

# Reproducción Asistida en contextos de familias diversas

Experiencias, necesidades e itinerarios de las mujeres en procesos de reproducción asistida en contextos de familias diversas.



# INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales, culturales y legales en España **han transformado los modelos familiares tradicionales**, dando lugar a un mayor reconocimiento de la diversidad familiar. Sin embargo, los sistemas institucionales y sanitarios aún presentan barreras, particularmente para las mujeres que buscan la maternidad a través de la reproducción asistida en contextos no normativos.

Este estudio aborda estos desafíos.

## Panorama Familiar en Evolución

España ha sido testigo de transformaciones significativas, ampliando el reconocimiento legal y social de estructuras familiares diversas más allá de las normas heterosexuales tradicionales.

## Desafíos Institucionales

A pesar del progreso, la inercia normativa en entornos sanitarios e institucionales a menudo crea obstáculos, lo que conduce a un acceso y tratamiento desigual para las familias diversas

## Propósito del Estudio

Esta investigación, tiene como objetivo comprender las experiencias de las mujeres en reproducción asistida dentro de contextos familiares diversos. Busca combatir la discriminación e informar la práctica profesional.

Basándose en hallazgos previos, este estudio cualitativo investiga específicamente la reproducción asistida **como vía principal hacia la maternidad para familias diversas**, con el objetivo de cerrar la brecha entre las necesidades sociales y la provisión sanitaria.

# OBJETIVOS

## Objetivo General

Comprender en profundidad las dificultades y necesidades relacionadas con la atención socio-sanitaria integral para las mujeres en España que se someten a reproducción asistida para formar familias monoparentales o familias compuestas por dos madres.

## Objetivos específicos



### **Análisis Documental**

Realizar un análisis exhaustivo de la información documental, estadística y legal existente sobre reproducción asistida, particularmente en lo que respecta a la diversidad familiar en España, desde una perspectiva de género.



### **Identificación de Necesidades y Recomendaciones**

Identificar las necesidades de las mujeres que navegan por la reproducción asistida y proponer recomendaciones para mejorar su tratamiento y asistencia en estos procesos.



### **Recopilación de Experiencias**

Recopilar y analizar opiniones, experiencias y perspectivas de expertos en salud sexual y reproductiva, trabajadores socio-sanitarios y mujeres que se someten a procesos de reproducción asistida.

# Contexto Socio-Legal de la Reproducción Asistida en España

## 3.1 La Maternidad Diversa: Algunos Apuntes Previos

Las primeras aportaciones de los estudios feministas y de género al marco de la maternidad se articularon entorno a una mirada crítica hacia la **desventaja social que esta suponía para las mujeres**. Sin embargo, el feminismo contemporáneo redefine la maternidad más allá de las normas hegemónicas, enfocándose en la **diversidad familiar**. España experimenta un crecimiento constante en modelos familiares, incluyendo madres solteras por elección y comaternidades lesboparentales, evidenciando un acto de autonomía.

+

A pesar de estos avances, **las madres diversas enfrentan estigmatización social, barreras burocráticas y falta de reconocimiento institucional**. Aunque el marco legal de la reproducción asistida ha evolucionado, persiste la necesidad de cerrar la brecha entre la normativa y la legitimidad social para estas nuevas realidades familiares.

## 3.2 El Marco Legal de la Reproducción Asistida en España

### 3.2.1 Evolución volución legal de la regulación de las técnicas de reproducción asistida en España

1

#### 1988: Ley Pionera

La Ley 35/1988 fue la primera en España sobre reproducción asistida, un avance científico significativo para el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.

2

#### 2003: Primera Modificación

La Ley 45/2003 modificó la anterior, abordando el destino de preembriones supernumerarios y limitando la producción de ovocitos, generando controversia en la comunidad científica.

3

#### 2006: Ley Actual

La Ley 14/2006 corrigió los problemas anteriores, eliminando la discriminación de preembriones y los límites de ovocitos. Reforzó la transparencia y creó registros para una toma de decisiones informada.

Pese a los avances, la ley actual enfrenta **dilemas bioéticos y vacíos legales en áreas como las madres-abuelas, el derecho a conocer los orígenes biológicos** así como lo que requiera futuras adaptaciones.

## 3.2 El Marco Legal de la Reproducción Asistida en España

### 3.2.3 Definición y tipos de técnicas de reproducción asistida

La Ley 14/2006, de 26 de mayo, regula diversas técnicas de reproducción asistida, garantizando su aplicación segura. El Gobierno tiene la potestad de actualizar estas técnicas mediante Real Decreto para adaptarse a los avances científicos y técnicos.

#### **Inseminación Artificial (IAD)**

Consiste en la colocación de semen en el útero. Aunque inicialmente para infertilidad masculina, ha crecido en parejas homosexuales femeninas por la seguridad de los donantes, ofreciendo una opción fiable para la maternidad diversa.

#### **Fecundación In Vitro (FIV)**

La fertilización se realiza en laboratorio con óvulos y espermatozoides cultivados. Los preembriones resultantes se transfieren al útero para su desarrollo, siendo una de las técnicas más conocidas.

#### **Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI)**

Se basa en la microinyección directa de un espermatozoide en el citoplasma del óvulo para lograr la fecundación. Es crucial en casos de factor masculino severo o fallos de fecundación anteriores.

## 3.2 El Marco Legal de la Reproducción Asistida en España

### 3.2.3 Definición y tipos de técnicas de reproducción asistida

#### **FIV ROPA**

Permite que dos mujeres en un matrimonio o pareja de hecho compartan la maternidad. Una aporta los ovocitos, inseminados con semen de donante, y la otra gesta los embriones. Es legal y extendida en España.

#### **Transferencia Intratubárica de Gametos (TIG)**

Una vez obtenidos ovocitos y espermatozoides, se depositan directamente en las trompas de Falopio vía laparoscópica. Esto busca una fertilización más similar a la natural dentro del cuerpo.

## 3.2 El Marco Legal de la Reproducción Asistida en España

### 3.2.3 Requisitos de Acceso a la Reproducción Asistida en España

El acceso a la reproducción asistida en España se canaliza a través de la Seguridad Social y las clínicas privadas, cada una con normativas y criterios de elegibilidad distintos que es fundamental conocer.

#### Seguridad Social

La Orden SSI/2065/2014 establece los criterios para tratamientos en la sanidad pública, buscando homogeneizar el servicio. Sin embargo, persisten variaciones autonómicas.

- ✓ **Edad:** Mujeres 18-39 años, hombres 18-54 años (puede variar por CCAA, ej. Madrid 45 años, Galicia progresivo a 45).
- ✓ Sin hijos sanos previos (salvo enfermedad grave). Sin patologías que supongan riesgo grave para la salud.
- ✓ **Exclusiones:** Esterilización voluntaria previa, contraindicación médica.
- ✓ Tratamientos cubiertos: Inseminación Artificial (IA) y Fecundación in Vitro (FIV).
- ✓ **Intentos limitados:** IA (4 con pareja, 6 con donante, mujer <38); FIV (3 ciclos, mujer <40).

#### Clínicas Privadas

Se rigen por la Ley 14/2006, permitiendo un acceso más flexible y sin las limitaciones de la Seguridad Social, incluyendo opciones no financiadas públicamente.

- ✓ Cualquier **mujer mayor de 18 años con plena capacidad de obrar**, independientemente de orientación sexual o estado civil.
- ✓ Menos restricciones de edad que en la sanidad pública.
- ✓ **Tratamientos ofrecidos:** Incluyen IA, FIV, y el método ROPA, popular entre parejas de mujeres.
- ✓ Establecen sus propios protocolos y criterios de admisión (éticos, de salud, viabilidad del tratamiento).

## 3.3 Los datos sobre la Reproducción Asistida en España

El acceso a la reproducción asistida en España ha experimentado un **crecimiento notable, con 199.271 ciclos de FIV e inseminación artificial realizados en 2021.**



Esta tendencia al alza se explica por el **retraso de la maternidad (edad media del primer hijo: 32,59 años) y la mejora continua de las técnicas**, junto con un aumento a 434 centros especializados en 2025.

### Desafíos en la Recopilación de Datos

Tanto en España como en la UE, la **inexistencia de datos desagregados por tipo de familia** que accede a la reproducción asistida genera invisibilidad.

Además, la descentralización del Sistema Nacional de Salud en España dificulta una comparativa homogénea de la atención y el apoyo recibido por las mujeres en estos procesos.

## 3.4 La Diversidad Familiar en España

España ha experimentado profundos cambios en los modelos familiares, con un aumento significativo de familias monoparentales, homoparentales y homomarentales. Estos nuevos modelos reflejan una transformación demográfica y social, marcada por una disminución de la natalidad y el tamaño familiar, junto con una mayor aceptación de la diversidad.

### **Familias Homoparentales**

El incremento de matrimonios entre personas del mismo sexo, especialmente entre mujeres, ha impulsado el desarrollo de este modelo familiar en España.

### **Familias Monoparentales+**

Mayormente encabezadas por mujeres, representan una parte creciente de los hogares españoles, enfrentando desafíos económicos y sociales específicos.

### **Otras Diversidades**

El concepto de familia se amplía para incluir familias reconstituidas, de acogida, adoptivas y transnacionales, reflejando una sociedad más compleja y tolerante.

## 3.4 La Diversidad Familiar en España

Estadísticas Clave y Vulnerabilidad Económica  
Cifras de Diversidad Familiar

**Matrimonios del mismo sexo (2024):**  
6.236, con un 27% entre mujeres.

**Hogares monoparentales (2020):**  
1.944.800, de los cuales 81,4%  
(1.582.000) son encabezados por  
mujeres

### Falta de datos

Aún no hay información desagregada sobre si son monoparentales por elección o por otras causas.

### Retos y Exclusión Social

Las familias monoparentales, especialmente las encabezadas por mujeres, y las homoparentales enfrentan una **mayor vulnerabilidad a la exclusión y la pobreza.**

Según el INE (2024), el 49,5% de estas familias se encuentran en situación de pobreza, duplicando la tasa de otros hogares con niños.

**Esta situación subraya la urgente necesidad de políticas públicas específicas.**

## 3.4.2 La Ley 4/2023: Un Avance Clave para los Derechos LGTBI+ en Salud y Reproducción

La Ley 4/2023, de 28 de febrero, ha sido fundamental para la igualdad de las personas trans y la comunidad LGTBI+, consolidando derechos esenciales. **Esta legislación, aunque generó un amplio debate, marcó un hito en la protección y promoción de la salud y los derechos reproductivos de este colectivo en España.**

### Protección Sanitaria integral

La ley exige a las administraciones integrar las necesidades LGTBI+ en las políticas sanitarias y promover la formación del personal en diversidad sexual e identidad de género.

### Igualdad en Reproducción asistida

Garantiza que mujeres lesbianas, bisexuales, sin pareja y personas trans con capacidad de gestar accedan a tratamientos de reproducción asistida sin discriminación.

### Eliminación de Barreras

Impide que centros públicos y privados rechacen el acceso a la reproducción asistida, eliminando exclusiones arbitrarias y prejuicios. Reconoce el derecho de toda persona a formar una familia.

### 3.4.3 La Filiación en Familias Diversas tras la Ley 4/2023

**La Ley 4/2023 y la modificación de la Ley del Registro Civil** han redefinido el proceso de filiación en España.

Estos cambios buscan adaptar la normativa a la diversidad familiar, garantizando el reconocimiento legal de los hijos e hijas nacidos mediante reproducción asistida en distintos modelos de familia.

#### **Registro y Filiación Inicial**

El registro de nacimientos exige detalles precisos y un informe médico, identificando a la madre biológica. La filiación materna es obligatoria, determinada por el Código Civil y la Ley 14/2006 de Reproducción Asistida.

Reconocimiento de la Madre No Gestante

#### **Reconocimiento de la Madre No Gestante**

Para parejas de mujeres, la filiación de la madre no gestante se reconoce automáticamente si están casadas. Si no hay matrimonio, puede establecerse mediante declaración en el Registro Civil o por resolución judicial.

#### **Consenso y Suspensión**

La filiación requiere el consentimiento expreso de la madre gestante. Además, la madre gestante puede solicitar la suspensión de la inscripción de filiación en el primer año, requiriendo una resolución judicial en caso de oposición.

# Metodología

El estudio adoptó un **enfoque cualitativo** para comprender a fondo las experiencias de mujeres en procesos de reproducción asistida dentro de la diversidad familiar. **El objetivo fue capturar significados, percepciones y dinámicas relacionales, analizando cómo las estructuras normativas y culturales influyen en estos procesos.**



Revisión bibliográfica



7 entrevistas  
(2 profesionales y 5 mujeres)

# Discusión de resultados

## El deseo de maternidad

### Estabilidad y Posibilidad

El deseo de maternidad se vincula a la **seguridad económica, laboral y social**, buscando ofrecer un entorno estable para el hijo o hija.

### Raíces Familiares y Emocionales

La pertenencia a **familias grandes o la estabilidad emocional en la pareja** son factores determinantes, junto con un deseo innato de formar una familia.

### Eventos Vitales y Prioridades

Diagnósticos de enfermedades o la cercanía de la muerte pueden acelerar la decisión, reorganizando prioridades y el **deseo de compartir la maternidad con los padres**.

### Maternidad Sin Pareja Estable

Cada vez más mujeres eligen la maternidad en solitario, **priorizando su deseo de ser madre por encima de la estabilidad sentimental** tradicional.

# Discusión de resultados

## La reproducción asistida como vía para las maternidades diversas: sanidad pública y sanidad privada

### Límites de Edad

La sanidad pública impone restricciones de edad más estrictas, lo que lleva a mujeres mayores a buscar tratamientos en el sector privado para acceder a opciones que se ajusten a su momento vital.

### Reserva de Muestras

En el ámbito público, no se permite reservar muestras del mismo donante para futuros hijos, una prioridad para parejas que desean mantener la continuidad genética entre hermanos.

### Método ROPA

El método ROPA (Recepción de Ovocitos de la Pareja), deseado por muchas parejas de mujeres, no está cubierto por la Seguridad Social, siendo exclusivo de las clínicas privadas.

### Autonomía y Flexibilidad

Las clínicas privadas ofrecen mayor control sobre el proceso, permitiendo a las mujeres adaptar los tratamientos a sus decisiones personales y a los tiempos que mejor se ajusten a sus necesidades

Aunque existe una gran confianza en el sistema público, las limitaciones de este impulsan a muchas mujeres a optar por clínicas privadas.

La decisión entre sanidad pública y privada se basa en prioridades individuales, como la continuidad genética o la búsqueda de un proceso médico más sencillo, reflejando la complejidad de estas trayectorias hacia la maternidad.

# Discusión de resultados

## El Perfil de las Mujeres en Reproducción Asistida

El perfil de las mujeres que acceden a tratamientos de reproducción asistida varía significativamente entre el ámbito público y privado en España, **influenciado por la edad, la capacidad económica, y las necesidades específicas de cada caso.**

1

### Edad y Complejidad

En clínicas privadas, predominan mujeres de mayor edad con baja reserva ovárica o edad materna avanzada, que a menudo buscan tratamientos específicos y diagnósticos genéticos tras intentos fallidos.

2

### Acceso y Poder Adquisitivo

El mayor poder adquisitivo permite a estas pacientes acceder a terapias innovadoras y más personalizadas, compensando las limitaciones de edad impuestas por la sanidad pública.

3

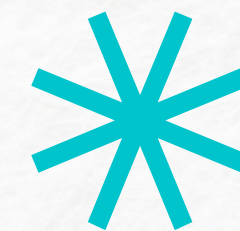
### Maternidad Diversa

Parejas de mujeres que optan por métodos como ROPA y mujeres que eligen la maternidad en solitario encuentran en las clínicas privadas una vía ante las restricciones del sistema público.

4

### Vitrificación y Conciencia

Una tendencia creciente es la vitrificación de ovocitos en mujeres jóvenes (incluso desde los 29 años), impulsada por una mayor conciencia sobre la fertilidad y el deseo de posponer la maternidad.



### Emociones del Proceso

Independientemente del perfil, el proceso de reproducción asistida genera un denominador común: una intensa carga de miedo, ansiedad y expectativas, que puede ser emocionalmente agotadora.

Estos perfiles reflejan una realidad cambiante, donde el acceso a la maternidad está cada vez más moldeado por la biología, la economía y las decisiones personales en un contexto de información creciente y expectativas diversas.

# Discusión de resultados

## Experiencia previa al embarazo: expectativas y vivencias emocionales

1

### Acceso y percepción de rapidez

Las mujeres describen el inicio del proceso como ágil y accesible, con tiempos de espera aproximados de seis meses entre atención primaria y especialistas.

Esta experiencia genera sorpresa positiva, aunque parte de dicha percepción puede **responder a expectativas poco ajustadas sobre la demora real del sistema público y a la influencia del sector privado.**

2

### Expectativas iniciales y diversidad de trayectorias

Las mujeres sin dificultades clínicas vivieron el proceso como lineal y protocolizado, con ciclos naturales o estimulación mínima.

Quienes enfrentaron obstáculos **esperaban una mayor facilidad**, mostrando desconocimiento sobre los límites biológicos de la edad fértil y la probabilidad real de éxito.

3

### Impacto emocional de los intentos fallidos

El fracaso reproductivo se experimenta como un proceso acumulativo que combina malestar, decepción e incertidumbre prolongada.

Surgen dudas sobre posibles problemas médicos no detectados y aumenta la presión social interiorizada respecto a la maternidad.

4

### Tensiones en torno a la hormonación

Algunas mujeres sienten resistencia o desconfianza hacia la hormonación, especialmente cuando sus pruebas de fertilidad son óptimas.

El temor a ciclos repetidos y la relación con la edad o la reserva ovárica incrementan la carga emocional.

La autoridad médica influye en la aceptación del tratamiento, generando ambivalencias.

# Discusión de resultados

## Experiencia previa al embarazo: expectativas y vivencias emocionales

5

### Debates sobre el donante y los marcos legales

Las parejas de mujeres y las madres solas reflexionan intensamente sobre el anonimato del donante.

Se perciben tensiones legales y simbólicas respecto a la responsabilidad parental, la visibilidad de las familias diversas y la selección fenotípica prescrita por la normativa española.

6

### Soledad y opacidad del proceso

La mayoría de testimonios mencionan momentos de soledad emocional, más acusada en madres solas por elección.

La complejidad técnica y el lenguaje biomédico incrementan la sensación de aislamiento y de falta de comprensión del procedimiento.

7

### Dimensión cultural de la experiencia

Las decisiones reproductivas se revelan atravesadas por imaginarios culturales, normas sociales y desigualdades afectivas dentro de las propias parejas.

El contraste entre el deseo de maternidad y la experiencia tecnificada del proceso genera reflexiones sobre la manera "material y mecanicista" de concebir asistidamente.

# Discusión de resultados

## Experiencias de discriminación

### Presunción de heteronormatividad en la atención sanitaria

Se identifican preguntas y comentarios que asumen la existencia de un "marido", lo que invisibiliza a la pareja mujer y desatiende la orientación sexual de la usuaria.

Estas prácticas constituyen un trato inadecuado y generan dinámicas de violencia simbólica hacia mujeres lesbianas y madres solas.

### Invisibilización de la pareja femenina

En varias consultas se sugirió que la usuaria afrontaba el proceso "en solitario", incluso cuando acudía con su pareja.

Este patrón genera desconcierto y erosiona la confianza en el sistema sanitario.

### Continuidad de la discriminación tras el nacimiento

La presunción del padre reaparece en escuelas, hospitales y trámites cotidianos, obligando a las madres a justificar reiteradamente la estructura familiar.

Estos episodios refuerzan sentimientos de invalidación social y homofobia internalizada en el entorno.

# Discusión de resultados

## Experiencias de discriminación

### Denegaciones injustificadas y trabas administrativas

Se documentó un caso de negativa inicial a permitir el cambio de gestante, posteriormente corregido por la Comunidad de Madrid.

El episodio evidencia vulneraciones de derechos y la persistencia de criterios arbitrarios en la interpretación normativa.

### Discriminación en el entorno familiar

Algunas mujeres relatan dinámicas de deslegitimación simbólica hacia la madre no gestante, reduciendo la maternidad a la biología.

Estas prácticas refuerzan desigualdades afectivas y cuestionan el reconocimiento pleno de las familias diversas.

### Necesidad de reformas institucionales

Los testimonios subrayan la urgencia de revisar formularios, protocolos de acogida y sistemas de registro para incorporar adecuadamente la diversidad familiar.

Se destaca la importancia de fortalecer la formación del personal en derechos LGTBI y modelos familiares no normativos.

# CONCLUSIONES

Síntesis de experiencias de discriminación y necesidades detectadas

Forma de discriminación	Consecuencias	Necesidades identificadas
Presunción de heteronormatividad	Malestar emocional, desconfianza en el proceso y sensación de homofobia encubierta	Formación del personal sanitario en diversidad familiar y derechos LGTBI; revisión de formularios y protocolos clínicos para eliminar sesgos de género y orientación sexual
Denegación o trabas administrativas para el cambio de gestante	Sentimiento de vulneración de derechos, miedo a denunciar y percepción de arbitrariedad institucional	Garantía de igualdad de trato en el acceso a la reproducción asistida
Presunción constante de la existencia de una figura paterna en contextos como la escuela o la atención pediátrica	Incomodidad y necesidad de justificar la estructura familiar; sensación de no reconocimiento social.	Normalización y visibilización de las familias diversas; sensibilización en el ámbito educativo y social.
Deslegitimación simbólica de una de las madres (la no gestante) por parte de familiares o entorno social	Pérdida de reconocimiento afectivo y social; interiorización de jerarquías maternas.	Promoción del reconocimiento legal, social y afectivo de ambas madres; campañas de concienciación sobre diversidad familiar.
Falta de redes y referentes de otras familias diversas	Aislamiento, dificultad para compartir experiencias y ausencia de apoyo emocional.	Creación de espacios de encuentro, redes de apoyo y comunidades de práctica entre familias diversas.
Falta de sistemas unificados en parejas de mujeres	Trato desigual respecto a parejas heterosexuales; sensación de exclusión administrativa.	Homologación de sistemas de registro que reconozcan las familias diversas con un perfil unificado

# CONCLUSIONES

Síntesis de experiencias de discriminación y necesidades detectadas



Innicia

Experiencias	Consecuencias percibidas	Necesidades o líneas de acción
Desajuste entre la idea idealizada de la maternidad compartida y la experiencia real	Aparición de sentimientos de frustración, duelo simbólico y necesidad de redefinir el significado de “maternidad compartida”.	Acompañamiento psicológico y social en la transición a la maternidad; creación de materiales y programas de apoyo a la corresponsabilidad en familias diversas.
Falta de modelos culturales y sociales que representen la maternidad lésbica o las madres solteras por elección.	Dificultades en la autoidentificación y en la validación social de sus experiencias.	Producción de referentes positivos y campañas de sensibilización que normalicen las maternidades diversas.
La complejidad de la maternidad se percibe como superior a la del propio proceso de reproducción asistida.	Sobrecarga emocional, sentimiento de soledad y falta de apoyos comunitarios.	Refuerzo de redes de apoyo mutuo, grupos de crianza LGTBI y programas públicos de acompañamiento parental.
Inseguridad sobre la respuesta de los centros ante posibles situaciones de acoso LGTBIfóbico o falta de formación docente.	Elección de centros en función de su nivel percibido de seguridad e inclusión.	Fortalecimiento de protocolos antiacoso, formación del profesorado
Búsqueda de entornos “seguros” o progresistas, especialmente entre madres solteras o parejas de mujeres.	Planificación anticipada y sobrecarga mental en la toma de decisiones cotidianas.	Creación de entornos comunitarios inclusivos y programas de apoyo institucional en entornos locales.
La madre gestante obtiene automáticamente la filiación; la no gestante debe esperar al reconocimiento	Inseguridad familiar, desigualdad legal y preocupación por posibles regresiones legislativas.	Armonización legislativa y garantías de filiación automática para ambas madres; reconocimiento mutuo entre Estados de la UE.
El contexto político y el auge de discursos	Aparición de miedos futuros ante cambios normativos o pérdida de derechos.	Consolidación de políticas públicas que blinden los derechos LGTBI y garanticen seguridad jurídica y social a las familias dive

# CONCLUSIONES

## Deseo de Maternidad Multifactorial

La decisión de ser madre se enmarca en una búsqueda de estabilidad económica, emocional y social, influenciada por la biografía individual y los valores familiares. **La maternidad en solitario es una elección prioritaria para muchas.**

## Vía Institucional con Limitaciones

La reproducción asistida es la principal vía para familias diversas en España, con **preferencia por el sistema público**. Sin embargo, restricciones de edad y acceso al método ROPA impulsan a muchas al ámbito privado.

## Intensa Carga Emocional

El proceso está marcado por **ansiedad, miedo, decepción y soledad**. La falta de información clara y el desconocimiento sobre la fertilidad aumentan el desgaste emocional y la búsqueda de respuestas no verificadas.

## Discriminación Estructural Persistente

Familias diversas enfrentan invisibilización y presunción heteronormativa en el ámbito sanitario y social. La madre no gestante es "menos madre" y las madres solteras justifican constantemente su modelo familiar.

## Retos Post-Maternidad y Futuro

Las expectativas de maternidad compartida no siempre coinciden con la realidad, generando un "duelo simbólico". Preocupan la seguridad jurídica, la legitimidad social y la prevención de la LGTBIfobia en el entorno educativo.

# SINTESIS DE NECESIDADES Y RECOMENDACIONES

1. Apoyo psicológico especializado y continuo
2. Información clara y continua durante el proceso
3. Generación de espacios y grupos específicos de apoyo para familias diversas
4. Reconocimiento social, institucional y simbólico de la madre soltera por elección propia



Incorporar dispositivos de apoyo psicológico con enfoque de género y diversidad familiar en los circuitos de reproducción asistida

Impulsar redes y grupos de apoyo específicos para familias diversas

# GRACIAS

## POR VUESTRA ATENCIÓN

*Cristina Osés*



Innicia