismo_recod	-1.477	-2.05	1.5600	1.194	-1.23730	0.216	0.228	0.1284	4.76
plan_maternidad	-1.438	-3.82	0.8626	0.739	-1.94571	0.052	0.237	0.0220	2.37
igualdad_laboral	-1.367	-2.89	0.0105	1.408	-0.97097	0.332	0.255	0.0558	1.01
hijos_recod	0.175	-4.13	1.3926	0.985	0.17742	0.859	1.191	0.0161	4.03
conoce_TRA	-17.844	-1.76	2.1048	3956.180	-0.00451	0.996	1.78e-8	0.1728	8.21
económico_recod	16.794	-7771.82	7736.1266	2585.790	0.00649	0.995	1.97e+7	0.0000	Inf

Nota. Los estimadores representan el log odds de "dispuesto_TRA = 0" vs. "dispuesto_TRA = 1"

Nota. No se pudieron estimar todos los coeficientes (probablemente debido al ajuste singular)

Coefficientes del Modelo - dispuesto_TRA

4. Modelo reducido en la submuestra de mujeres

Predictor	Estimador	Intervalo de Confianza al 95%		EE	Z	p	Razón de odds	Intervalo de Confianza al 95%	
		Inferior	Superior					Inferior	Superior
Constante	1.922	-0.726	4.570	1.351	1.423	0.155	6.835	0.4839	96.544
Sexo_recod	.	.	.	.	.	.	.	.	.
edad_recod	-0.397	NaN	NaN	0.611	-0.650	0.516	0.672	NaN	NaN
estudios_recod	-0.228	-1.595	0.801	0.915	-0.249	0.804	0.796	0.2029	2.227
feminismo_recod	-1.484	-2.021	1.566	1.193	-1.244	0.214	0.227	0.1325	4.788
plan_maternidad	-1.545	-3.822	0.854	0.635	-2.435	0.015	0.213	0.0219	2.350
igualdad_laboral	-1.403	-2.789	-0.301	1.408	-0.996	0.319	0.246	0.0615	0.740

Nota. Los estimadores representan el log odds de "dispuesto_TRA = 0" vs. "dispuesto_TRA = 1"

Nota. No se pudieron estimar todos los coeficientes (probablemente debido al ajuste singular)

Nota aclaratoria: En algunos modelos, Jamovi señala la imposibilidad de estimar ciertos coeficientes (“coeficiente no estimado, probablemente debido al ajuste singular”). Esto ocurre cuando existe escasa variabilidad en la variable (por ejemplo, influencia del nivel económico o conocimiento de TRA), lo que genera problemas de separación estadística e intervalos de confianza infinitos.

Asimismo, en los outputs de Jamovi aparece la denominación “regresión logística binomial”, equivalente a regresión logística binaria. Ambos términos se utilizan de forma indistinta para referirse al mismo modelo aplicado a una variable dependiente dicotómica.