

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN SOCIOLOGÍA**

PRÁCTICAS CORPORALES EN BÚSQUEDA DE LA MATERNIDAD El uso de técnicas de reproducción asistida en mujeres del Estado de Puebla

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO
DE

LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA:

ZAIRA LUZ GÓMEZ MORALES

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MIRZA AGUILAR PÉREZ

NOVIEMBRE, 2020

Tabla de contenido

Pregunta de investigación	6
Capítulo 1. Contexto de la maternidad en México	11
1. Discursos sobre la maternidad en México	11
1.1 Representación de la Maternidad en México	12
1.2 ¿Cómo se vive la maternidad en México?	16
1.3 ¿Cómo se vive la maternidad en Puebla?	17
1.4 Clínicas de fertilidad en Puebla “Hacer el sueño realidad”	21
1.5 Métodos alternativos “Lo que todos recomiendan”	26
2. Clínicas de reproducción asistida y uso de TRA	27
2.1 Internacional	28
2.1.1 Uso de TRA a nivel internacional.....	30
3.1 México	33
3.1.1 Uso de TRA a nivel nacional	37
3.1.2 Puebla	41
Conclusiones.....	45
Capítulo 2. Marco teórico	46
1. Diagnóstico médico	47
1.1.1 Diagnóstico médico – enfermedad	48
1.1.2 Diagnóstico médico y género	51
1.2.1 Diagnóstico de infertilidad femenina.....	53
1.2.2 Técnicas de Reproducción Asistida y diagnóstico médico de infertilidad femenina	55
2. Construcción social del cuerpo	57
2.1 Cuerpo/ Género / Identidad.....	58
2.2 Cuerpo femenino- Maternidad	61
2.3 Cuerpos -emociones	66
3. Familia y maternidad	69
3.1 Maternidad como institución y experiencia.....	72
3.2 Maternidad y tecnología para la reproducción asistida	75
3.3 Maternidad como emoción	76
Conclusiones.....	77
Capítulo 3. Metodología	79

3.1.1 Entrevista semiestructurada	80
3.1.2 Instrumento de recolección de información.....	81
3.1.3 Las informantes	83
3.1.4 Matriz de datos.....	85
3.2 Proceso del diagnóstico médico “Como hemos ido poco a poquito desmenuzando cual puedes ser la causa central...”	87
3.2.1 Diagnóstico médico: “Diagnóstico de infertilidad como tal nunca lo tuve...”.....	90
3.2.2 Clínicas y tratamiento de TRA “Lo hacíamos por, precisamente por la ilusión, de que decíamos, vamos a hacer todo lo posible...”	95
3.3Cuerpo/diagnóstico médico: “¿Por qué yo no soy como las demás?”	103
3.3.1 Cuerpo/identidad/maternidad “¿por qué no puedes tener hijos?, ¿por qué no eres madre?”	107
3.3.2 Cuerpo/ deseo de maternidad “tengo que estar bien para ese momento”.....	110
3.4 Familia y maternidad: “La sociedad siempre espera que la mujer tenga hijos, y más si te casas”	112
3.4.1 Maternidad y sociedad: “Ver que a tu alrededor todas las mujeres son normales”	118
3.4.2 Deseo de maternidad y tratamiento TRA: “Hace muchos años yo soñaba que tenía una bebé”	122
Conclusiones	125
Anexo del Instrumento de Investigación	129
Bibliografía	133

Introducción

A lo largo de la historia, al cuerpo leídos como femeninos se le ha atribuido diversos roles y funciones, sin embargo, “la maternidad se define como una parte sustancial del ser mujer, una dimensión vital que a menudo emerge como aquella que domina y anula cualquier otra” (Imaz, 2010, pág. 12) a tal punto en que su capacidad reproductiva se ha considerado como su rasgo principal. “El ejercicio maternal de las mujeres se ha dado por supuesto, debido a la vinculación aparentemente natural entre capacidad de criar y lactar, y responsabilidad del cuidado infantil, por una parte, y por otra, debido a que los seres humanos necesitan cuidados especiales durante un largo periodo de su vida inicial”. (Chodorow, 1984, pág. 13)

Ante estos supuestos, la maternidad se figura como algo natural y por sentido socialmente, al que incluso se le han construido los parámetros entre la buena y la mala madre, de tal manera que el ejercicio de la maternidad se establece como un pilar preponderante en la identidad de las mujeres entendiendo a esta como un constructo estático y ahistórico, sin embargo, dar por sentido estos supuestos implicaría dejar de lado las estrategias a las que recurren las mujeres diariamente que fisuran la siempre reproducción de este mandato.

No obstante, una mirada sólo biológica del cuerpo de las mujeres y la maternidad no reconocería la necesidad de “entender cómo incide la lógica de género en las estructuras políticas e instituciones que posibilitan y rigen nuestras prácticas, discursos y representaciones sociales” (Lamas, 1997, pág. 19). Ante esto, la maternidad ya no se puede considerar sólo un determinismo biológico, sino, más bien, es importante reconocer a los cuerpos de las mujeres y el ejercicio de la maternidad como construcciones culturales y sociales.

Por lo tanto “la mujer infértil representa, simbólicamente, un cuestionamiento al binarismo basado en la diferencia de los sexos en cuanto a la función reproductora” (Tubert, 1991, pág. XVI) ya que la relación entre mujer-maternidad deja de posicionarse como una cualidad innata del cuerpo femenino en el cual se ha buscado sustentar la identidad del género femenino, esto nos permite distinguir otro aspecto de la relación mujer-madre, ya que implica recuperar el cuerpo no sólo

como un elemento material y externo al sujeto y reconocer que la lectura que se haga de sobre él estará interpelada por el contexto y entorno en el que se encuentre.

En el 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que “la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo, como la incapacidad de lograr un embarazo después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas” (World Health Organization , 2010, pág. 7), esta declaración no sólo implicó poner sobre la mesa el tema de la infertilidad ya sea masculina o femenina, dejando de ser considerado sólo un tema personal o particular, a su vez, el reconocimiento de esta circunstancia como discapacidad dio pauta a comprender que el incumplimiento de los mandatos sociales de la maternidad y de la paternidad tiene repercusiones en cuestiones personales y sociales.

Clínicas públicas y privadas se han especializadas en el rubro de la fertilidad presentándose como una vía alterna para concretar o facilitar de manera exitosa el proceso de la concepción por medio del uso de Técnicas Reproducción Asistidas (TRA), que consisten en la intervención de personal especializado, a través de una serie de técnicas médico-científicas con las que se pretende obtener la concepción de la vida de un modo diverso del natural, es decir, son técnicas mediante las cuales se buscan facilitar la unión entre el espermatozoide y el óvulo en pro de que se realice una fecundación satisfactoria y posteriormente finalice con el nacimiento de un nuevo ser humano. “En México, desde finales de la década de los ochenta se crearon clínicas de reproducción asistida en hospitales de los sectores público y privado”. (Cardaci & Sanchez Bringas, 2009).

Con base en los datos arrojados por el INEGI 2014 “entre el 15% y 17 % de parejas que padecen infertilidad, sólo el 53 % acude a consultas, mientras que un 9% lo abandonas por los altos costos” (Poy Solano, 2014). Por otra parte, una nota periodística del periódico Milenio del 2015 señala que “en México, 20% de la consulta médica familiar, está relacionada con problemas de infertilidad, según el Diagnóstico elaborado por el Instituto Mexicano del Seguro social, cuyos tratamientos rondan en un costo de entre 80 mil a 150 mil pesos, por lo que fue del año 2013, el Programa de Infertilidad del Instituto Nacional de Perinatología realizó

159 ciclos de transferencia (Fecundación In Vitro), 35% fueron exitosos, mientras que del año 2014 se realizaron 185, de los cuales 30% fueron efectivos". (Valdez, 2015)

Ante esto, esta investigación analiza las prácticas que interpelan el deseo de la maternidad ante la vivencia de la infertilidad femenina esto por medio de problematizar la relación entre cuerpo femenino-mujer- infertilidad femenina – maternidad, a partir de poner en tensión los supuestos naturales que hasta el momento han fungido como base de los discursos preponderantes respecto a la identidad femenina y la maternidad, también se pretende generar interrogantes que desemboquen en nuevos enfoques sobre el tema del género, cuerpo y la maternidad en el área de la sociología.

Pregunta de investigación

A partir de la declaración de la OMS en el 2009 de establecer la infertilidad como una enfermedad se ha dado pauta a posicionar el tema en el ámbito de la salud pública ya que conlleva reconocer cómo esta incapacidad del sistema reproductivo en mujeres y hombres también tiene implicaciones en la conformación de sus identidades, así como en el cumplimiento de los roles sociales que le son demandados. Específicamente en el caso de infertilidad femenina este plantea un cuestionamiento a la representación social que se tiene de la identidad femenina con base en la función de la reproducción-maternidad.

Ya para el 2010 el tema de la infertilidad fue tomando un mayor lugar a nivel internacional respecto a su inclusión en el debate público, ya para ese año se decía que “la prevalencia de la infertilidad a nivel mundial va en aumento, actualmente aproximadamente de un 10% al 20% padece este problema, se dice que por lo menos una de cada siete parejas tiene problemas para embarazarse. Se calcula que en 50% de los casos el factor es femenino, en 40% masculino y 10% de origen mixto” (Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción , 2010), esto generó que en diversos países se implementaran políticas públicas dirigidas a esta situación, así como reformas de los códigos civiles y penales respecto a al uso de las TRA.

Poner en relieve el tema de la infertilidad femenina conllevaba reconocer que esta no es una problemática meramente biológica, ni particular, sino que tiene que ser entendida a partir del sistema político, económico y cultural en la que se presenta ya que tiene una estrecha relación con las condiciones en las que se encuentren las mujeres, La Asociación Mexicana de la Reproducción en el 2010 consideraba que dicha situación “pudo haberse incrementado debido a varios factores, siendo la principal causa el cambio en los patrones culturales; tales como la tendencia a posponer la maternidad a edades avanzadas, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, exposición a contaminantes, estrés, adicciones, entre otros. Pero la edad es considerada el factor más importante, debido a que la fertilidad presenta una disminución gradual a partir de los 30 años, teniendo una caída acentuada alrededor de los 35 años”. (Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción , 2010)

En México las clínicas o centros de fertilidad han ido fortaleciendo su presencia, para el año 2017 con base en la Redlara y la Cofepris se mencionaba que “contamos solamente con 40 centros de fertilidad certificados por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (Redlara), una institución científica reconocida internacionalmente que reúne a más de 90% de los centros que practican técnicas de reproducción asistida en Latinoamérica. Aunado a esto existen 75 clínicas especializadas que están certificadas por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris)”. (Rivera, 2017)

En el caso de México los costos de los tratamientos pueden ir desde 10 mil hasta 100 mil pesos mexicanos, dependiendo del grado de complejidad de la técnica utilizada, esto ha generado que clínicas y personas extranjeras se trasladen aquí por la accesibilidad de los precios, y por el hecho de que no existe una regulación tan estricta respecto al uso de TRA, en el caso de los costos “entre 30% y un 50% son más baratos en México con respecto a países europeos o Estados Unidos. Esto ha provocado que sean cada vez más los pacientes extranjeros los que vienen a México a someterse a tratamientos de fertilidad”. (ORA, s.f)

No obstante, aunque la presencia de estas clínicas ha sido cada vez más relevante, el marco legal vigente ha quedado desfasado, al no responder de manera asertiva a las demandas, caracterizándose principalmente por su ausencia en muchos rubros, y aunque ya se han presentado en diversas ocasiones iniciativas a nivel nacional muchas de ellas no han sido aprobadas o los cambios no han sido suficientes.

Del 2008 al 2011 se presentaron a nivel federal 8 iniciativas que en general proponían reformas a la Ley General de Salud, así como la creación de la Ley de Reproducción Humana Asistida y la Ley de Subrogación Gestacional, para el 2012 y el 2016 los diputados del PAN presentaron iniciativas con relación a mejorar la calidad de vida de las madres, los recién nacidos y para una mejora en la regulación de las clínicas.

La implementación de nuevos desarrollos científicos-tecnológicos en nuestro cotidiano ha generado reflexiones sobre fenómenos sociales que han sido trastocados y modificados ante la presencia de estos nuevos elementos.

Uno de estos fenómenos sociales es la maternidad, la cual ante un diagnóstico de infertilidad y el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) como un mecanismo para alcanzar el sueño de ser madre, han puesto en tensión los imaginarios sociales que hasta ahora habían sustentado el discurso de la maternidad, “pues las aplicaciones de las TRA tienen el potencial de alterar las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, así como entre las mujeres y los controles institucionales, al cuestionar la sexualidad, la reproducción, el matrimonio, la familia, la maternidad y paternidad, entre otras cosas”. (Blazquez Graf, 2008, pág. 93)

“La producción de una imagen cultural femenina siempre va ligada a la regulación del género, de lo que es apropiado y de lo que no, y se construye con el cuerpo y a través del cuerpo. En este sentido la infertilidad produce una anomalía del género, porque no se puede cumplir la norma social reguladora” (Fitó, 2010, pág. 137). Ante esto, pensar la infertilidad y el uso de las TRA en México conlleva cuestionarnos sobre cómo se configuran los discursos sobre la maternidad, la

identidad femenina, la enfermedad, el matrimonio y la familia, así como la manera en la que dichos discursos interpelan las vidas de las mujeres a partir de las condiciones sociodemográficas en las que se encuentran, a su vez es importante problematizar la manera en la que ellas negocian o fisuran el mandato de la maternidad, posicionando a la maternidad como un fenómeno social que es interpelado por aspectos económicos, culturales, normativos, sociales y simbólicos.

Para lo cual, el siguiente trabajo se **enmarca** en la pregunta de investigación: *¿cómo se configuran los procesos corporales de las mujeres con diagnóstico de infertilidad femenina, que iniciaron, están en proceso, finalizaron o abandonaron un tratamiento con base en el uso de Tecnologías de Reproducción Asistida en búsqueda de la maternidad del estado de Puebla?*

De lo anterior se desprende el **objetivo general** de esta investigación es: analizar la manera en la que se configuran los procesos corporales de las mujeres con diagnóstico de infertilidad femenina, que iniciaron, están en proceso, finalizaron o abandonaron un tratamiento con base en el uso de Tecnologías de Reproducción Asistida en búsqueda de la maternidad en el Estado de Puebla.

Los **objetivos específicos** son: comprender cómo se configuran los discursos de identidad y maternidad ante la vivencia de infertilidad femenina y el uso de las Tecnologías de Reproducción Asistida; y reconocer la manera en la que opera el discurso médico y se vive el proceso de infertilidad en los ámbitos corporales, personales y sociales de las mujeres que están iniciado, estén en proceso, hayan finalizado o abandonado el uso de Tecnologías de Reproducción Asistida.

El presente trabajo se encuentra dividido en cuatro capítulos, en el primer capítulo se presenta el marco contextual en el que se expone de manera general las condiciones y la manera en que es representada la maternidad en México, esto a partir de recuperar las políticas públicas que se han hecho sobre el tema, así como las condiciones sociodemográficas en las que se encuentran las mujeres que ejercen la maternidad en México y en Puebla, también se presenta el marco regulador en el que se enmarca el uso de las TRA a nivel nacional e internacional,

así como el discurso de la maternidad al que recurren las clínicas de fertilidad para ofrecer sus servicios.

En el segundo capítulo que corresponde al marco teórico, se realizan los debates corresponden a las tres categorías principal que son: diagnóstico médico, cuerpo /identidad femenina y maternidad, en este apartado se recuperan los enfoques clásicos y contemporáneos que han abordado estas categorías desde el área de la sociología, principalmente desde la sociología del cuerpo, la sociología de la salud y la sociología del género y sexualidad.

En el tercer capítulo se expone el marco metodológico, en el que se presenta el diseño mediante el cual se llevó a cabo la recaudación de la información, su sistematización y se exponen los testimonios de las mujeres entrevistadas.

Posteriormente se presentan el análisis vinculando las narrativas de las colaboradoras, el capítulo y el capítulo 2, en este apartado se pretende dar cuenta de la manera en la que el discurso de infertilidad femenina interpela las dinámicas corporales, sociales e identitarias de las mujeres que la viven, así como los procesos que atraviesan en su búsqueda por la maternidad a través del uso de TRA.

Capítulo 1. Contexto de la maternidad en México

El siguiente capítulo tiene como finalidad realizar un recorrido de lo general (México) a lo particular (Puebla) sobre las principales representaciones sociales que se han generado sobre la maternidad a través de las políticas públicas nacionales y estatales, también se identificarán las condiciones sociodemográficas en las que se ejerce la maternidad y se hará una revisión de la normativa y de las condiciones a partir de las que operan las Técnicas de Reproducción Asistida.

Se encuentra dividido en 2 apartados principales, en el primer apartado se abordan las representaciones sociales de la maternidad en México, para lo cual, está segmentado en cinco subapartados, en el primero se abordan las principales representaciones sociales que se han hecho sobre la maternidad en México por parte del Estado así como los principales mecanismos mediante los cuales se han perpetuado estas representaciones, posteriormente, se abordan las condiciones sociodemográficas de la maternidad en México, en el tercer subapartado se recuperan datos sociodemográficos sobre la maternidad en Puebla, posteriormente, se abordan los discursos e imaginarios sobre la maternidad que se emplean en la publicidad de las clínicas de fertilidad del Estado de Puebla, y finalmente se mencionan algunos métodos alternativos o tradicionales a los que recurren las mujeres en su búsqueda por la maternidad.

El segundo apartado corresponde a identificar las principales condiciones en las que se lleva a cabo el uso de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) en México y en Puebla, para lo cual, en el primer subapartado se mencionan las reglamentaciones internacionales que posibilitan el uso de las TRA, en el segundo se identifica la normativa a nivel nacional que permite la aplicación de estas técnicas y el funcionamiento de las clínicas de fertilidad, así como datos estadísticos sobre su uso, y en el último subapartado se abordan los lineamientos que regulan la aplicación de TRA y las estadísticas de éxito de las clínicas de fertilidad del Estado de Puebla.

1. Discursos sobre la maternidad en México

La maternidad en una primera instancia es pensada como un aspecto individual y privado, no obstante, también es un fenómeno social en medida en que las prácticas

que tenemos en lo individual son influenciadas por el marco contextual en el que se ejecutan.

“La construcción simbólica de la maternidad se deriva de la interacción entre los sucesivos discursos que a lo largo de la historia se han elaborado sobre ella. De esta manera, la influencia de las principales corrientes de pensamiento teológicas, filosóficas, jurídicas y científicas ha sido determinante en el desarrollo de la representación del cuerpo y de la identidad de la mujer.” (Lozano Estivalis, 2002, pág. 137)

En el caso de México, el tema de la maternidad ha estado presente de manera significativa en la vida pública del país, esto ha generado que se creen toda una gama de representaciones, rituales y significados sobre ella, por ejemplo, la constitución de días festivos como el 10 de mayo “Día de las madres”, la presencia de imágenes referentes a la maternidad en instituciones públicas como en el logo del Instituto Mexicano del Seguro Social y la construcción de monumentos a la madre como el de la Ciudad de México, etc.

A su vez, así como el tema de la maternidad ha sido abordado desde las instituciones estatales, otros grupos también los han retomado como agenda política de sus movimientos sociales, específicamente el movimiento feminista o la lucha de las mujeres han planteado problematizar la maternidad respecto a temas como los derechos sexuales y reproductivos, la interrupción legal del embarazo, el uso de métodos anticonceptivos, la educación en salud sexual integral, etc.

Esto ha generado que, por una parte, exista un cuerpo jurídico que regule el ejercicio de la maternidad en nuestro país, a partir del cual se han elaborado políticas públicas sobre el tema, por otro lado, el movimiento feminista o la lucha de las mujeres a propuesto la creación de nuevas concepciones y representaciones sobre la maternidad que den cuenta de las múltiples condiciones en las que las mujeres la viven.

1.1 Representación de la Maternidad en México

Las representaciones sociales son una forma de conocimiento social producto de las interacciones socio-comunicativas sobre un objeto representado produciendo

códigos grupales, también, es una entidad de carácter plural, dinámico, situado en un contexto, expresándose como proceso y contenido.

“Las representaciones sociales se encuentran ligadas a la ubicación socioeconómica y cultural del agente o grupo social. Como pensamiento constituido, las representaciones funcionan a manera de lentes a través de las cuales se dota de significado a la realidad social; al mismo tiempo, conforman un pensamiento constituyente porque contribuyen a elaborar la realidad social”. (Ibáñez, 1994, pág. 175)

A su vez, las representaciones sociales producen significado a las prácticas individuales con relación al objeto representado con respuestas de interacción similares, sin embargo, esta producción y práctica también es interpelada por la posición del agente, volviendo a las representaciones sociales puntos de encuentro y tensión entre estructura y subjetividad, esto implica que los agentes desplieguen estrategias sobre la manera en cómo interactúan con las representaciones sociales producidas en su contexto.

“Las representaciones sociales se insertan como formas de pensamiento producidas en contextos específicos. A cada espacio social corresponden formas específicas de distribución de los recursos económicos, sociales, culturales y simbólicos; sin embargo, esta correspondencia no es de tipo determinista, en el sentido de que los agentes con su estructura y volumen de capital, así como *habitus*, hayan sido previstos por un orden o estructura superior, sino que es el propio agente el que participa en la construcción de esa estructura social, al asignar significados simbólicos y legitimidad”. (Piñero Ramírez, 2008, págs. 10-11)

Ante esto, los procesos de toma de decisión van a estar influenciado por los códigos grupales y las condiciones en las que estén situados los agentes, los cuales desplegarán tácticas de negociación, ajuste o cambio respecto a las representaciones sociales de su grupo social. “Las estrategias que un agente pone en juego al tomar decisiones y al actuar respecto a cualquier objeto o situación de

su realidad social, están en función de sus representaciones sociales y del *habitus* que éstas contribuyen a generar”. (Piñero Ramírez, 2008, pág. 15)

Respecto a las representaciones sociales que se han construido sobre la maternidad en México estas han estado en gran medida producidas desde el Estado y sus instituciones, y han sido reproducidas por medio de políticas públicas, instauración de días festivos, construcción de monumentos emblemáticos, etc.

El día 10 de mayo fue instituido como el “Día de la madre” desde 1922, esto como iniciativa del director del periódico Excélsior, Rafael Alducin, el secretario de Educación Pública, José Vasconcelos, empresarios y el arzobispo primado de México de ese entonces, esto como respuesta a las movilizaciones de mujeres en Yucatán en pro del uso de métodos anticonceptivos.

“Excélsior lanza la idea de que se consagre el 10 de mayo para rendir un homenaje de afecto y respeto a la madre [...]. Es preciso que la sociedad manifieste, con una fórmula banal si se quiere, pero profundamente significativa, que no hemos llegado de ninguna manera a la aberración que [algunos] predicán, sino que, lejos de ello, sabemos honrar a la mujer que nos dio vida”. (Barba, 2016)

La intención de abordar a la madre desde este enfoque no sólo era para aplacar la situación en Yucatán, sino que, se buscaba que se volviera la representación de la maternidad mexicana. Esto conllevó como punto clave el traslado de la maternidad en el área de lo político, en el que el Estado buscaba construir la representación social de la maternidad ideal para su proyecto de nación.

“Era determinante para los intereses nacionalistas de un estado moderno, impulsar un discurso sobre la familia tradicional en el que los roles de cada integrante quedaran bien establecidos, especialmente el correspondiente al personaje de la madre” (Gutiérrez Sánchez, 2017, pág. 52), lo que desplegó una campaña sobre las actividades y actitudes que debían de caracterizar a una buena madre, enfatizando sus roles de educadora de los hijos y esposa.

La alianza entre el gobierno de Manuel Ávila Camacho y el Excélsior tuvo como objetivo incrementar la tasa de crecimiento de la población, el diario organizó una serie de concursos, por ejemplo, “el de la madre prolífica que premiaba a la mujer que contara con 20 hijos vivos, el de la más joven, la más anciana o la más fértil”, los de poesía y dibujo infantil en honor a las madres y otros más para los que repartían estufas y condecoraciones” (Barba, 2016), uno de los resultados de estas campañas fue la construcción en 1949 del monumento de la madre, que tenía como placa la frase “ la que nos amó antes de nacer”, este monumento no sólo reafirmó el modelo estatal de madre, sino que estableció los roles de género del proyecto de nación posrevolucionario que se estaba forjando.

“Desde entonces, aunque de manera intermitente, mujeres y feministas han desmentido el monumento por su versión glorificada de la maternidad ya que contribuyó a truncar el debate sobre los derechos sexuales y reproductivos, y continúa oscureciendo la violencia obstétrica e intrafamiliar que viven las mujeres, así como la falta de acceso al aborto libre y gratuito”. (Barba, 2016)

Para los años de 1955 con base en una investigación sobre los programas de radio del Instituto Mexicano de la Radio se dio a conocer que “la programación dirigida a mujeres continuaba cargada de contenidos que reproducían los estereotipos de género, puesto que reforzaban el papel de subordinación de la mujer. De ello dan cuenta los títulos de los programas radiofónicos “Hablemos de los hombres”, “Salud y belleza”, “Las amas de casa” y “Cocina para ti”. (Burkle. B, 1997-98)

Para mediados y finales del siglo XX la presencia de las mujeres en los medios de comunicación fue cambiando principalmente por la formación de medios de las organizaciones feministas que se estaban fortaleciendo, como fue la creación del Foro de la Mujer en Radio UNAM, la Barra de Mujeres en el Canal 13, la Causa de las Mujeres en Radio Educación y la revista Fem.

“En los años noventa cientos de mujeres periodistas realizan en todo el mundo esfuerzos notables para difundir imágenes más realistas y objetivas

de la mujer. En este marco, aparece en México el suplemento mensual feminista “Doble Jornada” dentro de la edición normal del diario “La Jornada” este suplemento nace en marzo de 1987 y muere en 1998 para resurgir como la Triple Jornada, tenía como objetivo mostrar la condición social de las mujeres”. (Instituto Nacional de las Mujeres, 2005)

Ya para el siglo XXI pese a que cada vez existe una mayor diversidad en las representaciones sobre la maternidad, las características biológicas de los cuerpos femeninos como determinantes en la construcción de la representación sobre la mujer no ha sufrido grandes cambios, situación que actualmente se ha reafirmado en el debate sobre la interrupción legal del embarazo, otro aspecto de la maternidad que en los últimos años se ha mantenido como un tema de relevancia ha sido el del embarazo adolescente, lo que ha generado un gran énfasis en la creación de políticas públicas respecto a esta situación, poniendo sobre la mesa aspectos como la educación sexual integral en infantes y adolescente.

1.2 ¿Cómo se vive la maternidad en México?

Con base en el censo de 2015 México tenía 119 millones 530 mil 753 habitantes distribuidos en 48.6 % hombres y 51.4 % mujeres. En el país la condición conyugal predominante entre las mujeres que son madres es estar casada o en unión libre, no obstante, es de destacar el incremento de mujeres que ejercen la maternidad no estando en una unión.

“Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997 (INEGI, 1997) del total de mujeres de 15 a 54 años que tuvieron al menos un hijo nacido vivo, 15.5% son no unidas, conjunto que se conforma por viudas, divorciadas, separadas y solteras. Para 2014, con datos de la ENADID 2014, se observa que el porcentaje aumentó a 21.2%. Tal incremento según Quilodrán (2000) puede explicarse a partir de las transformaciones recientes de la fecundidad, la nupcialidad y la esperanza de vida, que ha generado que haya más viudas que viudos (debido a que las mujeres viven más años que los varones), y a que se ha incrementado la

disolución marital por separación o divorcio, así como el incremento de la procreación en mujeres no unidas". (INEGI, 2018, pág. 2)

Para el año 2014 con base en el número de hijos/as," mientras que el 97% del total de las mujeres solteras de 15 a 19 años con al menos un hijo nacido vivo tienen un solo hijo, en las de 40 a 44 años 32% ya tienen dos hijos; y en las mujeres de 50 a 54 años, 38.5% concibió tres o más hijos nacidos vivos en su vida" (INEGI, 2018, pág. 2), esta situación tiene una estrecha relación sobre la manera en cómo se van conformando las familias y el papel de las mujeres en ellas como jefas de familia, "mientras que sólo 2.3% de las adolescentes solteras con al menos un hijo nacido vivo son jefas, 55.7% en el grupo de 40 a 44 tienen este rol, y representan 74.5% para el grupo de 50 a 54 años". (INEGI, 2018, pág. 3)

En el ámbito laboral, las mujeres mexicanas tienen derecho a 135 días de licencia de maternidad con salario pagado, sin embargo, no existe el fuero maternal que consiste en que no exista la posibilidad de ser despedidas después de la fecha de parto. Esta situación de inestabilidad económica se refuerza con que para el 2017 con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo siete de cada diez mujeres de 15 años o más solteras con al menos un hijo nacido vivo no recibía ningún apoyo económico de parte de programas del gobierno o de una persona externa a su hogar.

"Cifras del primer trimestre de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2017 señala que, del total de mujeres solteras de 15 años y más con al menos un hijo nacido vivo, 41.8% trabajaron. De estas, 56.3% tienen entre 30 y 49 años. Solo 15.1% de las mujeres solteras menores de 30 años con al menos un hijo nacido vivo, trabajan. Destaca que 31.2% se encuentran en el sector informal, 12.2% en el doméstico remunerado y 38.6% están insertas en empresas y negocios, así como 16.4% laboran para instituciones". (INEGI, 2018, pág. 5)

1.3 ¿Cómo se vive la maternidad en Puebla?

El Estado de Puebla se encuentra ubicado en la zona-centro de la República Mexicana, con base en los datos de la página del INEGI (s.f), en el censo del 2015

había 6 millones 168 mil 883 habitantes, de los cuales 3 millones 225 mil 206 eran mujeres (52.3 %) y 2 millones 943 mil 677 eran hombres (47.7%), siendo el 5to Estado a nivel nacional con mayor número de habitantes, un 72% vivía en la zona urbana y el 28% en la rural, el Estado se encuentra dividido en 217 municipios.

Tiene una esperanza de vida de 72.1 años para hombres y 78 años para mujeres; para el 2016 se registraron 132 mil 823 nacimientos y 36 mil 353 defunciones. Respecto a educación, de la población de 15 años y más, se tiene un promedio de escolaridad de 8.5 años, es decir, un poco más de segundo año de secundaria, de cada 100 personas 56.2 % tiene educación básica y 19 % finalizó la educación media superior. Por otra parte, en el Estado existe la presencia de grupos indígenas como los Nahuas, Totonacas, Popolocas y Mazatecos. Su principal sector de actividad económica es el terciario, respecto a la actividad del comercio.

Respecto a la conformación de los hogares, para el 2015 se tenían registrados 1 millón 554 mil 026 hogares, de los cuales 29% tenían jefatura femenina y 71% jefatura masculina, esto en relación en que el 90% de los hogares son de tipo familiar. En el 2010 el Consejo Nacional de Población creó el informe sobre Perfil de salud reproductiva: Puebla, en el que se retomaron datos del 2010, los cuales arrojaron que para ese año.

“En Puebla hay poco más de 1.59 millones de mujeres en edad fértil (MEF) [15 a 49 años], que representan 52.9 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran 1.01 millones, 47.8% del total de mujeres. Es decir, en los últimos 20 años, la población femenina en edades fértiles creció 57.5 %, aunque su volumen se incrementa a velocidades cada vez menores, como ocurre en el conjunto de la población. Entre 1990 y 2000 el grupo de las MEF ascendió a una tasa de 2.9 %, mientras que en la última década lo hizo a razón de 1.7 por cada cien.” (Consejo Nacional de Población, 2011, págs. 14-15)

La relación entre grupos de edad fértil y el grupo de edad para el 2010 se distribuía de la siguiente manera:

Tabla 1: Relación entre grupo de edad fértil y el grupo de edad del año 2010

15-19 años	20-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años
18.9%	30%	14.4%	13.2%	11.4%	9.5%

Fuente: Consejo Nacional de Población, 2011

En el 2010 respecto a la actividad sexual “el 47.7 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) de Puebla se clasifica en sexualmente activas, 25.2 por ciento como sexualmente inactivas, y 27.1 por ciento sin relaciones sexuales, para el país los datos fueron de 52.9, 23.2 y 23.9 por ciento, respectivamente. En esta medida, 72.9 por ciento de mujeres en edad fértil estaría expuesta potencialmente a un embarazo por el ejercicio de su sexualidad.

Es de particular importancia observar este riesgo de exposición según grupos quinquenales de edad. El porcentaje de las MEFSA [mujeres en edad fértil sexualmente activas] inicia con 10.5 en las adolescentes, crecen con la edad hasta 67.0 por ciento entre 30 y 34 años, para descender en los últimos grupos; en cambio, el porcentaje de las MEFSI [mujeres en edad fértil sexualmente inactivas] aumenta de forma consistente, parte de 8.1 por ciento en las adolescentes y alcanza 41.7 por ciento en las de 45-49. En consecuencia, el porcentaje sin relaciones sexuales decrece conforme a la edad, desde 81.3 en las adolescentes, hasta valores mínimos de 5.2 en las mujeres que pasaron el periodo fértil”. (Consejo Nacional de Población, 2011, pág. 20)

Con relación a la situación conyugal, para el 2009, se tienen los siguientes datos:

Tabla 2: Puebla. Edad a la primera unión por cuartiles de dos generaciones, 1997 y 2009

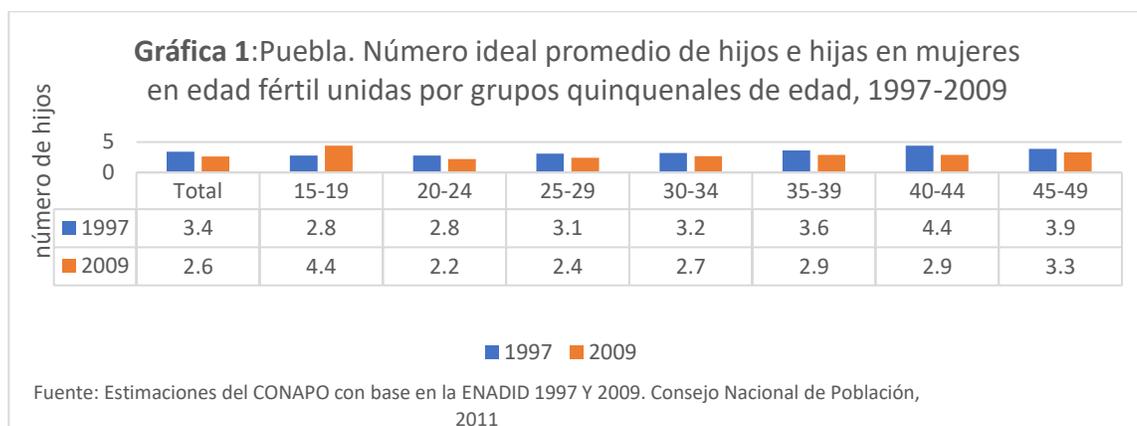
Generaciones	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			

25- 34	15.9	18.3	20.8
35-49	15.8	18.2	21.4
2009			
25-34	17.0	19.3	22.3
35-49	16.9	19.8	23.6

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 Y 2009. Consejo Nacional de Población, 2011.

“Al tomar en cuenta a todas las MEF de 25 a 34 años encuestadas en la ENADID 2009, la edad mediana al inicio de la vida sexual se da a los 17.8 años, mientras que la primera unión se presenta a los 19.3, lo que separa a ambos eventos en más de un año” (Consejo Nacional de Población, 2011, pág. 22), estos datos nos posibilita identificar la alta probabilidad que se presenten fenómenos como embarazo adolescentes y altos niveles de riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

“La probabilidad de que una mujer de Puebla tenga a su primer hijo antes de cumplir los 20 años de edad en la generación más reciente es de la misma magnitud que la del promedio de los estados en situación muy desfavorable, que fue de 32.7, y mayor al dato del país, de 31.4 por ciento” (Consejo Nacional de Población, 2011, pág. 22). Respecto a la tasa de fecundidad se tenía que para el año 2010 era de 2.34 hijos, siendo la edad de 20 a 24 años como la más alta. No obstante, respecto al número ideal de hijos se muestra una diferencia.



Por otra parte, respecto a la relación de tiempo entre la unión conyugal y la llegada del primer hijo, se muestra que “en 2009, el 46.0 por ciento de las mujeres de Puebla tuvo a su primer hijo en un lapso muy corto posterior a la unión, con una duración menor a un año, situación que era prácticamente igual 12 años antes (46.6%); el 31.4 por ciento tuvo a su primer hijo entre uno y menos de dos años” (Consejo Nacional de Población, 2011, pág. 24), un 31.4% tiene un lapso de 1 a menos de 2 años entre la unión y la llegada del primer hijo, 16% de un periodo de 2 a menos de 4 años, y 6.6 % de 4 años o más.

1.4 Clínicas de fertilidad en Puebla “Hacer el sueño realidad”

Los servicios que ofrecen las clínicas no sólo se reducen a cuestiones de intervenciones médicas, algunas clínicas también brindan servicios de apoyo psicológico, apoyo financiero y en los casos de usuarios extranjeros o de otras localidades del país en algunas clínicas se brindan asesorías para el traslado y el hospedaje.

En la siguiente tabla se describen los eslogan, lemas y misiones que manejan las clínicas de fertilidad ubicadas en el Estado de Puebla.

Tabla 3: Discursos sobre maternidad e infertilidad en clínicas de reproducción asistida de Puebla.

Clínica/ institución	Eslogan, lema y misión
GYRA. Centro de ginecología y reproducción asistida¹	<p>La imagen de inicio de su página web es el vientre de una mujer embarazada con un anillo de compromiso, las imágenes que se ocupan en el resto de las páginas son fotos de recién nacidos y mujeres embarazadas solas o con una pareja hombre.</p> <p>Se describen como un equipo de especialistas en el área de la reproducción humana en la ciudad de Puebla con más de 15 años en este campo y cuyo objetivo es la solución a los problemas de infertilidad donde ponemos nuestras</p>

¹GYRA. Centro de ginecología y reproducción asistida. Página oficial: <http://gyra.com.mx/home/index.html>

	<p>máximas capacidades para lograr el embarazo tan deseado.</p> <p>Misión: Nuestra misión es lograr la solución a la infertilidad en el menor tiempo posible, con la mejor tecnología en un marco de bioética con el precio más justo.</p> <p>Las frases de inicio de cada sección son: En México una de cada cinco o seis parejas que desean tener un hijo enfrenta la difícil situación de no lograr el embarazo. Si ustedes son una de ellas, en estas secciones encontrarán información valiosa que les permitirá tomar decisiones inteligentes.</p> <p>-Un profesional en salud con experiencia en infertilidad es de gran ayuda en la toma de decisiones.</p> <p>-Entre más pronto se consulte a un especialista calificado mayor será la posibilidad de lograr un embarazo.</p>
<p>Irega: Instituto de reproducción y ginecología de Puebla²</p>	<p>Se definen como una institución especializada en el cuidado de la mujer, su salud reproductiva y en tratamientos de infertilidad, donde el objetivo primordial es la prevención de enfermedades como el cáncer ginecológico, de cuello uterino y de mama. El control del embarazo es primordial mediante la vigilancia de todo el proceso hasta asegurar el nacimiento de un niño sano además de formar familias [...]Tenemos 20 años de hacer felices a miles de mujeres, contamos con un programa que permite optimizar y ahorrar en costos, asegurando un alto porcentaje de obtener lo que usted anhela. Garantizamos tu embarazo, proporcionando un “Ciclo de FERTILIZACIÓN IN VITRO en Garantía”.</p> <p>En el apartado de testimonio y BEBÉS IREGA sólo hay de las sucursales de Acapulco y Cancún, al final de la sección se muestran fotos de algunos casos.</p>

²Instituto de Reproducción y Ginecología de Puebla. Página oficial: <http://www.iregapuebla.com.mx/>

<p>Creafam: Clínica de Fertilidad en Puebla y Veracruz, 10 años de #sueños cumplidos³</p>	<p>Su lema es Sueños hechos realidad, su imagen de inicio es el vientre de una mujer embarazada, la cual tiene un anillo de compromiso.</p> <p>La filosofía de la empresa se encuentra en su apartado “Solo necesitas un sueño”, en el que se narra la historia de la reina Maha Maya, quien tenía 20 años casada sin tener hijos, pero en una noche un elefante apareció en sus sueños y le regaló una flor de loto y le hizo una incisión donde el elefante entró, tiempo después dio a luz a su hijo de nombre Siddhattha que significa deseo cumplido, quien posteriormente sería Budda. El elefante que se menciona es la mascota oficial, este apartado finaliza con la idea “Porque nos recuerda que no importa cuánto tiempo haya pasado, ni qué tan difícil parezca lograrlo. Donde hay voluntad hay un deseo cumplido. Solo necesitas un sueño y a lo mucho... Realizar una pequeña incisión”.</p> <p>En el apartado de testimonios titulado “Los latidos que tú querías”, se ejemplifica con historias de éxitos la efectividad de algunos de sus servicios.</p> <p>Existe otro apartado titulado “Saber es poder” en el que se brinda información general sobre los tratamientos, apoyo psicológico, cuidados de la salud reproductiva, cuidados maternos, etc.</p>
<p>Procrea⁴</p>	<p>Su lema es “the art of giving life” y su eslogan es “Procrea, somos expertos en fertilidad y reproducción”, su imagen principal es la foto con un bebé acostado con el título “El bebé de tus sueños”.</p> <p>Se definen como: Un centro de fertilidad y embarazo asistido de excelencia, especializado en el diagnóstico y</p>

³Creafam: Clínica de fertilidad en Puebla y Veracruz. Página oficial: <https://creafam.com/>

⁴ PROCREA. Página oficial: <https://www.procrea.mx/conoce-procrea/>

	<p>tratamientos reproductivos de alta, moderada y baja complejidad. Con lo cual garantizamos una solución para ti. Con años de experiencia, nuestros profesionales médicos han sido reconocidos por su práctica ética y clínica, te ofrecerán la información, tratamientos y seguimiento que requieras de manera personalizada. Entendiendo más que nadie, el deseo que tú y tu pareja sienten por ser papás.</p>
<p>Clínica de fertilidad Puebla⁵</p>	<p>Su logo es un bebé. Definen su labor como: la Clínica de Inseminación Artificial en Puebla nos dedicamos a tratar los problemas de infertilidad con las mejores técnicas, un trato amable y humano. Nuestro propósito es que todas las personas puedan cumplir su deseo de ser madres y padres. Para el envío de información para iniciar el contacto, se finaliza pulsando el botón que tiene como leyenda ¡Quiero volver mi sueño realidad!</p>
<p>INSERMER Puebla⁶</p>	<p>Su lema es “Especialistas en Medicina Reproductiva”, se definen como “un Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina Reproductiva que ofrece los mejores tratamientos de reproducción asistida para aquellas personas que desean concebir y han tenido dificultad para lograrlo. En sus imágenes de presentación tienen el siguiente discurso: Para cumplir tu sueño no necesitas de costos exagerados, pero sí de especialistas en biología de la reproducción. Al final de cada apartado de la página, aparece la leyenda “No pierdas la esperanza de ser Mamá” Hemos atendido desde los casos más simples hasta los casos más complicados que parecían no tener solución. Platícanos de tu sueño y nosotros te ayudamos.</p>

⁵ Clínica de Fertilidad PUEBLA. Página oficial: <https://www.clinicadefertilidadpuebla.com/>

⁶ Instituto Especializado en Medicina Reproductiva: <http://www.clientescm.com/insemer/index.html>

	<p>En la parte de testimonios aparecen varias fotos de los bebés con sus papás o el doctor y un video en el que una mujer con su bebé en brazos narra su experiencia.</p>
<p>Instituto Ingenes, Fertilidad y genética. Puebla⁷</p>	<p>Se definen como: Ingenes es el Instituto líder de infertilidad y genética con mayor experiencia y reconocimiento de Latinoamérica al realizar el mayor número de tratamientos con las más altas tasas de éxito. El equipo Ingenes Puebla está listo para bajar tu estrella del cielo.</p> <p>La frase con la que inicia la parte de Contacto es “Es momento de cumplir tu sueño de tener a tu bebé en casa” y aseguran que si no lo logran te regresan tu dinero.</p> <p>En su apartado de noticias mencionan los casos de éxito en casos difíciles, así como también, es importante recalcar que es el único instituto en el que sale una noticia sobre la diversidad de familias (mujeres solteras, pareja lésbicas y una mujer embarazada de 41 años) para las cuales se les menciona que pueden recurrir a técnicas de reproducción asistida para complementar a su familia y cumplir su sueño, así como a los tratamientos que podrían recurrir y se precisa que no se va a discriminar a nadie por su género, raza, religión, nivel socioeconómico, estado civil u orientación sexual.</p> <p>Los valores que guían a esta institución son: respeto, honestidad, trato humano y compasivo, compromiso, excelencia y seguridad.</p> <p>En la parte de testimonio se muestran 15 videos que narran historias de caso y también hay videos de la presencia de esta institución en realityshow en los que se aborda el tema, específicamente en el programa “Venga la Alegría”.</p>
<p>Fuente: Páginas oficiales de cada clínica de fertilidad en Puebla. Creación propia.</p>	

⁷ Instituto Ingenes, Fertilidad y Genética. Página oficial: <https://www.ingen.es.com/>

1.5 Métodos alternativos “Lo que todos recomiendan”

Ante malos resultados, o como métodos complementarios, varias mujeres que presentan dificultades para concebir recurren a métodos denominados como tradicionales o caseros, en el caso de México dichos métodos están estrechamente ligados a conocimientos de herbolaria y rituales pertenecientes a los grupos originarios de México, estos métodos varían según el lugar y la persona que lo realiza pero de manera general se tiene la creencia que algunos de estos métodos pueden ayudar en situaciones como cuando las mujeres no pueden lograr embarazarse, algunos de estos métodos son:

- **Limpias:** El método consiste en recorrer el cuerpo de la persona con un manojo compuesto de varias plantas, a veces este ritual puede estar acompañado por otros elementos como rezos, inciensos, velas, huevos, agua y plumas de aves. Las limpiezas tienen como finalidad liberar en un plano metafísico el bloqueo que pueden presentar las personas. Algunas de las plantas que se utilizan son: pirul, romero, santa maría, salvia, ruda, lavanda, albahaca, etc.
- **Baños de vapor o vaginales:** Aunque estos baños se pueden realizar en cualquier lugar los más populares son los baños de asiento o baños de temazcal, algunas de las plantas que se utilizan son: el romero, lavanda, orégano, caléndula, tomillo, manzanilla y albahaca. El procedimiento consiste en poner a hervir estas plantas que posteriormente se vacían en un recipiente, después, la persona se sienta con las piernas abiertas con el recipiente por debajo para que el vapor entre por su vagina a la vez que es cubierta con una cobija para que el vapor no escape. “Dado que el tejido vaginal es poroso y absorbente, el vapor ayuda a suavizar y abrirlo hacia el torrente sanguíneo y el útero. Este vapor herbal permite acelerar la circulación, adelgazando la mucosidad, limpiando el sistema reproductor, eliminando el exceso de membranas y adherencias” (Ecoosfera, 2016), esta práctica se realiza con la creencia de que el vapor caliente todos los órganos internos, principalmente el útero, para que pueda ser el óvulo más fácilmente fecundado, así como también, liberar las trompas de Falopio.

- **Apretón de huesos:** Esta práctica comúnmente la realiza una / un huesero, el cual, aprieta principalmente el área de la cadera y la cintura, ya que se cree que las mujeres pueden tener dificultades para embarazarse ya que la cadera no está lo suficientemente estrecha para retener correctamente al producto. La realización de esta práctica va acompañada de pomadas creadas a partir de la combinación de plantas, flores o hierbas medicinales.

2. Clínicas de reproducción asistida y uso de TRA

La implementación del uso de Técnicas de Reproducción Asistida como mecanismos en la búsqueda de la maternidad no sólo interpela a un plano médico, también trastoca ámbitos políticos y normativos que posibilitan o limitan su aplicación, por lo cual, este segundo apartado, tiene como finalidad identificar los lineamientos internacionales y nacionales a partir de los cuales se lleva a cabo el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida.

Desde el 2009 la Organización Mundial de la Salud estableció a la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo, lo que implicó que se crearán un conjunto de leyes que garantizaran que las personas que presentaran esta situación tuvieran acceso a los servicios necesarios. “La definición clínica de infertilidad implica la existencia de un estado dicotómico, ya sea que un embarazo se logre en doce meses-la infertilidad no está presente- o un embarazo no se consiga en doce meses, y por definición, la infertilidad está presente”. (Barbieri, 2006, pág. 517)

Posicionar a la infertilidad como enfermedad implicó reconocer cómo esta condición no sólo responde a aspectos biológicos, sino que influye en aspectos sociales y culturales, Fernando Zegers-Hochschild uno de los principales impulsores para que la OMS declarara la infertilidad como enfermedad, fue impulsando esta iniciativa a partir de considerar que “la infertilidad sí es una condición que puede generar pérdida de identidad de género; disminución sistemática de la autoestima; inestabilidad matrimonial; aislamiento social y menoscabo de estatus social; ostracismo y abuso- sobre todo en comunidades rurales-; ansiedad y depresión”. (Zegers-Hochschild, 2015)

Ante esto, la infertilidad se vuelve un tema de derechos ya que su presencia podría afectar el goce pleno de los derechos de las personas involucradas, esto ha provocado que grupos sociales en diversas partes del mundo exijan al Estado que garantice o facilite el acceso a TRA. “La imposibilidad de ser madre o padre limita las libertades y el derecho al libre desarrollo de la personalidad, así como el efectivo goce de los derechos sexuales y reproductivos”. (Pabón Mantilla, Upegui Toledo, & Otero González, 2017, pág. 174)

El uso de TRA interpela al derecho a la vida privada, el desarrollo de la personalidad y la integridad personal, el derecho de formar una familia y el derecho de beneficiarse del desarrollo y el progreso científico.

2.1 Internacional

Desde la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 por la Asamblea General de la ONU se ha reconocido la obligación de los Estados de garantizar el derecho de las personas para que gocen del más alto nivel posible de salud física y mental. Posteriormente en 1966 se aprobó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en el que específicamente en el artículo 12 se estipula que toda persona tiene el derecho al más alto nivel posible de salud, por lo que el Estado tiene la obligación de tomar las medidas que se consideren necesarias para que esto se cumpla. Ya específicamente respecto a los derechos sexuales y reproductivos su primera referencia corresponde a la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Teherán de 1968 en el que se estipula que era un derecho de las personas elegir libremente el número de hijos y los intervalos entre los nacimientos.

Posteriormente en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo en 1994 se estableció que

“la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir

hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. (Pabón Mantilla, Upegui Toledo, & Otero González, 2017, pág. 176)

No obstante, es importante hacer una aclaración sobre la diferencia entre salud sexual y salud reproductiva, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el 2000 emite la Observación General 14 respecto al artículo 12 del PIDESC, en la que menciona que el derecho a la salud abarca atención, educación e información sobre salud, incluyendo la sexual y reproductiva, esto ya que el goce de éste derecho es indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, a su vez, en la Observación General 22 del 2016 aclara que “la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad” (Bladilo, De la Torre, & Herrera, 2017, pág. 3), mientras que la salud reproductiva se refiere a la “capacidad de reproducirse y la libertad de tomar decisiones informadas, libres y responsables. También incluye el acceso a una gama de reproducción informada de salud, bienes, instalaciones y servicios para una toma de decisión informada sobre su comportamiento reproductivo”. (Bladilo, De la Torre, & Herrera, 2017, pág. 4)

Como complemento para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, se han ido creando diversos mecanismos internacionales, que buscan asegurar las mayores posibilidades de acceso a todos los rubros necesarios para garantizar estos derechos. En la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979, se estipuló que los hombres y mujeres tienen derecho a tener acceso a la información, la educación y los medios necesarios para elegir libremente sobre su número de hijos.

Como respaldo al derecho al acceso a las TRA, la Declaración sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en el interés de la paz y el beneficio de la humanidad de 1975, estableció que “los Estados deben adoptar las medidas necesarias para que la utilización de los logros de la ciencia y la tecnología contribuya a la realización más plena posible de los derechos humanos y las libertades fundamentales sin discriminación alguna por motivos de raza, sexo, idioma o creencias religiosas”. (Bladilo, De la Torre, & Herrera, 2017, pág. 9)

“En la Conferencia Mundial de la Mujer, que se celebró en 1995 en Beijing, determinó que los derechos reproductivos incluyen el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, que se celebró en 2013, se constató el poco avance en la meta de acceso universal a la salud sexual y reproductiva, y en razón de ello se planteó que el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo debe incluir la garantía del acceso universal a las técnicas de reproducción asistida”. (Esparza Pérez & Cano Valle, 2018, pág. 19).

El reconocimiento de este derecho implica que el acceso a las TRA se aplique sin restricción alguna por raza, género, orientación sexual, garantizando que cualquier persona pueda gozar plenamente de sus derechos sexuales y reproductivos. No obstante, aunque los Estados deberían de garantizar todos estos aspectos para un pleno goce de los derechos para sus ciudadanos, estos continuamente entran en conflicto con la ley interna de cada Estado.

Aunado a que el uso de TRA se enmarcan a una ampliación sobre los derechos sexuales y reproductivos, también obliga una reformulación sobre los códigos internos de los Estados respecto a la familia, esto ya que el uso de estas técnicas “sin duda ha desbordado las estructuras jurídicas conocidas hasta el momento, obligando a repensar y readecuar los cimientos de un derecho de familia basado en un concepto de familia heterosexual-matrimonial y centrada únicamente en dos fuentes filiales: la filiación por naturaleza y la adoptiva. En este marco, la reproducción asistida coloca en crisis los ordenamientos jurídicos clásicos, fundados en la heteronormatividad y en el binarismo como ejes centrales del derecho filial”. (Bladilo, De la Torre, & Herrera, 2017, pág. 7)

2.1.1 Uso de TRA a nivel internacional

El uso de las TRA se ha ido propagando en gran parte del mundo, sin embargo, su implementación no sólo ha sido con relación en garantizar los derechos sexuales y reproductivos, también han existido intereses económicos que han buscado fomentar y facilitar su implementación.

A nivel internacional Japón, Estados Unidos y España encabezan la lista de países en los que más se implementan tratamientos de reproducción asistida, para el caso de España, reportaron en el 2014 “28,669 partos durante ese año, haciendo uso de alguna TRA, y el nacimiento de un total de 33,934 bebés producto de la reproducción asistida” (Registro Nacional de Actividad , 2014), a su vez, con base en el registro de la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad (2016), existían para el 2016, 371 clínicas en España, Italia 350; Alemania 134 y Francia 104.

Respecto a los costos, “en España, una inseminación artificial puede costar unos 600-1.400€, mientras que una FIV entre 3.000 y 5.000€. En cambio, en Estados Unidos, teniendo en cuenta que dependerá del estado en el que se haga, podemos decir que una inseminación puede costar entre 300 y 1.000\$, mientras que una FIV puede suponer unos 10.000-20.000\$.” (Reproducción Asistida ORG, 2018)

Para el 2015 se mencionaba que los tratamientos de reproducción asistida realizados en Europa crecían un 5-10% cada año, específicamente España se ha posicionado internacional como un referente de la reproducción asistida, iniciando con que cuenta con una Ley de Reproducción Asistida desde 1988, para el 2018 “33 mil 472 bebés nacieron en España gracias a las técnicas de reproducción asistida. Un 8,2 % del total de los nacimientos” (Plá, 2019). Respecto a sus tasas de éxito se tiene que en “inseminaciones artificiales conyugales se sitúa en el 13%, mientras que en inseminaciones con semen de donante se alcanza el 24%. Por otro lado, en fecundación in vitro, el éxito se alcanza en un 50% de los tratamientos por embrión transferido, cuando el óvulo es de la paciente. En los casos, en los que se recurre a una donación de óvulos, la tasa aumenta al 65%”. (Plá, 2019)

Los especialistas consideran que las tasas de éxito siguen siendo bajas, por lo que han invertido mayor capital en investigaciones y ensayos, esto también con la intención reducir los riesgos de los tratamientos en mujeres mayores de 40 años, así como para reducir efectos secundarios del uso de estas técnicas como embarazos múltiples y partos prematuros.

Estas investigaciones y pruebas se han realizado principalmente por clínicas privadas, quienes buscan mejorar su la calidad de sus servicios, esto ya que la reproducción asistida también se ha vuelto un negocio importante, “el número de centros de reproducción asistida en España ha aumentado en un 61% desde el 2003” (Macedo, 2019), al punto de ser considerado un país de turismo de fertilidad, “en concreto, anualmente viajan a España 15 mil 000 parejas en busca de tratamientos en medicina reproductiva (el 40 por ciento de su turismo sanitario)” (redacciónmédica, 2017), para el 2020 se tienen contabilizadas 280 clínicas privadas y del sector público existían para el 2017 sólo 41 centros.

Algunos de los motivos por lo que España se ha vuelto un país atractivo en este tema es por la flexibilidad de sus leyes, la cual, posibilita que parejas homosexuales, principalmente de mujeres, puedan acceder a los tratamientos, así como mujeres solteras, a su vez, su ley sigue manteniendo el anonimato de los donantes.

Respecto a la posición que van adquiriendo las clínicas privadas en el mercado, para el 2017 se hablaba que “facturan de media más de 600 millones de euros al año, Se estima que el valor total de los tratamientos que se realizaron durante 2018 en España ronda los 615 millones de euros, lo que supone un crecimiento de un 30% en apenas cuatro años”. (Fresno, 2019)

Aunque pareciera ser España un país de oportunidades esto no aplica para todas las personas que desean iniciar un tratamiento de reproducción asistida, el servicio de salud pública solo proporciona tres intentos de FIV y solo lo cubre a mujeres hasta los 38 años, esta situación ha hecho que las clínicas privadas se posicionen como la mejor opción, algunas de sus ventajas son el hecho de que no existe una lista de espera, el número de intentos es ilimitado siempre y cuando no exista un riesgo para la salud de la mujer y el límite de edad es hasta los 50 años.

Esta situación ha generado que se hable de una privatización de la salud en temas de reproducción, pues aunque existe una gran demanda, el servicio de salud público no ha ampliado su cobertura ni mejorado sus condiciones para satisfacerla, a su vez, las leyes españolas le han apostado más a la flexibilidad dejando un gran

margen de acción a las clínicas privadas, situación que ha hecho que sus usuarios quedan a expensas a lo que estas decidan respecto a los tratamientos y costos, limitando el acceso a estos tratamientos sólo a ciertos grupos sociales que puedan solventar los altos gastos económicos.

En América Latina con base en el estudio sobre la salud reproductiva a nivel global, elaborado en 2016 por la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad (siglas en inglés IFFS), de forma conjunta con la OMS, se reportaron en “391 centros; [...] el país con el mayor número de centros es Brasil, con 180, seguido por Argentina, que tiene 60, y México, en donde se reportaron 48 centros”. (Esparza Pérez & Cano Valle, 2018, pág. 24)

De acuerdo con el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida del año 2012, 66% de los tratamientos de reproducción asistida en América Latina no concluyeron con un embarazo, 7% terminaron en abortos involuntarios y tan sólo 27% en embarazos exitosos. En total, de todos los procedimientos mediante [TRA] reportados por parte de las 155 clínicas que conforman el estudio, 52% correspondió a tratamientos de inseminación artificial, 22% a la transferencia de embriones congelados y 10% a procedimientos de fertilización in vitro”.(Zegers-Hochschild & et al, 2014,citado en (GIRE, 2015, pág. 222)

3.1 México

En el caso de México es importante partir de que es una república federal por lo que, aunque a nivel federal se han creado los mecanismos generales que regulan la aplicación de las TRA, a cada estado le compete lo respectivo al código civil sobre los aspectos que regulan la maternidad, paternidad, filiación, matrimonio y los delitos que pueden derivar de esas figuras.

“La mayoría de los estados, 28 para ser exactos, no contemplan las tecnologías reproductivas en sus códigos civiles. La falta de regulación por parte de los estados no significa que no existan clínicas de reproducción asistida. Lo único que significa es que en la mitad de estos estados no se reconoce la filiación entre hijo y madre e hijo y padre como consecuencia del uso de cualquier método de

reproducción artificial, por lo que permiten el desconocimiento de paternidad cuando hay nacidos vía reproducción artificial. Este vacío también significa que estos códigos pueden no tener ninguna restricción en el tipo de técnicas de reproducción asistida autorizada o prohibida explícitamente” (Jasa Silveria & Moreno Coca, 2017, pág. 116). Esto ha generado que gran parte de las clínicas trabajen sólo con base en sus lineamientos internos, dejando desprotegidos jurídicamente a los demás actores que intervienen.

“El acceso a la reproducción asistida implica el ejercicio de una serie de derechos humanos, entre ellos el derecho a fundar una familia, a la igualdad, a la no discriminación, a la autonomía reproductiva, a la salud y a beneficiarse del progreso científico, contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales que México ha ratificado y que de acuerdo con el artículo 1º constitucional son parte integrante de la Constitución”. (GIRE, 2013, pág. 166).

Sin embargo, estos derechos son vulnerados cuando se obstaculizan los accesos a los medios para que las mujeres puedan disfrutar plenamente de sus derechos, como se comentará posteriormente, todas las instituciones médicas públicas que prestan los servicios de TRA en México cuentan con requisitos de ingreso, lo que estaría violentando el derecho a las mujeres de gozar plenamente de sus derechos sexuales y reproductivos, ya que esto reduciría las posibilidades reales que puede llegar a tener una mujer que no cuente con la solvencia económica necesaria para adquirir estos servicios de manera privada.

“A nivel federal, las técnicas de reproducción asistida están reguladas en su generalidad por tres leyes: la Ley General de Salud, el Reglamento sobre Investigación para la Salud y el Reglamento sobre el Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos, Células y Cadáveres de Seres Humanos. En su conjunto éstas establecen la política general sobre derecho y servicios de salud, regulan detalladamente la política con relación en la planificación familiar y el trato de espermatozoides y óvulos, los

procedimientos y las condiciones para el uso de técnicas de reproducción asistida”. (Jasa Silveria & Moreno Coca, 2017, pág. 112).

- La ley General de Salud se encarga de organizar, controlar y vigilar a los establecimientos y personal que preste los servicios de salud médica de adultos y materno-infantil, así como el control sanitario de cadáveres, órganos y tejidos.
- El Reglamento sobre Investigación para la Salud regula los aspectos sobre planificación familiar, los procedimientos generales y limitaciones de reproducción asistida
- El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 56 respecto a cuando “la inseminación es artificial (homóloga o heteróloga) e incluye la fertilización in vitro establece explícitamente que las técnicas sólo se utilizarán cuando se aplique a la solución de problemas de esterilidad que no se puedan resolver de otra manera, respetándose el punto de vista moral, cultural y social de la pareja, aún si éste difiere con el investigador. El artículo 22 del reglamento define como consentimiento informado como el acuerdo mediante el cual el sujeto de la investigación o en su caso su representante legal, autoriza su participación en la investigación (para la fertilización in vitro) con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna” (Jasa Silveria & Moreno Coca, 2017, págs. 112-113).
- El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en conjunto con el Reglamento sobre el Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos, Células y Cadáveres de Seres Humanos, establecen los principios para el uso de órganos y tejidos para fines terapéuticos y prohíbe su comercialización.

Como órganos complementarios a estos reglamentos y a la Ley general de la salud,

“el Centro Nacional de Trasplantes (Cenatra) y la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) son los organismos que se encargan de monitorear la función de estas clínicas y los procedimientos de reproducción asistida. Sin embargo, su función se limita simplemente a monitorear y no a supervisar ni a reglamentar, por lo que existe omisión legislativa sobre el manejo de embriones que pudieran resultar de la fecundación entre las células germinales, sobre las técnicas de obtención de gametos, conservación y que pasa con los embriones sobrantes, resultado de un proceso de fertilización. Sin embargo, sí existen normas oficiales que establecen una serie de requisitos para obtener un permiso para operar como una clínica especializada en reproducción asistida”. (Jasa Silveria & Moreno Coca, 2017, pág. 114)

Pese a que la presencia de las clínicas de fertilidad cada vez es más relevante, el marco legal vigente ha quedado desfasado, al no responder de manera asertiva a las demandas, caracterizándose principalmente por su ausencia en muchos rubros, ya que pese a que se han presentado en diversas ocasiones iniciativas a nivel nacional muchas de ellas no han sido aprobadas o los cambios no han sido suficientes.

Como se mencionaba anteriormente, con el paso del tiempo se han ido presentado iniciativas respecto a la regulación de las TRA, algunos de los temas a tratar han sido sobre la responsabilidad sobre las células germinales, el inicio de la vida, el estatus jurídico del embrión, sectores sociales que podrán tener acceso al uso de TRA tomando aspectos como estatus civil, situación económica y orientación sexual, la disposición de embriones y la intervención de donantes.

Del 2008 al 2011, se presentaron a nivel federal 8 iniciativas, que en general proponían reformas a la Ley General de Salud, así como la creación de la Ley de Reproducción Humana Asistida y la Ley de Subrogación Gestacional, en el 2012 y en el 2016 los diputados del PAN presentaron iniciativas con relación a mejorar la calidad de vida de las madres y los recién nacidos, y para una mejora en la regulación de las clínicas.

A inicios del 2018, la diputada del Partido Revolucionario Institucional (PRI) Madrigal Méndez presentó una iniciativa a la Comisión de Salud que tenía la propuesta de “expedir la Ley General de Técnicas de Reproducción Asistida, en la cual se plantea prohibir la clonación de seres humanos con fines reproductivos y cualquier práctica eugenésica con la que se pretenda elegir características genéticas o fisiológicas” (H. Congreso de la Unión, México, 2018), esto en relación a algunos casos controversiales en los que la ley no ha sabido actuar, como es el caso de la venta de vientres o maternidad subrogada, así como el nacimiento en el 2016 de un niño con la presencia de 3 ADN diferentes.

En el caso de Puebla, sólo se encontró una iniciativa estatal para el año 2010 por parte de la diputada del PRI María del Rocío García Olmedo para combatir los delitos contra la vida y la integridad corporal que se presenten por la Procreación Asistida e Inseminación Artificial y Manipulación Genética.

Por otra parte, aunque estas iniciativas han sido en búsqueda de mejorar las condiciones en las que se aplican las TRA, también ha sido criticadas, como lo menciona Gerardo Barroso, miembro de la Academia Mexicana de Medicina en una entrevista al periódico “El País”, estas iniciativas perpetúan la idea de que “se restringe el uso de estas técnicas a matrimonios entre hombres y mujeres. Esto es discriminatorio, inconstitucional y va contra los tratados que ha ratificado México, denuncia Medina, porque el derecho de formar una familia y beneficiarse de los avances científicos no excluye a las parejas homosexuales ni a las madres o padres solteros. La última iniciativa refleja un grave desconocimiento del tema y la presencia de lobbying de grupos ultraconservadores como el Frente Nacional por la Familia y que impulsan una visión más restrictiva”. (Camhaji, 2016)

3.1.1 Uso de TRA a nivel nacional

En el 2016 la Cofepris tenía registrados 89 centros y/o establecimientos públicos y privados que ofertaban servicios de técnicas de reproducción asistida, a nivel regional “la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida para el 2010 agrupaba a treinta y tres centros médicos en México, reportó la realización de casi cinco mil procedimientos generales de reproducción asistida humana en los centros afiliados.

Para 2012, esa cantidad aumentó radicalmente a 82,000, organizaciones que investigan la industria estiman que a nivel Latinoamérica, México está en tercer lugar en número de tratamientos de reproducción asistida, y en cuarto lugar a nivel mundial en número de clínicas reportadas y número de procedimientos”. (Jasa Silveria & Moreno Coca, 2017, págs. 108-109)

En México algunas instituciones públicas brindan procedimientos de baja y alta complejidad, como son “el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinoza de los Reyes” (INPer); el Centro Médico Nacional (CMN) “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE); Hospital Central Sur de Alta Especialidad, de Pemex y el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”. (Esparza Pérez & Cano Valle, 2018, pág. 41), sin embargo, estos hospitales comparten en sus requisitos de ingreso que este servicio sólo se presta a mujeres menos de 35 años y que se encuentren casadas o en concubinato con un hombre, sobre la cuestión económica no todos cubren totalmente los gastos, mayormente sólo es parcial, dependiendo del procedimiento que se requiera.

Tabla 4: Clínicas y hospitales públicos en México que ofrecen tratamientos de reproducción asistida: Número y costo de tratamientos.

Agosto 2012- diciembre 2013	Información	Tratamiento	Éxito	Costo
Centro Médico Nacional Hospital 20 de noviembre (ISSSTE)	2,278	284	3%	Sin costo para derechohabientes
Hospital de la mujer	541	541	5%-baja complejidad	Estudio socioeconómico

Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”		524	14%- IA FIV- 34%- 39%	\$7,000- Inseminación artificial \$30,000 Fecundación Invitro
Clínica de Especialidades de la Mujer (ISSFAM)	1,664	470	33%	Estudio socioeconómico
Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”		524		Gratuito para afiliados al seguro popular

Fuente: (GIRE, 2015)

Aunado a eso, es importante precisar que todas las clínicas y hospitales públicos que ofrecen el servicio de TRA tienen filtros para iniciar el tratamiento, lo cual genera que mujeres que no cumplan con estos parámetros estén desde el inicio excluidas, dejándolas sólo con la opción de acceder a estos tratamientos por medio de servicios privados.

Tabla 5: Filtros para acceder a tratamientos de reproducción asistida en clínicas y hospitales públicos en México

Clínica/centro médico/Institución / Hospital	Edad hombre y mujer	Estado de salud	Estado civil	Hijos previos
Centro Médico Nacional Hospital 20 de noviembre (ISSTE)	M:36 H:55	Sin enfermedades transmisibles	Parejas casadas o concubinato	Máximo un hijo previo
Instituto	M:36	Un año de relaciones	Parejas	

Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”	H:55	sexuales sin protección sin lograr un embarazo	“estables” compuestas por un hombre y una mujer bajo cualquier régimen de convivencia	
Clínica de Especialidades de la Mujer (ISSFAM)	M: 40 H:50	Usuarios emocionalmente estables sin enfermedades que pongan en riesgo su vida durante el embarazo o que puedan transmitirse	Parejas constituidas legalmente	Menos de dos hijos vivos con su pareja actual
Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”	M: 18-37 H:18-55	Infertilidad o pérdida de dos o más embarazos consecutivos	Mujer y su varón	

Fuente: (GIRE, 2015)

Por otra parte, es importante precisar que la estimación del costo del tratamiento se encuentra estrechamente ligada a su grado de efectividad, por lo que tratamientos con mayor probabilidades de éxito como un tratamiento de ovodonación, con un 80% de efectividades , puede llegar a tener un costo mucho más elevado, que un tratamiento de inseminación artificial que tiene un 20%, también es importante recalcar que estos niveles de efectividades, están estrechamente conectados con la edad y las condiciones biológicas de los pacientes.

3.1.2 Puebla

Con base en los registros de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, en el estado de Puebla sólo se encuentra una clínica certificada, que corresponde a la clínica GYRA de Puebla, sin embargo, realizando una búsqueda en la plataforma de Google se muestran más opciones, la mayoría como un área de especialidad de un hospital.

A continuación, se hará una descripción breve sobre los servicios que ofrecen clínicas o institutos de fertilidad en Puebla, estos datos se recogieron de sus páginas web oficiales.

- **GYRA**

Los tratamientos que ofrece son: donación de óvulos, fecundación In Vitro, tratamiento de las trompas obstruidas, tratamientos para ovulación, vitrificación de óvulos, tratamiento de la endometriosis, Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides, donación de óvulos. En su apartado de estudios de caso muestra la foto de 54 niños/as.

- **Instituto de reproducción y ginecología (IREGA)**

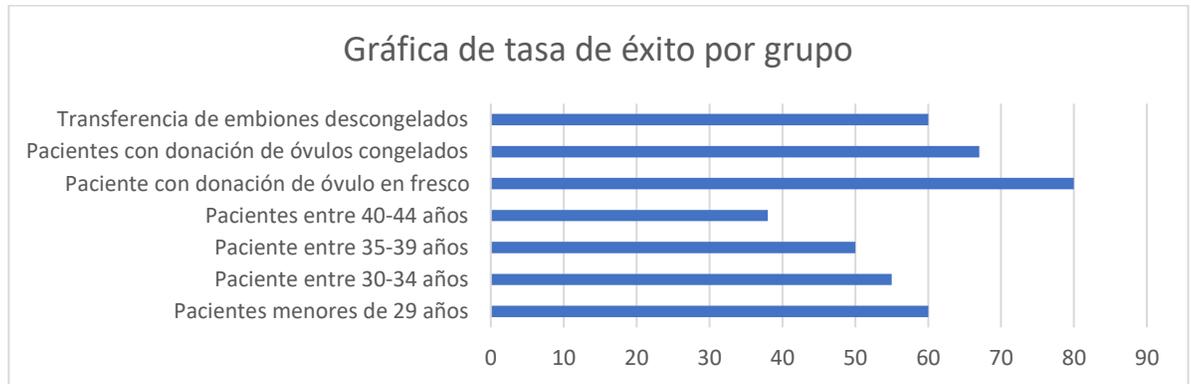
Los tratamientos que ofrece son: banco de semen, biopsia testicular, donación de óvulos, fertilización In Vitro, inseminación artificial, inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), selección de sexo y diagnóstico genético preimplantacional.

Este instituto se encuentra en la torre médica del Hospital Puebla, como complemento a su servicio, da apoyo nutricional y psicológico, este instituto tiene otras sucursales en Acapulco y Cancún, y su página de internet tiene la facilidad de traducirla a inglés ya que cuenta un contacto para USA y Canadá. En su apartado de paquetes menciona que este instituto trabaja con compañías farmacéuticas para minimizar gastos y que el costo de los medicamentos de inducción depende de cada caso.

Este instituto está certificado por Cofepris, está certificado en turismo de salud México, tiene certificación por la Asociación Mexicana de Medicina

Reproductiva. Respecto a su tasa de éxito que muestra su página oficial, el 59% tiene un resultado exitoso en su primer tratamiento por medio de Fecundación In Vitro, 81% en su segundo tratamiento y 91% en su tercer tratamiento, se dividen de la siguiente manera:

Gráfica 2: Tasa de éxito por grupo del Instituto de reproducción y ginecología (IREGA)



Fuente: Instituto de reproducción y ginecología (IREGA), (s.f.) Gráfica de tasas de éxito por grupo <http://www.iregapuebla.com.mx/tasa-exito.html>

- Clínica de Fertilidad Puebla y Veracruz. (Creafam)

Es una clínica en funcionamiento desde 2008, los servicios que ofrecen son: selección de sexo, consultas sobre medicina reproductiva y endocrinología ginecológica, banco de ovocitos y espermias, ICSI, PICSI, Fecundación In Vitro con sistema primo visión, laboratorio de análisis clínicos, histeroscopías y laparoscopías, aspiración folicular y transferencia de embriones, medicina materno fetal, laboratorio de andrología; estos servicios se complementan con acompañamiento psicológico, nutrición, una calculadora de ovulación electrónica y en desde la página pues realizar un autodiagnóstico. El precio de su consulta diagnóstico es de \$1000 el cual se puede abonar al pago del tratamiento.

Respecto a los casos de éxito menciona que llevan a cabo 800 (98%) casos de éxito al año, con pacientes nacionales y extranjeros.

- PROCREA

Los servicios que ofrecen son coito programado, inseminación intrauterina, FIV, mini FIV, ICSI, PICSI, inyección intracitoplasmática, eclosión asistida, donación

de óvulos y semen, criopreservación, cultivo secuencial, inseminación artificial con semen de donante, vitrificación de óvulos, transferencia embrionaria o de blastocistos, doble donación e incubadora de embriones, laboratorio de andrología, diagnóstico genético Preimplantatorio; aunado a estos ofrece consultas sobre ginecología y obstetricia, medicina materno-fetal, nutrición, psicología. Tiene otra locación en CDMX, y su página es traducible al inglés. Cuenta con contenido específico para la comunidad LGBT que desean acceder a sus servicios.

Sus médicos están certificados por Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C, tiene vinculaciones con la Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción, American Society for Reproducción Medicine, The American College of Obstetricians and Gynecologists, entre otros.

- Clínica de fertilidad Puebla.

Los servicios que ofrecen son FIV, inseminación artificial y congelación de óvulos y espermatozoides. La consulta de valoración tiene un costo de \$2400, como complemento ofrece acompañamiento psicológico, tiene otras locaciones en CDMX, Querétaro y Guadalajara.

- INSEMER Puebla

Ofrece los servicios de inseminación artificial, banco de semen, donación de óvulos, atención ginecológica, asesoramiento genético, apoyo emocional y congelamiento de óvulos y semen.

Está certificada por la Asociación mexicana de Medicina de la Reproducción, American Society for Reproducción Medicine y el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C, etc. Tiene sucursales en Guadalajara, Aguascalientes, Mérida, Mexicali, CDMX, Querétaro, Terrón y Villahermosa. También ofrece cursos de especialización y talleres para certificar a nuevos médicos en el área.

- Instituto Ingemes, Fertilidad y genética. Puebla

Sus servicios son FIV, ICSI y PICSI, unidad de embriología, unidad de genética, unidad de andrología, medicina materno-fetal, tratamientos quirúrgicos y

donación de semen y óvulos. Como complemento ofrece apoyo nutricional, seguimiento durante el embarazo y talleres psicorporales, programas de preservación y diagnóstico de fecundidad

Respecto a la cuestión económica, menciona que se dan asesorías al inicio y durante el desarrollo del tratamiento asignado, así como también existen apoyos y paquetes económicos, llamados Bajando Estrellas del Cielo BEC (+), y se les regresa el dinero si en programa BEC+ no se logra. En caso de que el usuario será una persona foránea, brinda información y contacto de hoteles de la ciudad.

Trabaja en conjunto con CONACYT para el desarrollo de investigaciones, tienen el reconocimiento de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (RedLara) y del Centro de Fertilidad de Illinois.

Tiene a parte una página exclusiva en inglés, y el contacto para llamar desde USA y Canadá, esta página muestra el mismo contenido que en la de español, sólo se le agrega un apartado sobre turismo médico.

Respecto a su tasa de éxito basada en recién nacidos, menciona que: tiene una tasa de 96%, siendo la más alta de Latinoamérica, incluso superando a clínicas estadounidenses, estando arriba del promedio en un 240% de las clínicas de México.

Gráfica 3: Instituto Ingenes, Fertilidad y genética. Puebla, Probabilidades de bebé en casa con programa BEC



Fuente: Instituto Ingenes, Fertilidad y genética. Puebla, (s.f) Probabilidades de bebé en casa con programa BEC. <https://www.ingen.es.com/por-que-ingen.es/tasas-de-exito/>

Conclusiones

En la primera parte de este capítulo se abordaron las representaciones que se han formulado respecto a la maternidad desde el Estado y se pudo identificar la manera en cómo se ha construido la vinculación entre mujer-maternidad, enfatizando cualidades como el cuidado de los niños, la gratitud y el servicio, nombrándolas cualidades innatas a la identidad femenina.

Estas representaciones se han configurado con finalidades relacionadas a las coyunturas políticas del país, teniendo un papel clave en la configuración del proyecto de nación, posicionando a la maternidad en un plano público y político.

Posteriormente, respecto a las condiciones sociodemográficas de la maternidad en México y en Puebla, se puede distinguir que es el grupo de adolescentes el más preponderante respecto a nacimientos, pero a su vez es importante recordar que el número de hijos por mujer ha disminuido con el paso de los años, así como también que el grupo de mujeres que ejercen la maternidad en unión libre o sin ningún tipo de unión va en aumento.

Respecto al discurso que ocupan las clínicas de fertilidad se pudo visibilizar que gran parte de sus campañas están dirigidas a las mujeres, en las que se refuerza la idea de ligar la felicidad de la mujer y de su relación de pareja con el tener a un hijo, enmarcando que dicha felicidad y maternidad se encuadra en una norma heterosexual, este mismo marco se presenta en las instituciones públicas que ofrecen este servicio.

También se pudo identificar que existe poca transparencia respecto a la tasa de éxitos de las clínicas ya que sus páginas de internet están más enfocadas en los servicios que ofrecen que en los resultados, esto se relaciona con la limitada materia legal que existe para la regulación de las clínicas, ya que pese a que se cuenta con marcos reguladores internacionales, la legislatura en México y en cada uno de sus Estados sigue siendo incipiente, lo que sigue fomentando un gran apogeo de estas clínicas a tal punto de ser considerado México un país de turismo médico para el uso de TRA, pero dejando desprotegidos en algunos aspectos a las personas que recurren a sus servicios.

Capítulo 2. Marco teórico

En este apartado se presentan las herramientas teóricas-epistemológicas mediante las cuales se desarrollará esta investigación. Se pretende crear un cuerpo teórico de las 3 principales categorías: diagnóstico médico, cuerpo y maternidad. El posicionamiento del siguiente trabajo es en marco del paradigma epistemológico hermenéutico-comprensivo y del paradigma feminista.

En este subapartado se recuperan los principales aportes hechos desde la sociología, enfatizando sus ramas de estudio la sociología del cuerpo, la sociología de la salud, y de la sociología del género y la sexualidad. A su vez, en este apartado se busca problematizar las tres categorías claves, a partir de reconocer la dimensión social de cada una, esto en pro de profundizar los análisis que se han hecho sobre el tema del uso de técnicas de reproducción asistida.

La organización de este apartado consta de tres subapartados, en el primero se hace una revisión de los principales abordajes sociológicos que se han hecho respecto a la cuestión de la enfermedad y sus elementos, con la intención de problematizar que el proceso salud-enfermedad no sólo corresponde a condiciones biológicas, también es interpelado por elementos políticos, económicos, sociales, culturales, de género e históricos, específicamente en la manera en la que opera ante un diagnóstico de infertilidad femenina.

En el segundo subapartado se recuperan los aportes de la sociología del cuerpo, en el que se busca deslumbrar la manera en que son trastocados los elementos biológicos del cuerpo humano por construcciones sociales y culturales, posicionando al cuerpo ya no sólo desde el plano biológico, sino que, deviene con relación al contexto en el que está posicionado.

Finalmente, se mencionan los aportes de la sociología respecto a la maternidad, reconociéndola a partir de 3 dimensiones: institución, práctica y emoción. Para esta categoría se recuperan los trabajos de teorías feministas respecto a la construcción social de la maternidad, las cuales han propuesto recuperar a la maternidad no sólo a partir del mandato social, sino también, recuperando la agencia de las mujeres en su búsqueda por la maternidad.

1. Diagnóstico médico

A partir de la sociedad moderna, el fenómeno salud- enfermedad no sólo ha hecho referencia a un proceso meramente desde el área de la biología, también ha puesto en evidencia la manera en la que el poder de la institución médica, sustentada en la idea de la normalidad – desviación opera en la forma en la que se configura lo que es salud y lo que es enfermedad. Autores como Michel Foucault han puesto evidencia que el discurso a partir del que se sustenta la medicina moderna no sólo hace referencia a la cura de enfermedades, también es un discurso a partir del cual se articulan relaciones de poder que va delimitando y definiendo la manera en la que deben y son constituido los sujetos y la sociedad.

“En el nacimiento de la clínica Michel Foucault (2011) señala que la medicina moderna ya no se limita a conocer y curar las enfermedades, también se ocupa fundamentalmente para promover la salud, la virtud y la felicidad. Genera a la vez un conocimiento de lo que es ser una persona sana, que se define como no enferma y se convierte en modelo de vida. Con este accionar, la medicina va tomando una postura normativa, autorizándose a regir las relaciones físicas y morales de los individuos y las sociedades. El saber sobre la enfermedad exige el momento dogmático de la nominación, añadiendo desde el exterior un lenguaje que, lejos de transmitir verbalmente la verdad de la enfermedad, la constituye como tal”. (Soledad Trupa, 2017, pág. 89)

Ante esto, la medicina moderna ha sustentado, legitimado y reproducido su poder a partir de un modelo médico hegemónico, el cual, produce un discurso de diagnóstico médico no sólo a partir de las condiciones biológicas del cuerpo, sino que el proceso de elaboración del diagnóstico médico y la manera en la que opera en la vida de los sujetos es configurado a partir de que ,en su interior perpetúa dinámicas de normalización, las cuales determinan aspectos como los medios de curación, se le asigna la categoría de cuerpo enfermo y la persona es conceptualizada como enfermo o desviado.

La medicina moderna ha sustentado su práctica a partir de lo que algunos autores como Menéndez (1978); (1990) han conceptualizado como Modelo Médico

Hegemónico, el cual se caracteriza ya que “a ese estilo de medicina que devino dominante desde principios del siglo XIX, bajo el capitalismo, y que, además de fundamentar jurídicamente su apropiación exclusiva de la enfermedad, privilegió una mirada sobre ella biologicista, individualista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática”. (Castro, 2011, pág. 298)

1.1.1 Diagnóstico médico – enfermedad

La medicina moderna ha sustentado su legitimidad y objetividad en un discurso que se encuentra sustentado por la biología y lo natural, posicionando a los cuerpos enfermos como desviaciones de estos dos aspectos, el discursos al cual no se le ha cuestionado y se le ha dado por hecho, a aparte se ha legitimado por medio de otras instancias, principalmente la jurídica, sin embargo, siguiendo el pensamiento de Foucault estas categorías de biología- naturaleza en realidad no tienen un sustento que describa materialmente a los cuerpos, sino que, son discursos creados a partir de ciertos contextos y que perpetúan relaciones de poder, esto en aras de determinar lo natural- antinatural.

En este escenario, “retomando Michel Foucault (1996); (2009) sobre la biomedicina –que él denomina simplemente como medicina- entendemos a la biomedicina como un complejo dispositivo sociohistórico que interviene los cuerpos y producen así sentidos sobre la “naturaleza” y “biología” de los mismos, la cual tiene un rol destacado en la configuración de lo normal/lo sano y lo anormal/patológico, su capacidad y legitimidad social para producir “verdades” sobre los cuerpos, sobre su naturaleza y su biología”. (Soledad Trupa, 2017, pág. 90)

Ante esto, el estudio del proceso salud- enfermedad, el saber médico, la práctica médica, de sus actores, organizaciones y dinámicas internas han sido objeto de estudio de la sociología desde la rama de la sociología de la salud/medicina, la cual, ha buscado dar explicación a estos procesos y elementos, permitiendo vislumbrar “cómo el desarrollo económico y científico, sustentan una manera de entender la salud y la enfermedad, y las medidas para mejorar el estado de la salud, de acuerdo a la comprensión y a los intereses económicos e ideológicos

- sociales - sanitarios que dominan en cada época histórica". (González de Chaves Fernández, 1993, pág. 1)

Desde la teoría funcionalista, Talcott Parsons aborda la relación entre enfermedad y estructura a partir de la idea del "papel del enfermo", en el que la enfermedad se concibe como una desviación social.

"Cuando alguien se enferma y no puede hacer sus tareas correspondientes, trastoca su rol original, se ha "desviado", por lo que debe "fijarse" a otro para no alterar la estructura total de roles y poderes, y así quedar incluido en el sistema normativo, institucional. La práctica médica, sobre la base de conocimientos científicos, destina su funcionamiento al control de la enfermedad y, a través de la designación del título de "enfermo", resigna nuevos papeles y rompe así la ruptura. La medicina funciona de esta manera como una institución profesional de control social y representa la reacción de la sociedad frente a la desviación". (Lejarraga, 2004, pág. 272)

Ante esto, la enfermedad no sólo corresponde a una desviación desde el modelo biomédico, también representa una desviación respecto a la estructura social, por lo que "la enfermedad es un tipo de desviación de un conjunto de normas que representan la salud y la normalidad; y la medicina se convierte en una actividad moral que descubre aquella cosa que son indeseables. La enfermedad, como un estado social, implica cambios en la conducta; precisamente cuando el médico diagnostica la enfermedad cambia la conducta del hombre". (A. Rodríguez, 1981, pág. 100)

En marcado en esta corriente conductual, Mechanic (1961) propuso el término de conducta frente a la enfermedad (illness behavior), "el concepto fue propuesto para abrir paso a la innegable realidad de que los individuos son capaces de dar significado e interpretar sus circunstancias, en este caso, aquellas circunstancias relacionadas con la salud y la enfermedad, y de comportarse de acuerdo con ello". (Castro, 2002, pág. 29)

Sin embargo, la mirada desde esta corriente pone hincapié a los factores estructurales de la medicina que sigue determinando en gran medida los límites a partir de los cuales los enfermos pueden darle significados a sus experiencias, dejando limitando la manera de recuperar la experiencia subjetiva, ya que se centra en distinguir las conductas tangibles, “se asume que la existencia de las fuerzas sociales que rodean a los individuos determina lo que perciben y sienten, por consiguiente, la manera en la que “le dan nombre” a sus síntomas médicos”. (Castro, 2002, pág. 31)

Por otra parte, y con la intención de recuperar la experiencia subjetiva se ha recurrido al concepto de representación social, con el que se ha buscado vincular contexto y experiencia. “El orden simbólico no es sólo el mero reflejo de la realidad. Las concepciones que la sociedad se forma acerca de los enfermos y que ellos internalizan y sostienen— orientan, organizan y legitiman las relaciones sociales y, en cierta medida, producen la ‘realidad’ de los enfermos”. (Herzlich & Pierret, 1985, pág. 146)

No obstante, este enfoque ha dejado de lado de cierta manera los factores contextuales que trastocan la experiencia, así como también, al retomar las representaciones sociales como diferente de la opinión y que tiene vida propia, tiende a homogeneizar a los individuos al no considerarlos como agentes activos y creativos.

“El eje del análisis debe ser entonces la etiología del significado de un estado: qué consenso social se ha construido y sigue reproduciéndose alrededor de estos juicios, qué significa la desviación para la sociedad y cómo reaccionamos frente a ella, qué nociones cotidianas pueden repensarse y desarticularse, qué actitudes pueden transformarse. La desviación no presenta cualidades propias fijas y universales, sino que es una atribución, por lo que el eje de análisis de esta debe pasar por aquél que la construye: nosotros mismos”. (Lejarraga, 2004, pág. 273)

Ante esto, y para fines de este trabajo, se recupera el enfoque hermenéutico, el cual, busca vincular las estructuras sociales en las que se encuentra situado los

sujetos y la experiencia de la enfermedad, es decir, los aspectos estructurales, así como la experiencia subjetiva sobre la enfermedad, entablando una relación de interdependencia y autonomía.

“Para lo cual se retomarán los aportes de Alves & Rabelo (1997) quienes consideran que “dentro de la narrativa que describe el padecimiento [...] se despliegan las características estructurales básicas de su propia sociedad. Al mismo tiempo, derivados de dicho contexto la misma narrativa exhibe un conjunto de claves, imágenes y metáforas que producen un dominio intersubjetivo a partir y dentro del cual los individuos pueden moldear y comunicar sus experiencias a otros. Tales narrativas, sostienen los autores, reflejan simultáneamente la percepción que tienen los individuos de su mundo, al mismo tiempo que conlleva a una forma específica de caminar por él”. (Castro, 2002, pág. 102)

Sin embargo, aunque se ha planteado el modelo médico hegemónico como aparato legítimo en la determinación de la relación salud-enfermedad y el rol al que se asigna a los cuerpos enfermos en la estructura social, este modelo también ha sido cuestionado. Lo que también pone en evidencia, retomando el enfoque holístico de la enfermedad, que no hay un proceso lineal entre el diagnóstico médico y el rol de la persona en la estructura social, sino que, el sujeto cuestiona este proceso del diagnóstico y busca otras explicaciones, como puede ser por medio de la medicina tradicional.

Así, Menéndez (1992) señaló que el agotamiento de los grandes sistemas ideológicos se vincula con la incapacidad de los grandes paradigmas teóricos de dar cuenta satisfactoriamente de los diversos niveles de la realidad. Ello, sostiene, ha impulsado una creciente tendencia a buscar en la acción social (prácticas, estrategias, transacciones, etc.) las explicaciones de los fenómenos de salud-enfermedad, más que en las macroestructuras sociales”. (Castro, 2011, pág. 301)

1.1.2 Diagnóstico médico y género

Así cómo se ha distinguido la influencia de factores contextuales en el proceso salud-enfermedad, el género también es una categoría que opera de manera

diferenciada en el proceso. La autora Verbrugge (1985) propone que estas diferencias se pueden agrupar en cinco categorías: a) diferencia debidas a una exposición diferente a los riesgos, b) diferencia sobre cómo se adquieren los riesgos de enfermedad y lesión, c) diferencias debidas a factores psicosociales, d) diferencias debidas a un a una mirada sexista por parte de los médicos, e) diferencias en la atención médica y cuidados. Entorno a esto, diversas teóricas han analizado la manera en que se ejerce e influye la práctica médica en cuerpos femeninos, uno de los tópicos en los que se ha enfatizado es el de la reproducción.

Oakley (1984) analizó la manera en la que el embarazo y el parto se fueron moviendo en el espectro del dominio médico, bajo una perspectiva de control y objetividad sobre el cuerpo de las mujeres, aunada a esta postura Treichler (1990) identifica cómo esta concepción del parto como evento médico implicó su institucionalización, estableciendo al hospital y a la medicina moderna cómo el lugar ideal para llevarlo a cabo, a su vez Rothman (1978) examina la manera en que esta institucionalización determinó que dicha actividad correspondía al dominio de los hospitales y médicos, dejando de lado la experiencia de las mujeres, las cuales sólo deben obedecer las órdenes que le sean dictadas para que el evento se pueda cumplir “satisfactoriamente”, aunado a eso otras autora , como Gordon (1978) mencionan que las prácticas anticonceptivas responden más a este discurso de control de la medicina que a una libertad de las mujeres.

Desde el análisis del discurso médico autoras como Scully & Bart (1978) y Martin (1987) han analizado como ha sido concebido el cuerpo de las mujeres en marco de un discurso objetivo de los textos de medicina, en los cuales se ha colocado a la menopausia y a la menstruación como fallas, carencias o irregularidades del cuerpo, reforzando la concepción de la reproducción como orientación de la mujer, y limitando la manera en que las mujeres se pueden aproximan a su sexualidad; por otra parte estos discursos de control y objetividad han correspondido a mantener los estereotipos de las mujeres como seres sensibles, emocionales y hormonales, estereotipos que no sólo se van a manifestar

en el discurso, van a operar en la práctica médica por medio de los diagnósticos o las consultas médicas.

Ante esto, en el caso del diagnóstico de infertilidad femenina deja de ser sólo un parámetro médico y trastoca las percepciones “naturales” que sustentan la representación de la identidad femenina colocando a la reproducción como punto de partida. “La producción de una imagen cultural femenina siempre va ligada a la regulación del género, de lo que es apropiado y de lo que no, y se construye con el cuerpo y a través del cuerpo. En este sentido la infertilidad produce una anomalía del género, porque no se puede cumplir la norma social reguladora”. (Fitó, 2010, pág. 137)

No obstante, es importante distinguir que gran parte de los estudios se enmarcan en el proceso de medicalización, entendiéndolo como cuando “los servicios médicos por sí mismos pueden generar su propia demanda, ya que su misma disponibilidad ayuda a identificar a la enfermedad y al enfermo, al desarrollar nuevas categorías para reconocer entidades mórbidas, al divulgarlas y al enseñar el lenguaje mediante el cual se pueden percibir nuevos signos corporales” (Castro, 2002, pág. 39), lo que ha generado dejar de lado la experiencia de las mujeres, al considerarlas sólo como receptoras de estas dinámicas.

Ante esta crítica, otras autoras han buscado retomar la experiencia de las mujeres en el parto, el embarazo, la menstruación, la menopausia y en su ejercicio de la sexualidad, reconociendo que no sólo juegan un papel de receptoras, también pueden experimentar otras prácticas, sensaciones, emociones y respuestas, diferentes a las que dicta el poder médico, y que, la forma en la se vive la experiencia estará trastocada por el contexto y entorno en el que se encuentran.

1.2.1 Diagnóstico de infertilidad femenina

Al denominar la infertilidad femenina como una patología del cuerpo femenino, se perpetúa lo denominado “natural” en el que la procreación y la maternidad se plantean como sinónimos, esto aunado a que reafirma su poder en la manera en la que es pensada la sexualidad de las mujeres y la forma en la que estas deben de relacionarse con su sexualidad y su cuerpo.

La medicina va instalando el par normal/patológico a los hechos de la reproducción, como sostiene Lucía Ariza (2011)“mientras la posibilidad de la procreación es asociada con lo dado o lo que debe ser naturalmente, se opera una patologización implícita tanto de la dificultad reproductiva como del no ser madre” fundada en caracterizar la infertilidad como no natural. (Ariza L. , 2011, pág. 81) Según Ricardo Garay (2008)“la infertilidad deviene entonces enfermedad por medio de un discurso cuya justificación se ajusta más a los mandatos sociales que a la determinación específica de su carácter patológico” (Garay, 2008, pág. 36). (Soledad Trupa, 2017, pág. 90)

A su vez, al denominar la infertilidad femenina como una patología que se presenta al no lograrse un embarazo después de 12 meses de encontrarse en una relación erótica-afectiva con otra persona, éste imaginario se instaura en revelar que dicha situación sólo se encuadra en el mandato de la heterosexual- procreación.

“La matriz de inteligibilidad cultural heterosexual se hace presente en tanto esa definición de infertilidad como patología de la pareja parte del supuesto de una pareja heterosexual que no logra concebir un hijo/a, excluyendo a mujeres solteras o parejas gays y lesbianas, cuyas prácticas parentales y filiatorias conllevan otras formas de pensar el parentesco no centradas (exclusivamente) en el lazo biológico”. (Soledad Trupa, 2017, pág. 91)

Ante esto, el diagnóstico de infertilidad femenina se plantea no sólo como una pérdida de las capacidades del cuerpo femenino, también se vuelve una desviación al mandato social de la procreación- maternidad, actividades pensadas desde el discurso de la normalidad de la medicina moderna.

La autora Nikolas Rose plantea que, “en el pasado, la función de la medicina no radicaba en transformar capacidades humanas sino en restaurar una normatividad perdida. El cuerpo tenía sus normas naturales; la enfermedad era la pérdida de esas normas y las intervenciones médicas procuraban restaurar las normas o imitarlas de alguna manera (...). Pero esas normas ya no parecen tan normalizadoras: en principio, las normatividades parecen susceptibles de manipulación consciente; la creación de nuevas normas

mediante el artificio biomédico es una realidad. Las nuevas tecnologías reproductivas superan las limitaciones naturales de la edad, la infertilidad o la sexualidad” (Rose, 2012, pág. 174).

1.2.2 Técnicas de Reproducción Asistida y diagnóstico médico de infertilidad femenina

Así como se ha reconocido que el proceso de configuración de la enfermedad es interpelado por diversos aspectos, también los medios de atención son construidos, lo que legitima su aplicación, lo que implica reconocer que se configuran y adquieren validez en un contexto específico.

“La salud y la enfermedad no pueden ser tomadas como dos entidades separadas, sino que deben ser entendidas como dos momentos (unidos dialécticamente) de un mismo fenómeno, de aquí deriva uno de los principales conceptos de la corriente de la medicina social latinoamericana: más que hablar de salud y de enfermedad separadamente, esta escuela tiene al proceso de salud-enfermedad como su objeto de estudio (Laurell, 1982). Años más tarde, Menéndez (1983) sostuvo que también las conductas de los individuos frente a la enfermedad son parte integral del concepto salud-enfermedad, por lo que propuso que el concepto debe ser proceso salud - enfermedad-atención”. (Castro, 2011, pág. 299).

Así como el proceso salud-enfermedad se encuentra interpelado por las dimensiones que se han determinado como naturales, también el tratamiento o los mecanismos a los que se recurren para darle solución a los problemas médicos, en este caso al diagnóstico de infertilidad femenina, siguen perpetuando la forma en la que es pensada la sexualidad y los cuerpos femeninos en el discurso de la medicina moderna, reflejando la necesidad de pensar el proceso salud-enfermedad-atención. En este caso, las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) se han posicionado como los mecanismos a partir de los cuales se puede resolver las dificultades de la procreación, pensada desde el discurso médico bajo el diagnóstico médico de infertilidad.

Las TRA han formado parte de los que algunos autores como Adele Clarke y otros, han denominado como biomedicalización. “El prefijo “bio” hace hincapié en las transformaciones de elementos humanos y no humanos que se tornan posibles debido a las innovaciones tecnocientíficas de la biomedicina, como la biología molecular, las biotecnologías, la genomización, la medicina de los trasplantes y las nuevas tecnologías médicas” (Clarke A., 2003, pág. 92). A su vez, la intervención de la tecnología en el campo de la medicina ha sido pensada como algo benéfico, ya que la tecnología se ha planteado como ejemplo claro de desarrollo y progreso, por lo que su intervención en el cuerpo, y específicamente en el cuerpo femenino por medio de las TRA no se ha cuestionado, lo que ha perpetuado la manera de pensar los cuerpos femeninos, respecto a la reproducción, bajo la idea de cuerpo-órganos, despojando a las mujeres de toda participación.

“La unión de las dos metáforas -cuerpo/fragmentación, mujer/madre- hace que en las intervenciones biomédicas el cuerpo de cada mujer se vaya reduciendo a vientre, útero, óvulos. Este proceso de objetivación hace que desaparezcan en tanto que sujetas. La práctica de la FIVTE (fecundación in vitro y transferencia de embriones), anula a la mujer concreta, reduce su cuerpo a unidades últimas e inconexas”. (Sánchez, 2005, pág. 525)

Ante esto, las TRA no sólo han perpetuado esta disociación de los cuerpos femeninos, también han enfatizado la medicalización al plantear y legitimar las dificultades de la procreación como un problema médico y por lo tanto su intervención en los cuerpos femeninos, reproduciendo los mandatos sociales de procreación- maternidad bajo una norma heterosexual.

Las tecnologías de reproducción asistida “suponen mucho más que las destrezas artesanales de médicos que utilizan nuevos instrumentos y técnicas. Generan ciertos modos de pensar acerca de la reproducción, tanto en el sujeto como en el especialista, ciertas rutinas y rituales, técnicas de examen y prácticas de visualización, modos de brindar asesoramiento” (Rose, 2012, pág. 48). Si en el pasado la medicina se limitaba a poner freno a las anomalías, restableciendo las normas vitales naturales y la normatividad corporal, hoy esas

normas no son tan claras y se presentan como susceptibles de alteración. (Rose, 2012, pág. 49) Es así, que “las normas de la reproducción femenina redefinidas por la concepción asistida, la índole y los límites de la procreación, así como el ámbito de las esperanzas y los temores que giran en torno a ella resultan irrevocablemente modificados” (Rose, 2012, pág. 49). (Soledad Trupa, 2017, pág. 96)

2. Construcción social del cuerpo

La separación sujeto y objeto que ha guiado la manera en que concebimos al cuerpo en la modernidad, nos ha hecho suponer al cuerpo como un hecho dado y natural, dejando de lado las relaciones sociales, económicas y políticas que lo entretajan, ante esto, la sociología del cuerpo nos propone pensar el cuerpo como producto de una construcción social al que se le atribuye una lectura a partir del contexto y entorno en el que se ubica.

“Nada del cuerpo humano es natural. Todo él es un campo de fuerzas donde se escenifican las estrategias del orden social; es también, inevitablemente, una superficie de inscripción de los códigos de la sociedad. El orden de la naturaleza en el que está inscrito el organismo, queda entreverado en una lógica de los signos y significados que define al mundo humano. El lenguaje ha introducido al cuerpo al mundo simbólico, lo ha constituido en un código que mediará sus posibilidades de experiencia, de conocer, de sentir y experimentar, y que ha ordenado el intercambio social”. (Baz, 1993, pág. 110)

Esto no implica no reconocer la dimensión biológica que lo conforma, más bien, implica complejizar la manera en que el discurso biológico – natural, no responde a un plano objetivo, si no, que es trastocado a partir de los discursos que lo van nombrando cuerpo, insertándolo en el plano social. “El hombre no es el producto de su cuerpo, él mismo produce las cualidades de su cuerpo en su interacción con los otros y en su inmersión en el campo simbólico. La corporalidad se construye socialmente”. (Le Breton, 2002, pág. 19)

Ante esto, y siendo la perspectiva que se va a retomar en este trabajo, el cuerpo se configura a través de tres dimensiones: “cuerpo, discurso y sujeto”, es decir “la relación alegórica de imagen/ presencia (cuerpo), discurso / representación (lo dicho) y experiencia/acción (sujeto)” (Pedraza, 2010, pág. 54), posibilitando a su vez, no pensar solo en cuerpo, en singular, más bien en cuerpos, al distinguir las diferentes dinámicas que se pueden conformar con estas tres dimensiones, las cuales no trabajan en linealidad, “los efectos alegóricos cambian si la perspectiva se sitúa en uno u otro ángulo. Desde cada uno de ellos, lo otro se modifica. Por ello se hacen posibles diferentes lecturas cuya base puede ser la imagen, el significado o la experiencia, es decir, el cuerpo, el discurso o la subjetividad”. (Pedraza, 2010, pág. 54)

Retomando los aportes de la autora Zandra Pedraza en este trabajo el cuerpo será definido como:

“El cuerpo es una realidad material. Esto significa que cualquiera que sea el discurso que le confiere existencia social y simbólica y cualesquiera sean las tecnologías mediante las cuales se gesta, ambos- tecnologías y discursos- confluyen en una materialidad. Los rasgos propios de cada materialidad que pueda señalarse al nombrar la noción de cuerpo, y las reglas que se rigen su comportamiento, tienen su existencia intrínsecamente atada a los discursos y las tecnologías que les dan forma y son también constitutivas de las personas o los sujetos en las maneras como esos cuerpos las contienen y son susceptibles de modificarse, radicalizarse y experimentarse”. (Pedraza, 2010, pág. 58)

2.1 Cuerpo/ Género / Identidad

Al reconocer que el cuerpo no es meramente una condición biológica, sino que, es producto de las dinámicas- interacciones que lo entretejen y lo producen dentro de un contexto determinado, la categoría sexo-género va a requerir una mayor problematización, ya que hasta el momento la categoría sexo-género se ha posicionado como un elemento clave para distinguir entre los femenino y masculino, así como en la asignación de roles y funciones de los géneros en la sociedad.

Gayle Rubin es una de las autoras pioneras en reflexionar sobre la relación sexo-género, dándonos luz al posicionar el género como una categoría contextual y no dada por condiciones biológicas, en las que si se sustenta el sexo, la autora junto con otras teóricas revelaron que el género es una construcción social y que pese a que opera de diferente manera a partir del espacio, contexto y entorno en el que se configura, ha tenido como constante que el sistema sexo-género ha legitimado las desigualdades y relaciones de poder hombre-mujer.

Gayle Rubin acuña la categoría de sistema sexo-género y lo define como el “conjunto de dispositivos por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986, pág. 97). Cada sociedad posee un sistema sexo-género el cual se configura a partir de la interacción social, sustentado principalmente por la biología del sexo y la procreación.

Sin dejar de lado la reflexión de la categoría de género, algunas autoras consideran que, así como el género es una construcción social, el sexo también lo es, por lo que es necesario problematizar el sexo, y ya no pensarlo meramente como una categoría biológica y dada a partir de la que se sustenta la categoría de género. “Las feministas que desafiaron el discurso positivista de que el sexo es un hecho natural, fueron las críticas posmodernas que cuestionaron la relación entre ciencia, naturaleza y política argumentando que la ciencia no es neutra, sino que está mediada por valores e interés políticos y sociales”. (Sánchez Rivera, 2016, pág. 931).

Para este trabajo se utilizarán los aportes de las autoras posmodernas, quienes, como Judith Butler plantean que “no tendría ningún sentido, pues, para definir el género como la interpretación cultural del sexo, si el sexo en sí es una categoría de género” (Viweswaran, 1997). “Lo que Butler (1990), pone en la mesa de discusión no es la categoría de género, sino cómo las personas desafían el binarismo de género y ejercen su sexualidad y cómo viven su identidad sexual, considerándolos como fenómenos contestables, dinámicos y hasta subversivos que no se pueden confinar al dualismo sexual biológico” (Stolke, 2004). Este

cuestionamiento nos permite reconocer que la categoría sexo-género no se experimenta meramente en linealidad en la manera en la que las personas viven sus cuerpos sexuados, sino que, también llevan a cabo otras prácticas.

Ante esto, es necesario problematizar la capacidad de gestación de los cuerpos sexualizados como femeninos, ya que ésta se ha posicionado como clave para legitimar la división social entre hombre y mujeres. “No existen argumentos que sostengan que la diferencia entre hombres y mujeres es biológica, ni que las mujeres son y se identifiquen por naturaleza como mujeres, sino más bien, sujetos sujetados por formaciones discursivas y prácticas socioculturales hegemónicas que subyacen a una de las producciones más representativas de la feminidad, me refiero a la maternidad, asociada al instinto”. (Sánchez Rivera, 2016, págs. 932-933)

Desde el psicoanálisis, la autora Silvia Tubert, plantea que “los cuerpos están a la vez sujetos a un sistema genérico, a un deber ser, y a una sexualidad, a una manera de usar ese cuerpo sexuado en la relación con los otros, lo que implica que por la acción sociocultural el cuerpo sexuado, se sexualiza. El cuerpo, como realidad social y subjetiva, es un producto social y un productor de sentido”. (Martínez Benlloch, 2014, pág. 3)

Al plantear que la relación entre sexo-género no es solamente una correspondencia, la relación entre sexo-género-identidad, tampoco lo es, ya que esto supondría que a partir del género en los que es socializado los cuerpos correspondería la identidad que tienen sobre este, reproduciendo los mandatos sociales, dejando de lado la multiplicidad de cuerpos, género y vivencias de los sujetos. Por lo tanto, “la hipótesis de que el género comprende el núcleo de todas las experiencias, para la mujer produce un sujeto unificado de identificación, la necesidad de identificarse con / como mujeres” (Viweswaran, 1997, pág. 593), no necesariamente se cumple, ya que las mujeres configuran su identidad de género por medio de un conjunto complejo de estrategias y referentes que son cambiantes.

Ante esto y para fines de este trabajo, se recupera la reflexión sobre subjetividad-identidad de género de la autora Tatiana Sanhueza (2005), quien retoma en parte a la autora Marcela Lagarde (1992)

“La subjetividad se estructura a partir del lugar que ocupa el sujeto en la sociedad y se organiza en torno a formas específicas de percibir, de sentir, de racionalizar, de abstraer y de accionar sobre la realidad. La subjetividad se expresa en comportamientos, en actitudes y en acciones del sujeto, en cumplimiento de su ser social, en el marco histórico de su cultura. En suma, la subjetividad es la elaboración única que hace el sujeto de su experiencia vital”. (Lagarde, 1992, pág. 302)

“La identidad de género es un espacio dotado de múltiples significaciones, de las cuales las personas se nutren a lo largo de la vida, en un espacio de símbolos, de relaciones, de interacciones entre sujetos, que está teñido por la historia y por su transmisión generacional. Lo cual es importante a tener en cuenta para no entramparse en posturas esencialistas y para superar la amenazante marca histórica de reducir a las personas a una sola de las variables que la constituyen”. (Sanhueza Morales, 2005, pág. 163)

2.2 Cuerpo femenino- Maternidad

Como se mencionaba anteriormente, al plantearse la linealidad entre sexo-género, los cuerpos femeninos se han leído a partir de su capacidad de gestación, a partir de la cual la maternidad deja de ser sólo una capacidad biológica para volverse un mandato social. Esta relación de mujer- maternidad ha conllevado otro tipo de ataduras sobre la posición de la mujer en la sociedad, así como la manera en la que puede relacionarse con su sexualidad y sobre la manera en que constituyen su identidad.

“Simone De Beauvoir fue la primera feminista en señalar la maternidad como atadura para las mujeres, al intentar separarla de la idealización que colocaba a mantenerla como único destino femenino. Niega la existencia del instinto maternal y propone situar las conductas maternas en el campo de la cultura...reinterpreta el cuerpo materno indicando que no es un cuerpo biológico, más bien se trata de un cuerpo cuyo significado biológico se produce culturalmente al inscribirlo en los discursos de la maternidad, que

postulan a la madre como sujeto, para negar de esta forma a las mujeres”. (Saletti Cuesta, 2008, pág. 172)

La maternidad se ha colocado como eje de la manera en la que las mujeres deben de vivir su vida, en lo íntimo como en lo público, la autora Marcela Lagarde (1997) propone que la identidad de las mujeres se encuentra limitada conforme a lo que ella denomina cautiverios, siendo en el de madre-esposa el preponderante en la manera en la que las mujeres viven su identidad. “En la sociedad que especializa a las mujeres en la reproducción social, el conjunto de acciones maternas es algo propio de las mujeres, no es exterior a ellas, lo han internalizado como parte de sí mismas, y constituye un núcleo fundamental de la identidad femenina”. (Lagarde, 1992, pág. 251)

Sumando a la reflexión sobre la manera en la que la maternidad opera como mandato social y producción de identidad, la psicoanalista Silvia Tubert, nos aporta nuevas vertientes para entender la manera en la que opera la maternidad en la construcción de sentidos y significado.

“La mayor parte de las culturas, en la medida en que se trata de organizaciones patriarcales, identifican la feminidad con la maternidad. A partir de una posibilidad biológica –la capacidad reproductora de las mujeres- se instaaura un deber ser, una norma, cuya finalidad es el control tanto de la sexualidad como de la fecundidad de aquellas. No se trata de una legalidad explícita sino de un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que, al definir la feminidad, la construyen y la limitan, de manera tal que la mujer desaparece tras su función materna, que queda configurada como su ideal. (pág. 5)

Por consiguiente, las representaciones o figuras de la maternidad, lejos de ser un reflejo o un efecto directo de la maternidad biológica, son producto de una operación simbólica que asigna una significación a la dimensión maternal de la feminidad y, por ello, son al mismo tiempo portadoras y productoras de sentido. (...) Las representaciones que configuran el imaginario social de la maternidad tienen un enorme poder reductor, en la medida en que todos los posibles deseos de las mujeres son sustituidos por uno: el de tener un hijo; y un

poder unificador, en tanto la maternidad crearía una identidad homogénea de todas las mujeres que potencia la ilusión de la esencia. (pág. 6)

La maternidad es una función construida como natural y necesaria por un orden cultural y contingente: si bien el cuerpo materno tiene una realidad biológica, carece de significación fuera de los discursos sobre la maternidad”. (pág. 7). (Martínez Benlloch, 2014)

Por consiguiente, la maternidad no sólo pertenece al plano de lo individual, al ser reconocida como mandato social, la maternidad es una institución que se perpetúa por medio de establecerse como un único ideal que se va a exigir que sea cumplido dentro de las normas sociales reproduciendo dinámicas como la heteronormatividad, diferencias de roles entre hombre y mujeres, distinciones entre la buena o mala madre, etc.

“La ideología de la maternidad se apuntala y reproduce a través de diversos dispositivos que propagan la producción de los estereotipos y las imágenes del ideal de la maternidad, las representaciones sociales en torno a ella que, aparentemente son aceptadas de manera convencional... las instituciones de una sociedad están animadas y a la vez son portadoras de estas significaciones, pero además las mismas circulan socialmente de distintos modos y son difundidas particularmente por discursos hegemónicos” (Pinto, 2007, pág. 27). Esta ideología tiene como objetivo ocultar las contradicciones que están bajo este modelo universal de maternidad, así como también, ocultar las ambigüedades del ejercicio materno dentro de un espacio marcado por desigualdades e inequidades sociales”. (Sánchez Rivera, 2016, pág. 947)

Sin dejar de lado la conceptualización la maternidad como campo de fuerzas que ha limitado el ejercicio del cuerpo femenino al cumplimiento de su rol de reproducción y la manera en que se ha producido y reproducido la ideología de la maternidad, también es importante para fines de este trabajo reconocer la relación entre cuerpo-maternidad no sólo a partir del cumplimiento o la reciprocidad, para esta investigación se retomara el concepto de prácticas corporales de la autora Elsa Muñiz (2010), quien considera al cuerpo como

“producto y efecto de diversas prácticas corporales, complejas y polisémicas, cuyo proceso de materialización le otorga al cuerpo un carácter también complejo (pág.45). El cuerpo como una complejidad, debemos comenzar por conjuntarlo en sus significados biológicos, culturales e históricos y dejar de advertirlo como ente dividido (pág.45). Se sugiere verlo, más bien, como punto de partida y llegada del proceso de materialización producto de la performatividad, que está dada por los discursos que producen representaciones y las prácticas corporales cotidianas y ritualizadas que producen cuerpo dóciles, maleables y controlables (pág.46). De ahí que los pensemos como un continuo entre biología y cultura o como el punto de partida y de retorno de la materialización, proceso en el cual las prácticas corporales son los productos y los efectos al mismo tiempo que causan productoras de aquello que producen, que es el cuerpo (principio de recursividad)” (pág.47). (Muñiz, 2010)

Para lo cual, la autora propone el macro-concepto de prácticas corporales, para el cual recupera las aportaciones de Michel Foucault (2009) de dispositivo, el cual es el conjunto de discursos y prácticas, y tiene una “función estratégica, responde a una urgencia histórica y está constituido por una red de relaciones que se establecen entre elementos heterogéneos, discursos, prácticas, instituciones, arquitectura, leyes, postulados científicos, propuestas filosóficas” (Muñiz, 2010, pág. 37), para formular la noción de dispositivo corporal; también recupera los aportes de Judith Butler (2002) cuando se refiere a la materialización del cuerpo como un proceso, producto de los efectos discursivos, de las prácticas corporales y de la performatividad. “En dicho proceso de materialización de los cuerpos intervienen las relaciones sexuales y de género, así como las de raza, etnia, clase y edad; intervienen también diversos discursos, prácticas e instituciones” (Muñiz, 2010, pág. 38). Por lo cual, la autora define prácticas corporales como:

“A partir de las cuales tendremos la posibilidad de comprender los procesos que materializan los cuerpos, ubicándolos en un continuo que va de lo biológico a lo cultural, evitando así la oposición entre naturaleza y cultural. Desde esta perspectiva, consideramos a las prácticas corporales en su diversidad,

intentamos una clasificación que reconoce su variedad en el transcurso de la vida de los individuos...Las prácticas corporales tanto como los discursos y las representaciones se suceden partiendo de la performatividad y materialización de los cuerpos (pág.21).

Las prácticas corporales son sistemas dinámicos y complejos de agentes, de acciones, de representaciones del mundo y de creencias que tienen estos agentes, quienes actúan coordinadamente e interactúan con los objetos y con otros agentes que constituyen el mundo; si consideramos que forman parte del medio en que se producen, es decir, que son históricas, estaremos de acuerdo en que los procesos cambiantes que la caracterizan y diferencian no son independientes de la transformación del medio y/o del contexto en el que se desarrollan (pág.41-42) Y puesto que las prácticas no están en, sino que forman parte del medio, el proceso cambiante de las prácticas no es independiente de las transformaciones del contexto en el que se desarrollan.” (pág.42). (Muñiz, 2010)

Ante esto, retomando los aportes de cuerpo y prácticas corporales de la autora Elsa Muñiz (2010), la relación entre cuerpo-maternidad se va complejizando, posibilitando nuevos planteamientos de agencia de las mujeres que viven o buscan la maternidad y no sólo de reproducción del mandato y de la ideología de la maternidad.

“La maternidad es una construcción cultural de la que participan representaciones fuertes y arraigadas que configuran en buena parte lo que entendemos por lo femenino, hay que destacar también el cambio que se está produciendo en la concepción que las mujeres y que la sociedad tiene de la maternidad y, en ese camino, las mujeres, con su ejercicio cotidiano de la maternidad, con sus aportaciones, sus resistencias y sus propuestas, adquieren protagonismo. Es por eso por lo que, las mujeres que se convierten en madres no pueden ser consideradas como pasivas y sumisas ante unos modelos y estructuras sociales que se les imponen, sino como actores sociales que

despliegan tácticas desde sus circunstancias personales y sociales”. (Imaz, 2010, pág. 17)

Dentro de este orden de ideas, las prácticas corporales que despliegan las mujeres que viven o buscan la maternidad son interpeladas por sus referentes individuales como sociales, en las que el cuerpo se presenta en sus múltiples dimensiones: biológico, histórico, social y cultural.

“Cabe señalar que las estrategias para vivir la maternidad dependen de la representación que se haya hecho de ésta, lo cual no es un proceso individual; es decir, existe una simbolización frente al ser madre que influye en la construcción personal (pág.178). Así, cada sujeto interpreta su época de acuerdo con sus propias experiencias, basándose en los discursos y prácticas que le fueron entregados desde su espacio más íntimo (madre/padre, familia) como de aquel más amplio (ciudad, colegio, universidad, trabajo). Las representaciones que las mujeres construyan acerca de sí mismas y de lo femenino, será diverso como lo son sus herencias; pero también serán comunes en la medida en que elaboren interpretaciones colectivas del momento que se está viviendo” (pág.179). (Sanhueza Morales, 2005)

2.3 Cuerpos -emociones

El estudio de las emociones ha sido abordado principalmente por disciplinas como la psicología o el psicoanálisis, en este punto, el psicoanálisis ha abordado el deseo de la maternidad buscando explicar la manera en que éste se ha ido constituyendo como un elemento clave en la identidad femenina.

Desde el psicoanálisis se ha planteado que el deseo de la maternidad surge como un elemento de equivalencia en las mujeres al ser reconocido el deseo de maternidad como válido, a lo que se le denomina instinto maternal.

“El ideal de la maternidad (...) no da lugar a las posibles diferencias individuales con respecto a lo que se puede ser y desear. La identificación con ese ideal permite acceder a una identidad ilusoria, que nos proporciona una imagen falsamente unitaria y totalizadora que confiere seguridad ante nuestras incertidumbres y angustias. (...) La definición de la identidad

femenina en función del ideal maternal es mistificadora en tanto esa respuesta impide la formulación de todo interrogante y ofrece la ilusión de ser que aliena al sujeto, encubriendo las carencias que harían posible el deseo”. (Martínez Benlloch, 2014, pág. 7)

Aunque desde esta perspectiva el deseo de la maternidad se vuelve un elemento totalizante de los deseos de las mujeres y su identidad, la autora considera que no se trata de dejar de lado el deseo y negarlo, más bien, es importante recuperar a las mujeres como sujetos deseantes “de ahí la necesidad de deconstruir los ideales, que obturan ilusoriamente la singularidad del sujeto, para abrir un espacio donde se pueda situar la maternidad con relación a la dimensión del deseo –de la multiplicidad de deseos- opuesta a una identidad que no puede sino ser mítica”. (Martínez Benlloch, 2014, pág. 7)

En el caso de la sociología, los primeros aportes teóricos al campo de investigación sobre las emociones y la afectividad, denominado como “giro afectivo” se presentó en los años ochenta en la academia estadounidense y en los noventa en la sociología latinoamericana, los aportes desde la sociología de las emociones colocaron como centro al actor sintiente, vinculando el cuerpo y la afectividad.

“De acuerdo con Shilling (2002) los clásicos de la sociología Comte, Durkheim, Simmel y Weber admitían que tanto la experiencia como la expresión de un conjunto selecto de emociones mudaban con el tiempo, y que estructuras sociales distintas acarrearían efectos diferenciales en la experiencia emocional humana. A pesar de tales intuiciones, lo cierto es que las emociones y la afectividad permanecieron en un plano más bien marginal dentro de las formulaciones teóricas de los clásicos” (Ariza M. , 2016, págs. 10-11). Posteriormente, en las aportaciones de Parsons desde la teoría estructural se “relega los aspectos afectivos al terreno de las relaciones primarias, en tanto se consideran fuente de tensión social” (Shilling, 2002; Barbalet, 2001). (Ariza M. , 2016, pág. 14).

Ya en la sociología contemporánea, el enfoque de la sociología de las emociones ha nutrido el análisis de los hechos sociales,

“desde el punto de vista epistemológico, parte del doble supuesto de que las emociones tienen naturaleza social y de que los fenómenos sociales poseen dimensiones emocionales (Barbalet, 2001; Bericat Alastuey, 2012).

El esfuerzo de deslinde del espacio netamente sociológico en el estudio de las emociones implica situarlas fuera de la psique y de la fisiología (aun reconociendo que éstas participan), y entenderlas como experiencias sentidas mediante circunstancias sociales, como una propiedad más de la interacción social (Barbalet, 2001). En esta perspectiva, la emoción y la emocionalidad no se encuentran ubicadas en el sujeto o en su cuerpo, sino en la relación del sujeto con su cuerpo vivido en un contexto social dado (Denzin, 1985)”. (Ariza M. , 2016, págs. 16-17)

Respecto a las aportaciones metodológicas, la sociología de las emociones tiene la potencialidad de colocar el enfoque a partir de que las emociones pueden “ser visualizadas como resultado de procesos o situaciones sociales; como causa de éstos o como bien como variables intervinientes (Thoits, 1989 ; Barbalet, 2001)”. (Ariza M. , 2016, pág. 19) Esta potencialidad analítica brinda a la sociología de las emociones una gran gama de análisis entre lo micro y lo macro, lo que reafirmará la posición de las emociones en los fenómenos sociales como un elemento relacional. Esto implica, que al analizar las emociones no se tomen sólo como una variable más, es primordial un estudio riguroso que las problematice a partir de su historicidad, contexto, y la manera en la que es interpelada por otras dimensiones como el género, clase, raza, clase social, espacio social, etc., lo que implica dejar de pensar a las emociones como una simple respuesta, y reconociéndolas como un elemento dinámico, no opuesto a la razón y no fijo.

Dentro de este marco, la relación cuerpo-emociones deja de ser considerada sólo como estímulo-respuesta, “Le Breton señala que los sentimientos que experimentamos, la manera en que repercuten y se expresan físicamente en nosotros, están arraigados en normas colectivas implícitas. No son espontáneos, sino que están organizados ritualmente y significan para los demás. Se inscriben en la cara, en el cuerpo, en los gestos, las posturas”. (Muñiz, 2010, pág. 36)

Ante esto, la sociología del cuerpo y las emociones nos posibilita “comprender el sentido que los actores dan a sus prácticas, identificar nodos conflictuales que emergen en esas comprensiones cotidianas y dar cuenta de cómo la sociedad se hace cuerpo. El sujeto definido corporalmente no sólo hace, sino también siente, y en ese sentir-haciendo se vuelve más o menos capaz de apropiarse del mundo. Por los dos aspectos anteriores, en el cuerpo aparecen las inscripciones de lo social, las marcas y huellas de las trayectorias, las pistas que alcahuetean acerca de las posiciones-condiciones sociales de los sujetos”. (Vergara, 2009, pág. 36)

Por consiguiente, para fines de este trabajo, se recupera la aportación de las autoras Oliva López y Guadalupe López (2017), quienes menciona que las emociones fungen como una ligadura a lo y los que nos rodean, “la emociones forman parte de la experiencia humana y orientan nuestras relaciones sociales e interpersonales porque nos ligan al mundo, tanto por lo que pensamos como por lo que sentimos” (López, 2017, pág. 56), ante esto la relación cuerpos-emociones se presenta como unión y no por separado e individual, dando luz para analizar la experiencia del deseo de la maternidad en los cuerpos femeninos.

3. Familia y maternidad

La familia vista desde la sociología ha sido un tema que ha tenido diversas lecturas dependiendo del paradigma desde el cual sea visto y explicado. Los primeros estudios se basaron en la visión de Augusto Comte de la familia como célula primordial de la sociedad, al considerar que era el punto inicial de la socialización de los individuos y su organización interna se basada en la diferencia de sexos de los integrantes, sin embargo, en la modernidad la familia fue perdiendo su papel como espacio inicial de socialización del individuo por lo que fue pasando a segundo término en el sistema social, ésta primera lectura partía de entender a la familia como una institución estática y universal, por lo que ante los cambios que planteaba la modernidad fue reemplaza.

Posteriormente, el enfoque estructural le dio continuidad a la perspectiva de la familia como célula básica de la sociedad y unidad universal, pero ya en marco de las ideas de desarrollo y progreso de la modernidad, por lo que la familia se

incorporaba como un subsistema que se integraba a la totalidad de la sociedad a partir de la interdependencia, por lo tanto, la institución de la familia iba siendo moldeada a partir de la manera en que los factores externos la iban afectando por lo que tenía la función de generar las normas y valores que demandaba la sociedad.

“La comprensión de la familia como institución social presupone entender el orden familiar como una estructura cuya integración depende de una reglamentación jurídica y moral de deberes y derechos que se distribuyen desigualmente entre los miembros parientes y que regulan las conductas y determinan las jerarquizaciones de roles y status. Existe algún orden regulador que legitima su existencia y la familia se define mejor como estructura cuando el orden es del tipo jurídico”. (Rodríguez Fernández, 2012).

Desde el enfoque del interaccionismo simbólico que parte desde un nivel micro social, la familia es pensada como producto de sus dinámicas internas, siendo una entidad autónoma formada de relaciones interpersonales íntimas que generan la construcción de las relaciones familiares.

Posteriormente, la sociología relacional con autores como Pierpaolo Donati plantean que la familia es una institución que a la vez que es producida por la vinculación entre los elementos micro y macrosociales, también la familia influye en diversos niveles en la sociedad por lo que no es una entidad estática ya que se adapta a las transformaciones, sin embargo, para el autor existe un genoma de la familia ya que su principal característica es que se regenera a partir de las relaciones de parentesco producto de la procreación de hijos entre el hombre y la mujer y la reciprocidad de generaciones, para lo cual, el autor considera que la modernidad sólo ha generado confusión entre los deseos individuales con la idea de familia.

Para este autor, “la familia se constituye como un grupo social autónomo con sus propias estructuras y funciones, que se organizan según principios que ella misma desarrolla y que da lugar a un código simbólico propio en sus relaciones. La evolución y las interacciones que se desarrollan entre la familia y el resto de las instituciones sociales se ven influenciadas por tres directrices fundamentales: la distinción humano/no humano, la distinción naturaleza/cultura

y la distinción público/privado. El papel principal que desempeña la familia es servir de mediadora entre las diferentes directrices a las que se ve sometida la sociedad, tanto en el nivel macro como micro. Esta es una función que va más allá de las propias estructuras y cuyo fin es mediar y servir de "colchón" ante las diferentes lógicas que afectan al sistema social. Desde un plano microsociológico, la familia también desarrolla su función de mediadora entre relaciones sociales; en este caso, la mediación se centra en tres planos: entre géneros, entre generaciones y la propiamente familiar o de parentela". (Ayuso Sánchez, 2013, pág. 233)

Aunque nos parece importante la vinculación entre micro y macro que realiza el autor, al considerar la procreación como un elemento base de lo que denomina genoma de la familia, su visión no nos da cavidad para pensar las dinámicas familiares que se viven en la actualidad, a su vez que se sigue reproduciendo una visión estática, universal y atemporal de la institución.

Para lo cual, y para fines de este trabajo se retomará la definición de la socióloga argentina Elizabeth Jelin quien define a

"la familia como una institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Sus miembros comparten un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y paternidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos. Existen en ella tareas e intereses colectivos, pero sus miembros también tienen intereses propios diferenciados, enraizados en su ubicación en los procesos de producción y reproducción". (Jelin, 2005, pág. 5)

Ante esto, la institución de la familia se reconoce como una parte orgánica de procesos sociales más amplios, por lo que interactúa de manera interna y externa con las dinámicas que la interpelan y de las que a su vez forma parte, por lo tanto, el pensar en la institución de la familia implica problematizar temas como: patrones matrimoniales, religión, fecundidad, conyugalidad, divorcio, los patrones culturales

y políticos, mercados de trabajo, procesos de envejecimiento, organización de redes sociales, transmisión intergeneracional de capital social y económico, etc.

A su vez, se reconoce la dimensión simbólica o ideológica de la institución de la familia, ya que, “más allá de los aspectos institucionales y las prácticas de la vida familiar existen valores sociales e ideologías expresadas en las imágenes de la familia “normal” o aun “natural”. Al naturalizar un cierto tipo de familia, otros tipos son estigmatizados y quienes promueven mayores posibilidades de elección en cuanto a patrones de convivencia (incluyendo la orientación sexual) pueden ser vistos como anormales, subversivos, o aun como el mismo diablo”. (Jelin, 2005, pág. 6)

Por otra parte, la autora menciona que las reflexiones sobre la institución de la familia debe de corresponder a un entorno y contexto específico, para lo cual, en el caso de América Latina la familia presenta ciertas características que son importante recuperar en los análisis, por una parte, la religión desde los periodos de conquista y hasta la actualidad ha sido un grupo de poder clave en la toma de decisiones en la creación de políticas públicas y de discursos que han pretendido guiar y limitar las dinámicas de la institución de la familia, en la actualidad los procesos de urbanización, modernización y secularización han provocado cambios.

“A lo largo del siglo XX la región latinoamericana experimentó transformaciones estructurales que afectaron la organización social y los patrones familiares. Especialmente en la segunda mitad del siglo, la urbanización acelerada, el aumento de la tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo, el aumento en los niveles de educación, son algunas de estas transformaciones.” (Jelin, 2005, pág. 7)

3.1 Maternidad como institución y experiencia

La maternidad es una noción que ha ido cambiando a lo largo del tiempo, teniendo un impacto en la imagen de la mujer en la crianza, la procreación y su papel en la sociedad. La maternidad es un concepto que adquiere una interpretación y un significado dependiendo el espacio social y contexto en el que se configure,

teniendo repercusiones en las experiencias individuales de los integrantes de toda la comunidad, pero principalmente repercutiendo en las vivencias de las mujeres.

La revisión histórica del concepto de maternidad demuestra las transformaciones que ha tenido esta noción a lo largo de siglos, y sus consecuencias en la experiencia subjetiva y ejercicio de la crianza. Estos cambios reflejan la influencia de procesos culturales que se juegan en el intercambio social quedando de manifiesto que lo que se considera como válido en un momento determinado proviene de tradiciones que tienen contextos temporales y espaciales particulares. Al revisar la literatura, la maternidad aparece como un complejo de significados particularmente rico por su relevancia para la vida humana, la cultura y la psicología individual en cada momento de la historia a lo largo de su evolución. (Elisa Molina, 2006)

Las primeras aproximaciones teóricas colocaron a la maternidad como una institución patriarcal que limitaba las acciones de las mujeres sólo al ámbito privado, por lo que la maternidad no era una cuestión de opción, ante esto, la autora Liliana Castañeda (2016) plantea que la familia resulta ser una institución social fundamental para entender la representación de lo que significa ser mujer, ya que es el núcleo familiar aquel espacio donde se precisa la “esencia femenina”, en el que la madre y la maternidad, son categorías que están configuradas para dotar de sentido lo femenino, ante lo cual, matrimonio-maternidad se ha configurado como el discurso predominante en marco de la reproducción de la institución familiar tradicional, lo que ha reducido que la vivencia de las mujeres en la experiencia de la maternidad se vuelva un mandato social.

“Las representaciones que configuran el imaginario social de la maternidad tienen un enorme poder reductor, en la medida en que todos los posibles deseos de las mujeres son sustituidos por uno, el de tener un hijo, y uniformando, en tanto que la maternidad crearía una identidad homogénea de todas las mujeres. La maternidad ha quedado enmarcada en una identificación con la feminidad, adquiriendo este proceso el rango de ideal cultural, proporcionando una medida común para todas las mujeres, que no da lugar a

las posibles diferencias individuales con respecto a lo que se puede ser y desea”. (Saletti Cuesta, 2008, pág. 177)

Ante esta situación en la que pareciera en que la maternidad se vuelve una entidad unidimensional y totalizadora de las experiencias de las mujeres, Adrienne Rich propone ampliar el aspecto del análisis, al reconocer que la maternidad se ha operacionalizado en la vida de las mujeres desde dos dimensiones como institución y como experiencia, esto en marco de un sistema patriarcal que la ha delimitado. “Adrienne Rich [menciona que] se trata de dos significados superpuestos: la maternidad como experiencia, es decir, la relación potencial de cualquier mujer con los poderes de la reproducción y con los hijos, y la maternidad como institución cuyo objetivo es asegurar que este potencial, y que todas las mujeres, permanezcan bajo el control patriarcal”. (Saletti Cuesta, 2008, pág. 178)

A su vez, el concepto de la maternidad se compone de otras funciones que le han atribuido, como son la procreación, nutrición, corrección conductual, formación moral, formación afectiva, instrucción, etc. Ante lo cual, ha ido variando a lo largo de la historia incorporando nuevos agentes o imponiendo nuevas vigilancias al ejercicio de la maternidad, recayendo principalmente en las mujeres, aunque no exclusivamente. Ante esto, y retomando para fines de este trabajo, la autora Elixabete Imaz (2010) nos menciona que:

“Es evidente que la maternidad no tiene un sentido único, si no que encierra en sí diversas acepciones: se formula a veces como una latencia o un instinto en busca de realización en el fondo de las mujeres. En otras es reproducción, el proceso biológico de generar un ser humano. Es también una de las representaciones más fuertes de la cultura occidental, más aún en el caso de la tradición católica donde la figura de María, virgen y madre ha tenido un protagonismo absoluto en la definición de lo femenino normativo. Pero también es una posición social, un rol que, en ocasiones, ha adquirido dimensiones políticas en diferentes contextos históricos. Y, cómo no, es la asunción de un protagonismo fundamental en la formación de nuevos seres humanos: es socialización, crianza y cuidado”. (Imaz, 2010, pág. 12)

3.2 Maternidad y tecnología para la reproducción asistida

“Al sostener que la maternidad no es —sólo— un hecho biológico, sino que reviste de toda la carga, exigencias, aspiraciones, idealizaciones y experiencias de las mujeres, podemos también plantear que está colmada de conflictos y tensiones que la construyen en sí misma” (Sanhueza Morales, 2005, pág. 164), ante esto, la inserción de la tecnología como medio para resolver o mejorar los procesos reproductivos y de gestación han ido tomando relevancia por lo que algunas mujeres han recurrido a estrategias como el uso de Técnicas de Reproducción Asistida en su búsqueda del deseo de maternidad.

“Si las prácticas discursivas identifican feminidad y maternidad, entendiéndola en términos biológicos, la ciencia y la tecnología se hacen eco de ello, reforzando paradójicamente la ilusión de naturalidad. Las NTR (Nuevas Tecnologías Reproductivas), que pretenden justificarse por el “deseo” de las mujeres, apuntan a que ninguna quede al margen de la reproducción, así se mantiene la ecuación mujer=madre”. (Tubert, 2010, pág. 169).

Si bien, aunque las TRA no garantizan éxito rotundo su auge como industria ha basado sus ganancias en seguir perpetuando el determinismo social y biológico con el que se ha relacionado al cuerpo femenino. “Las técnicas de reproducción asistida responden a un deseo formulado en palabras – demanda– con una intervención en el cuerpo real; esas operaciones se sustentan y realimentan los discursos sobre la feminidad y la maternidad”. (Tubert, 2010, pág. 170)

Aunado a la posición que se le ha dado a la tecnología como sinónimo de progreso y mejora, ha hecho que las TRA sólo sean pensadas como algo positivo, sin mencionar “el reducido éxito de la FIV (25% por cada intento), ni los riesgos para la salud física, el equilibrio y bienestar psíquicos, las relaciones de pareja y la calidad de vida de las mujeres”. (Tubert, 1991, pág. 172)

Esto ha provocado que “la búsqueda del niño a cualquier precio se justifique habitualmente en función del deseo de hijo, consigna mágica que parece legitimar todo. Sin embargo, la escucha de las mujeres dispuestas a someterse a la FIV

permite apreciar cómo el discurso de las NTR es el que construye ese deseo como obsesión. Si la identificación con los ideales culturales las lleva a asumir el discurso social de la maternidad, al entrar en el tratamiento las mujeres pierden su posición de sujeto deseante para ser habladas por el discurso médico que las reduce a sus órganos reproductores”. (Tubert, 2010, pág. 172)

3.3 Maternidad como emoción

Retomando el potencial de decisión de la maternidad, este genera una disyuntiva sobre la manera de pensar el deseo de la maternidad al no considerarlo sólo como un deseo impuesto, lo que ha propiciado pensar otros caminos, de tal manera propone otra mirada de las TRA no sólo como mecanismos de opresión y despojo del cuerpo de las mujeres.

“Silvia Vegetti no pretende definir la maternidad sino encontrar sus posibilidades inesperadas, liberándola de la reglamentación social de sus funciones. El resultado es una figura de mujer recreada en toda su complejidad, capaz de alterar comportamientos maternales y narcisistas, en función de los fines que se propone”. (Saletti Cuesta, 2008, pág. 181)

Esto podría dar pauta al deseo y a identificar a la maternidad como emoción, en medida de reconocer que “las acciones sociales no sólo generan emociones, ya que lo que se siente- es decir, las emociones y los efectos, tales como la indignación y la rabia- constituye, del mismo modo, una potencia para encauzar prácticas y acciones sociales específicas concretas y materiales”. (López, 2017, págs. 55-56)

Retomando estas perspectivas, la maternidad no sólo va a corresponder a un deseo plenamente reglamentado por la institución de la familia, ya que posibilita pensar en la agencia de las mujeres sin dejar de lado los factores sociales que trastocan esa búsqueda del deseo.

“El deseo o su ausencia, es el que nombrará a un cigoto como bebé o como producto de la concepción. Así como el lenguaje modela la realidad, el deseo modela la maternidad. El deseo permite la maternidad, la busca, la arraiga en el útero —o en la adopción de un hijo, tema que merecería otra serie de reflexiones— y permite su desarrollo. Si una mujer desea ser madre, hará todo

lo que pueda para tener un hijo. Si una mujer no desea ser madre, seguramente apelará a todo lo que esté a su alcance para evitarlo”. (Winocur, 2012, pág. 52)

Conclusiones

Abordar y reflexionar sobre el diagnóstico médico desde la sociología nos posibilita distinguir la manera en la que el proceso salud-enfermedad se encuentra interpelado por aspectos más allá que sólo el biológico, esto nos permite visualizar de manera más específica la manera en que un diagnóstico médico de infertilidad femenina interpela la vida las mujeres diagnósticas con tal situación, traspasando solo en plano biológico.

A su vez, esto implica el proponer el uso de Técnicas de Reproducción Asistida como un método clave y óptimo para abordar un diagnóstico de infertilidad no se vuelva sólo una decisión aislada, como se mencionaba en este capítulo es importante problematizar la relación que se plantea entre salud-enfermedad-atención, lo que nos permitiría mirar de manera crítica el funcionamiento y el impacto del uso de las TRA.

Por otra parte, al plantear estos cuestionamientos no se puede únicamente posicionar a la institución médica como una entidad aislada, es importante también identificar los supuestos a partir desde los cuales se sustenta, uno de ellos es la manera en cómo se aborda el cuerpo, el cual usualmente se ha reducido sólo a un elemento externo biológico, dejando de lado todo el entramado de dimensiones que lo configuran y materializan en un contexto y entorno determinado.

Los cuerpos leídos como femeninos que presentan diagnóstico de infertilidad femenina o alguna de sus variables, ponen en tensión el supuesto biológico de la procreación que ha fungido como punto angular en la asignación de su rol en la sociedad.

Ante esta situación, las mujeres despliegan estrategias que nos posibilita identificar que la relación entre diagnóstico médico – cuerpo femenino no responden en linealidad, sino que, las mujeres recurren a prácticas corporales a partir de la negociación, la negación, aceptación o ruptura de esta relación, lo que posibilita

comprender por qué las TRA se posicionan como posibles métodos para lograr cumplir sus deseos de maternidad.

Capítulo 3. Metodología

En este capítulo se presentará el sustento metodológico a partir del cual se elaboró este trabajo de investigación, para posteriormente presentar el análisis de la información.

Para lo cual, en la primera parte se explicará el enfoque metodológico, el método y la técnica que se recuperó para la recolección de la información, se describe el instrumento de investigación, que en este caso fue el guion de una entrevista estructurada, posteriormente de manera general se expondrá las características base de las 5 colaboradoras. Finalmente se analizará la información que proporcionaron las 5 colaboradoras, para lo cual se recuperarán los capítulos 1 y 2.

Esta investigación es de corte cualitativo, en tanto, analiza el proceso mediante el cual las mujeres construyen significados en su búsqueda de la maternidad y está centrado en profundizar los procesos de agencia ante el diagnóstico médico, a partir de la teoría fundamentada.

El corte cualitativo se define como

“un procedimiento que da un carácter particular a las observaciones. Es un proceso de interrelación mutua, por lo que pretende generalizar las conclusiones, si no, la peculiaridad del fenómeno estudiado. De tal modo que se dan, entre los elementos constituyentes, relaciones dependientes, dialógicas y participativas, donde el investigador se sumerge en la realidad para captarla y comprenderla. Asimismo, el saber se concibe como provisional al igual que las afirmaciones que se hagan, ya que estarán sujetas a cambios según el contexto y el tiempo en que se estudien. Así el enfoque cualitativo usa procedimientos que hacen menos comparables las observaciones realizadas, porque se persigue, más que la generalización, aproximarse cada vez más a la comprensión de los fenómenos particulares”. (Ruedas, Ríos Cabrera, & Nieves Sequera, 2009, pág. 629)

Ante esto, la teoría fundamentada que es una metodología de corte cualitativo se define como “una metodología de análisis unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área sustantiva que es objeto de estudio”. (Glaser, 1992, pág. 30)

El método que se utilizó corresponde a estudios de casos, ya que en primer lugar no se pretende hacer una generalidad, sino se busca distinguir las condiciones particulares en las que se encuentran las colaboradoras, así como también retomar las trayectorias personales mediante las cuales las mujeres han ido configurando el significado de sus acciones.

3.1.1 Entrevista semiestructurada

La entrevista como técnica de investigación nos permite “analizar las experiencias de los individuos, relacionándolas con prácticas cotidianas o profesionales, poniendo un especial énfasis en acceder a las prácticas e interacciones en su contexto natural, sin las alteraciones que pueda introducir un entorno artificial”. (Hernández Carrera, 2014, pág. 188)

Para fines de esta investigación se recurrió al tipo de entrevista semiestructura, la cual “presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos”. (Díaz Bravo, Torruco García, Martínez Hernández, & Varela Ruiz, 2013, pág. 163)

Por medio de guion de entrevista que se fue modificando con relación a la etapa en la se encontraba la colaboradora, ya sea que estaba iniciando, desarrollando o había finalizado o abandonado el uso de técnicas de reproducción asistida, a su vez, este guion de entrevista se conformó de dos grandes apartados,

el primero consistía en datos sociodemográficas y el segundo es un guion de preguntas abiertas.

En conexión con lo anterior, para fines de esta investigación la selección de las colaboradoras correspondió a una definición teórica del universo por tipo de situaciones, con base en un criterio de atributos propios, con tipo de selección intencional en función de criterios explícitos, que corresponden a las siguientes características: mujeres del Estado de Puebla, que se encontraran en un rango de edad de 32 a 40 años, tuvieran un diagnóstico de infertilidad femenina o alguna de sus variantes, y que se estuvieran iniciando, desarrollando, o que hayan finalizado o abandonado un tratamiento de Técnicas de Reproducción Asistida.

3.1.2 Instrumento de recolección de información

Este trabajo de investigación tenía como primer objetivo comprender cómo se configuran los discursos de identidad y maternidad ante la vivencia de infertilidad femenina y el uso de las Tecnologías de Reproducción Asistida. En dicho objetivo se problematizan los conceptos de cuerpo/identidad y maternidad; el segundo objetivo específico se refería a reconocer la manera en la que opera el discurso médico y se vive el proceso de infertilidad en los ámbitos corporales, personales y sociales de las mujeres que están iniciado, estén en proceso, haya finalizado o abandonado el uso de Tecnologías de Reproducción Asistida, en el que se presentan los conceptos de discurso médico y prácticas corporales, lo que nos permite responder al objetivo general que era analizar la manera en la que se configuran los procesos corporales de las mujeres con diagnóstico de infertilidad femenina, que iniciaron, están en proceso, finalizaron o abandonaron un tratamiento con base en el uso de Tecnologías de Reproducción Asistida en búsqueda de la maternidad, lo cual nos permitió abordar las categorías principales que son: cuerpo/identidad, diagnóstico médico y maternidad.

Como se puede observar, los objetivos específicos y el general, abordan la cuestión de procesos y construcción de significados, en un grupo específico, que corresponde a mujeres están en iniciando, desarrollando, finalizaron o abandonaron

un tratamiento con base en el uso de Tecnologías de Reproducción Asistida en búsqueda de la maternidad.

Respecto a la recolección de la información, el instrumento de investigación que corresponde al guion de entrevista se conformó de tres apartados, en el primero se establecieron los datos sociodemográficos que fueron: edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación/trabajo, religión, diagnóstico, clínica/s, año en el que inició/abandonó el uso de las TRA (Etapas).

El segundo apartado que responde al objetivo específico: reconocer la manera en la que opera el discurso médico y se vive el proceso de infertilidad en los ámbitos corporales, personales y sociales de las mujeres que están iniciado, estén en proceso, haya finalizado o abandonado el uso de Tecnologías de Reproducción Asistida, se realizaron una pila de preguntas respecto al cómo ha sido o fue su vivencia de uso de TRA, a los tratamientos a los que recurrió, la manera en que ha influido la cuestión del diagnóstico médico y el uso de TRA con sus círculos cercanos, la manera en que fueron tomadas las decisiones del tratamientos, y la manera en que se siente interpelada en su vida personal y social por un diagnóstico médico de infertilidad femenina.

Para el tercer apartado, que corresponde al objetivo específico: Comprender cómo se configuran los discursos de identidad y maternidad ante la vivencia de infertilidad femenina y el uso de las Tecnologías de Reproducción Asistida, las preguntas de este apartado fueron con relación a los temas de identidad femenina, el significado ser mamá y el de estar embarazada, la idea de familia y de tener hijo/a.

Para la codificación de información se recurrió a dos etapas que nos plantea Cruz Mayz Díaz (2009) y se utilizó el programa Atlas Ti, para la primera etapa de creación de datos, se utilizó el siguiente formato, el cual nos facilitó la reducción de datos y nos permitió, que la información fuera manejable y el inicio de la creación de categorías.

Informante	Pregunta	Respuesta textual	Subcategoría	Código Subcategoría
------------	----------	-------------------	--------------	------------------------

Posteriormente, para la etapa de categorización e interpretación de la información, se utilizó la técnica de triangulación, que constó de 3 procesos, primero, generación de categorías, segundo, comparación y surgimiento de conclusiones, y finalmente, interpretación y discusión de resultados, para lo cual, se siguió el siguiente formato.

Conjunto de códigos	Categoría emergente	Conclusión	Interpretación: relación con la teoría
---------------------	---------------------	------------	--

3.1.3 Las informantes

El proceso de investigación consistió primero en la realización de una prueba piloto la cual fue de gran importancia ya que reformuló el instrumento de investigación de tal manera en que fuera más ameno y las preguntas personales fueran menos directas, posteriormente a partir de la técnica de bola de nieve se fueron contactando a las otras colaboradoras, esta técnica no sólo nos permitió ver el alcance de la problemática, sino que también nos permitió dar cuenta de la manera en la que entre ellas han ido construyendo redes de apoyo, en gran medida ya que ellas consideran que los apoyos de acompañamiento que ofrecen las clínicas son insuficientes, siendo esta red muchas veces más eficiente que otros mecanismos de acompañamiento, por lo que de manera personal han decidido formar entre ellas redes de acompañamiento para los procesos que viven durante y después de los tratamientos a los que se han sometido a partir del uso de las TRA, es importante mencionar que estas redes se han creado no a partir de una relación previa, sino de haber coincidido en alguna clínica en algún momento, por medio de ésta se comparten información, se dan mensajes de ánimo e incluso se llegan a acompañar personalmente a los tratamientos.

Esta red nos facilitó en cierta medida el contacto con varias mujeres, sin embargo, una de las principales dificultades que se tuvo durante la investigación fue que no todas las mujeres contactadas quisieron colaborar directamente con la investigación, ya que no se consideraban listas para hablar abiertamente sobre el tema, no obstante, las 5 entrevistas realizadas coincidieron en puntos clave, por lo que fueron suficientes para la elaboración de los resultados de esta investigación.

Por otra parte, a la par de estos procesos, se realizó constantemente una revisión teórica con respecto a las principales categorías, así como los conceptos que fueron surgiendo a partir de las interacciones con las colaboradoras, esta dinámica también influyó en la manera en la que se llevaban a cabo las entrevistas, ya que el guion se fue adaptando a cada una, por lo que se fueron enfatizando algunos temas con respecto a lo que iban proporcionando la colaboradora.

Con base en la transcripción de las 5 entrevistas, para la sistematización de la información se realizó una matriz de datos, en los que se recuperan los datos generales con relación a edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación/trabajo, religión, diagnóstico médico, clínicas (año de inicio / finalización), la etapa en la que encontraba para el momento de la entrevista y la/s TRA a la que han recurrido.

Esta matriz de datos arrojó la siguiente información: el rango de edad es de 32-40 años, 4 son casadas y una es divorciada, todas se declaran católicas, pero sólo una menciona que no es practicante, 4 tienen como nivel máximo de estudios licenciatura y sólo una la preparatoria, respecto a ocupación/trabajo 3 se declaran amas de casa y 2 como amas de casa y maestras. Sobre las clínicas de fertilidad, 4 han acudido a clínicas, sólo una ha acudido solamente a una ginecóloga particular, sobre el diagnóstico sólo 2 mencionan que no tienen un diagnóstico preciso y las demás declaran que su diagnóstico ha cambiado según la clínica o el ginecólogo al que han recurrido, por lo que para el momento de la entrevista si cuenta con un diagnóstico preciso, y respecto a la etapa en la que se encontraban en el momento de la entrevista, 3 habían finalizado o abandonado el tratamiento por medio del uso de TRA, una se encontraba desarrollando un tratamiento por medio de TRA y una estaba iniciando su tratamiento por medio de alguna TRA.

3.1.4 Matriz de datos

Fuente: Creación propia

Entrevistas	Edad	Género	Estado civil	Escolaridad	Ocupación/trabajo	Religión	Diagnóstico	Clínicas	Año de inicio / finalización	Etapas	TRA
1(2018)	40	femenino	casada	Prepa trunca	Ama de casa	católica	Incontinencia istmico cervical	Clínicas: Ingenes / otras no muy conocidas	Inicio:2004 Finalización: 2013	3	FIV
2 (2018)	40 (1977)	femenino	casada	Licenciatura/derecho	Ama de casa	católica	<u>No tiene.</u> Trompas de Falopio.	Clínicas: Procrea	Inicio:2012 Finalización: (Solo es un tiempo de espera)	3	Inseminación intrauterina
3 (2019)	37 (1981)	mujer	casada	Licenciatura/arte dramático	Ama de casa / maestra	Católica	Problema en la cervix- los espermas no llegan – tiroides (menstruación)	Ginecóloga particular	Inicio: hace 11 años	2	Coito programado FIV
4 (2019)	38	niña	divorciada	Licenciatura/arte dramático	Actriz/maestra	Católica (no ejerce)	<u>No tiene.</u> Quistes-infecciones – trompa obstruida y la otra ligeramente tapada -	Ginecólogos: IMSS (3 doctores) Clínicas: JV (INSEMER)	Inicio: 24 años Finalizar: 2017	3	Estimulación hormonal

5 (2019)	32	femenino	casada	Licenciatura / lingüística y literatura hispanica	Ama de casa	Católica	Obstrucción tubárica bilateral	Giencólogos:2 , clínicas: 2 (IREGA, Ingenes)	Ginecólogos: 2017 Inicio de clínicas:2018	1	FIV
----------	----	----------	--------	--	----------------	----------	--------------------------------------	---	--	---	-----

3.2 Proceso del diagnóstico médico “Como hemos ido poco a poquito desmenuzando cual puedes ser la causa central...”

Como se mencionaba en el capítulo 2 el fenómeno salud-enfermedad no responde solamente a una condición biológica, como sostiene Michel Foucault (2011) la institución médica por medio de la medicina moderna toma una postura normativa, ya que produce el conocimiento de lo que es una persona sana y lo que es una persona enferma, rigiendo las relaciones y el modelo de vida de cada una.

Ante esto, el diagnóstico médico “lejos de transmitir verbalmente la verdad de la enfermedad, la constituye como tal” (Soledad Trupa, 2017, pág. 89), instaurándose como un dispositivo de normalización, el cual se sustenta en un modelo médico hegemónico, como lo menciona el autor Menéndez (1978), el cual privilegia y se legitima construyendo el diagnóstico médico bajo una “mirada biologicista, individualista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática”. (Castro, 2011, pág. 289)

Las 5 colaboradoras coinciden en que a lo largo de este proceso han tenido diversos diagnósticos médicos, esto relacionado a que han visitado a más de un especialista y de una clínica en búsqueda de alguna respuesta que logre brindarles una explicación sobre el motivo por el que no han logrado embarazarse y/o tener un hijo/a pese a los intentos que han hecho por más de un año.

Esto nos permite ver la manera en la que el diagnóstico médico, pese a que las colaboradoras no reciben sólo uno, sino que este va a ir variando en cada etapa de su proceso, el diagnóstico vigente para cada momento si va a ir determinando la posición de la colaboradora, con respecto al tratamiento a seguir, el especialista y la relación con su cuerpo y su historia.

Me vieron 3 doctores, entre ellos se echaron la bolita de qué pues es que no sé qué tienes, es que mejor espera al otro doctor, el otro doctor que no sé qué tiene, que mejor espera pues parece que todo está bien, nunca me supieron decir qué era lo que pasaba. (Entrevista 4, 2019)

Esto a su vez está relacionado con que en la mayoría de las ocasiones los /las doctoras han llevado a cabo el proceso del diagnóstico a partir de ir descartando

otras enfermedades. En la narrativa de las colaboradoras se puede distinguir la manera en la que el cuerpo médico refuerza y perpetúa una mirada biologicista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática de la enfermedad.

Pues es que te mandan a hacer estudios, y bueno ellos a lo mejor, ellos van descartando, por ejemplo, el que tengas tapadas las trompas de Falopio, entonces te mandan un estudio para destaparlas, entonces van descartando posibilidades, pues para descartar eso de la infertilidad. (Entrevista 2, 2018)

Pero bueno, entonces ese fue como mi último diagnóstico, uno anterior fue lo del problema de la tiroides, aja, que también es la que ha causado como los desórdenes sobre todo de menstruación, ajá, entonces o sea como he hemos ido poco a poquito desmenuzando cual puedes ser la causa central. (Entrevista 3, 2019)

Mientras que la acción del cuerpo médico se presenta sólo a través de una mirada objetiva apartada de la situación que atraviesan las colaboradoras, la cuestión de que se les ha cambiado constantemente de diagnóstico se ha vuelto un tema frustrante, ya que en ningún momento reciben una certeza sobre la situación, la única que se encuentra segura de su diagnóstico es la colaboradora que está en la etapa de iniciación para el momento de la entrevista.

En realidad no tuve un diagnóstico como tal, la vez que visité una clínica fue por la situación de que no me podía embarazar, me dieron como largas, fui al IMSS, me dijeron ah, es que tienes biomas, es que es un quistes, me dieron tratamiento e ya, lo deje pasar, pero después ya no quise embarazarme por cuestiones de pareja y me cuidaba, hasta que me separo, en la siguiente relación , este, decidimos embarazarnos y tampoco me pude embarazar, ahí es cuando visito una clínica, bueno, no una clínica como tal, fui al médico al ginecólogo , me estuvo tratando, este, había tenía fuertes infecciones que yo no sabía que las tenía y este, cuando me hace los estudios, resulta que él también está afectado, entonces nos dice, él nos recomienda que vayamos a una clínica de fertilidad. (Entrevista 4, 2019)

Como menciona Michel Foucault (1996) “la medicina- biomedicina, ha tenido como función clave la producción de sentidos sobre la naturaleza y lo biológico, produciendo lo que es normal/sano y lo anormal/patológico, a partir de los cuales produce verdades sobre los cuerpos” (Soledad Trupa, 2017, pág. 90), también, como menciona la autora María Asunción (1993) ha marcado la manera de entender la salud y la enfermedad, las técnicas de curación a partir de los intereses sociales, económicos, ideológicos, sanitarios y científicos de cada época histórica.

Esto se puede distinguir en las colaboradoras en varios aspectos, por una parte, la institución médica va a determinar los mecanismos del tratamiento que se deben de seguir ante una situación que se ha nombrado anormal/patológica y que se le ha atribuido un diagnóstico médico, a su vez, han determina la práctica médica especializada para abordar el tema.

Por otra parte, en la narrativa de las colaboradoras se puede identificar la manera en la que la institución médica por medio del saber médico, las prácticas médicas y los actores u organizaciones y sus dinámicas internas, ha producido verdades sobre sus cuerpos, por una parte, definiendo su cuerpo como enfermo, pero a su vez en las repercusiones del diagnóstico médico que tiene sobre las vivencias, deseos, imaginarios y la historia de vida de ellas.

Para muestra, se entiende la manera por la que las colaboradoras apelas al diagnóstico médico como un mecanismo para comprender y dar a expresar su sentir, pese a que han recibido más de uno, éste se vuelve un punto de quiebre respecto al plan de vida que aspiran cumplir, principalmente en la cuestión de los hijos, ya que las 5 colaboradoras coinciden que el ser madres estaba considerado como un punto clave, ya que la educación de sus hijos iba ser su principal actividad, por lo que al recibir un diagnóstico médico genera rupturas.

... y luego cuando me paso lo del aborto espontáneo, y dije, bueno o sea ¿qué pasa?, o sea, como que, si te frustra, pero dije bueno, pero cuando me dijeron que ya no iba a poder tener hijos, ahí si fue muy fuerte, porque yo no quiero que mi hijo esté solo. (Entrevista 5, 2019)

Ante esto, recuperando a la autora Verbrugge (1985) el género interpela de manera diferenciada en la institución médica con los cuerpos leídos como femeninos, esto ha provocado, como lo mencionan las autoras Rothman (1978), Gordon (1978), Oakley (1984) y Treicher (1990), que actividades relacionadas a la vida sexual y reproductiva de las mujeres fueran captadas por el dominio médico, como fue el caso de las prácticas anticonceptivas, el embarazo y el parto, al nombrarlos como fenómenos biológicos provocando dejar de fuera la experiencia, poniendo bajo una lupa de control y objetividad a los cuerpos femeninos y mediando la manera en cómo se tenían que relación con su cuerpo en los temas de reproducción y sexualidad.

Esta mirada médica, individual y biológica ha provocado despojar y desligar a las mujeres de sus emociones y experiencias, dando cuenta de eso, las colaboradoras describen constantemente una ruptura que sienten con su cuerpo, ruptura perpetuada por la institución médica.

bueno, ahora se me fue el nombre, pero es un problema en la cervix, como que vinieron después de varios años, vinieron como saliendo cosas, entonces aproximadamente hace un año fue que la última ginecóloga con la que yo estuve me decía que yo tenía un problema en la cervix, en dónde no estaba como todas las mujeres normales, si no, que la normalidad es que esté como en línea , para que cuando los espermias llegan puedan pasar sin problema, directo, que el mío está cómo al revés, que por ende en el momento que tuviera relaciones sexuales con mi esposo, que tenía que subir las piernas y yo dije a bueno ok. (Entrevista 3, 2019)

3.2.1 Diagnóstico médico: “Diagnóstico de infertilidad como tal nunca lo tuve...”

En el 2008 la Organización Mundial de la Salud declaró a la infertilidad como una discapacidad del sistema reproductivo, para el 2010, 1 de cada 7 parejas presentaban un diagnóstico de infertilidad represando un 10% a 20% de las parejas a nivel internacional, esto dio paso a que el tema de infertilidad se tocara en las agendas de salud pública.

Sin embargo, el diagnóstico de infertilidad, y en específico de infertilidad femenina, pone en jaque los sustentos biologicistas en los que se ha basado la explicación sobre el género femenino, al que la actividad reproductiva se le ha atribuido como la característica base asignada a los cuerpos naturales-dados como femeninos.

Las 5 colaboradoras desde el inicio de la entrevista afirman que ellas no son infértiles, esta negación se va a reafirmar durante el desarrollo de las entrevistas en las que se presenta que la idea de infertilidad tiene una connotación negativa a nivel personal y social, es importante precisar que en ningún momento se hace referencia a la idea de esterilidad. Ante esto, las colaboradoras han utilizado el diagnóstico que les han dado para separarse de la idea de infertilidad.

Diagnóstico de infertilidad como tal nunca lo tuve, este, yo comencé a presentar problemas, bueno de hecho yo he tenido varios embarazos, de haberse logrado mis hijos , este, tendría 4, tendría 4, pero diagnóstico como tal de infertilidad nunca lo he tenido, el diagnóstico que tengo es incontinencia ístmico cervical, esto es, que el útero no retiene el producto, para eso, también yo tuve una pérdida importante, ya tenía 20 semanas de gestación y este, y fue parto, me indujeron el parto... (Entrevista 1, 2018)

Para lo cual, y para reafirmar esta separación dos colaboradoras mencionan que han logrado embarazarse, pero no han llegado a término dichos embarazos, por otra parte, una colaboradora menciona que pese a las dificultades que tuvo en su embarazo, ya que fue diagnosticada con preeclampsia, logró finalizar su embarazo y actualmente tiene un hijo, otras 2 colaboradoras mencionan que tienen otro diagnóstico que no es el de infertilidad.

Pues mira, infertilidad no tengo, porque me embaracé, este, entonces, significa que, pues no puedo tener hijos, no he podido. (Entrevista 2, 2018)

Aunque la declaración de la OMS define la infertilidad como la incapacidad de lograr un embarazo en doce meses, que en términos generales podría encasillar la situación de salud que presentan las colaboradoras, la representación que se

tiene sobre el diagnóstico de infertilidad, que tiende a ser negativa, genera que las colaboradoras reafirmen su separación y busquen darle explicación y nombren su situación de otras maneras.

Como menciona las autoras Scully & Bart (1978) y Martin (1987) desde el discurso médico se ha perpetuado la concepción de la reproducción como orientación de la mujer, por lo que aspectos como la menopausia y la menstruación sean leídos como fallas, carencias o irregularidades del cuerpo, ante esto, un diagnóstico de infertilidad femenina no sólo pone en relieve las circunstancias particulares que presentan los cuerpos, también trastoca la imagen cultural de lo femenino que se ha producido.

“La producción de una imagen cultural femenina siempre va ligada a la regulación del género, de lo que es apropiado y de lo que no, y se construye con el cuerpo y a través del cuerpo. En este sentido la infertilidad produce una anomalía del género, porque no se puede cumplir la norma social reguladora”. (Fitó, 2010, pág. 137)

Esto nos permite explicar que las connotaciones negativas al diagnóstico de infertilidad femenina no solo son referentes a una condición de salud, si no que adquieren otros significados al poner en tensión la capacidad reproductiva que se le ha asignado como natural al género femenino.

En el hecho de que si me dicen por ejemplo , amigos o conocidos y así, ay nada más un niño, por ejemplo, para cuándo el otro, cuándo un hermanito , porque digo el niño ya está grande , me dicen, y tu pues , para que les voy a estar contando todo, al principio si era así como de que no quería yo todavía, pero ahorita digamos, esos comentarios no me afectaban cuando me los decían, porque yo sabía que en cualquier momento, pues cuando yo quisiera me embarazaba, pero ya, cuando ya me supe mi diagnóstico de que ya no iba a poder tener hijos, ya me afectaba más emocionalmente esos comentarios. (Entrevista 5, 2019)

Desde el enfoque funcionalista se podría decir que el diagnóstico médico al momento de ser dictado por el poder médico limita y encasilla a la persona en su rol de enfermo, lo que implicaría que en el caso de las mujeres con diagnóstico de infertilidad o una de sus variantes, éstas al no cumplir la función de la reproducción se plantearía una ruptura con su rol de mujer, sin embargo, esto no pasa así, las 5 colaboradoras coinciden que aunque el diagnóstico médico si interpela la manera en la que reconfiguran su identidad, el diagnóstico médico no las encasilla sólo en su rol de enfermas.

No, yo me seguía sintiendo, no me sentía menos mujer por no tener hijos ni porque no, no en eso no hay problema, yo me seguí arreglando, o sea, no me deprimí, le seguía echando ganas a pesar de eso. (Entrevista 4, 2019)

Retomando de Mechanic (1961) el concepto de conducta frente a la enfermedad (illness behavior) (Castro, 2002), con base en las entrevistas de las colaboradoras, podemos identificar que las mujeres reinterpretan su diagnóstico a partir de los significados que le atribuyen individual y socialmente, generando que se comporten según cómo interpretan las circunstancias y su entorno, es decir, la conducta que ellas toman ante el diagnóstico que reciben depende de la manera en la que éste les sea significativo.

Sin embargo, aunque la conducta que van teniendo frente a la enfermedad es interpelada por los significados que se les dan a sus circunstancias, éstas van a estar limitadas por los factores estructurales que impone la institución médica, esto daría paso a comprendamos el rechazo al diagnóstico de infertilidad femenina que mencionan todas las colaboradoras.

Como menciona Ricardo Garay (2008) “la infertilidad deviene entonces enfermedad por medio de un discurso cuya justificación se ajusta más a los mandatos sociales que a la determinación específica de su carácter patológico” (Soledad Trupa, 2017, pág. 36). La connotación negativa que tiene la infertilidad femenina se refuerza por la presencia de historias familiares en algunas colaboradoras.

Yo siempre tuve miedo de no poder tener hijos , porque en mi familia, una de mis primas no pudo tener familia, yo vi cómo sufrió ella porque ella siempre quería, y de hecho su esposo la dejó porque no pudo tener hijos, se fue a los Estados Unidos su esposo, ella se quedó en su casa, y él allá buscó otra señora, y ya tuvo otra familia, la familia que siempre quiso, y la dejó acá, y ella pues vivía con su familia, pero sus hermanos la maltrataban mucho. (Entrevista 5, 2019)

Esta situación nos permite reconocer que el poder médico a través del diagnóstico médico no impone un control absoluto sobre las mujeres y su situación de salud, éste se encuentra interpelado por otros factores, retomando los aportes de Alves & Rabelo (1997) podemos reconocer que la manera en que cada una de las colaboradoras narra, describe y explica su situación entretiene las características estructurales de su contexto, las cuales a su vez moldean la manera en la que se relacionan las mujeres con su diagnóstico y la manera en la que configuran su vivencia.

Por otra parte, aunque el diagnóstico les brinda en cierta medida a las colaboradoras una explicación para entender su situación, éste al no tener una connotación positiva de manera general, para algunas colaboradoras el diagnóstico, así como los tratamientos a los que se someten como el uso de Técnicas de Reproducción Asistida es un tema que sólo se aborda en los círculos más íntimos, ya sea porque consideran que no tiene relevancia que se sepa o por que dada la complejidad del proceso y lo que ellas van sintiendo deciden no exponer su situación al conocimiento público.

Por lo menos en la familia no tratan el tema, digamos que, yo soy el primer caso, dentro de mi familia, cómo tal del núcleo, entonces realmente no es algo así como que tenga peso. (Entrevista 3, 2019)

Es que no creo que ellos, es que mira, la diferencia conmigo, es como yo ya tuve a santi, ellos no me ven, así como que soy una mujer infértil, por decirlo así, por qué cómo, o sea, por ejemplo, si yo ahorita me embarazo,

ellos no van a pensar que es porque yo fui a una clínica, si no, porque pues como yo ya tuve a santi me embarace y ya. (Entrevista 5, 2019)

No obstante, aunque pareciera que el diagnóstico logra ocultarse, las 5 colaboradoras coinciden de que han tenido conocimiento de que esta situación se ha presentado en amistades y otros familiares, sin embargo, solo se habla del tema en forma de rumores o historias de la intimidad de las familias o las personas involucradas.

Ya, revisando historiales y todo, de las mismas amistades, te das cuenta, de que, pues no eres como tu solita y tu mundo, si no, que hay varias personas que estamos viviendo la misma situación. (Entrevista 4, 2019)

3.2.2 Clínicas y tratamiento de TRA “Lo hacíamos por, precisamente por la ilusión, de que decíamos, vamos a hacer todo lo posible...”

En marco del proceso de medicalización, que se refiere a cuando “los servicios médicos por sí mismos pueden generar su propia demanda, ya que su misma disponibilidad ayuda a identificar a la enfermedad y al enfermo, al desarrollar nuevas categorías para reconocer entidades mórbidas, al divulgarlas y al enseñar el lenguaje mediante el cual se pueden percibir nuevos signos corporales” (Castro, 2002, pág. 39), las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) se posicionan como los tratamientos óptimo para el diagnóstico de infertilidad o alguna de sus variaciones, que como menciona el autor Castro (2011) es importante reconocer y problematizar el proceso salud-enfermedad-atención.

Ante un diagnóstico de infertilidad femenina o sus variaciones, las colaboradoras coinciden en que recurren a un especialista para recibir atención médica, con el objetivo de lograr un embarazo. Las 5 colaboradoras iniciaron un tratamiento bajo el uso de alguna Técnica de Reproducción Asistida, también coinciden en que la decisión de iniciar, así como de continuar con los tratamientos fueron tomadas sólo con su pareja y su círculo íntimo familiar, para evitar poner en dominio público su situación.

Pues por lo regular yo quería guardar esto , es como un tipo de , si lo quieres ver, como un tipo de tema tabú, como que yo decía, no pues yo nada

más quiero dar la noticia de que estoy embarazada y no quiero explicar cómo fue, o sea no, o sea es que llegas y te abren las piernas y te dicen y te revisan, y todas esas , yo me quise evitar todo eso, así como de, y yo pues nada más quería pues dar la noticia e ya, y que no me estuviera preguntando, y ¿cómo le hiciste?, y ¿cómo te hicieron?, y ¿cómo te pusieron?, o sea eso no. (Entrevista 1, 2018)

No obstante, el acceso y la continuidad en un tratamiento bajo el uso de alguna TRA se encuentra limitado, principalmente a la cuestión económica, lo que generalmente se vuelve un factor clave para tomar la decisión de iniciar, continuar o terminar con el tratamiento, esto sumado al desgaste emocional que mencionan las colaboradoras. De las 5 colaboradoras 4 recurren a especialistas particulares en el área de ginecología, lo que posteriormente será por medio de ellos por los que tendrán conocimiento de las clínicas de fertilidad, sólo una acude únicamente al servicio médico público.

porque aparte eran inyecciones, a parte era su consulta, o sea, era un mundo de dinero, cosa que no lo teníamos, yo creo que, si hubiésemos tenido el dinero, lo hacíamos, nos arriesgábamos, la verdad. (Entrevista 2, 2018)

sólo tenemos dos intentos, digo, está muy caro como para volver a intentarlo y sólo tenemos dos intentos, y sólo tengo fe de que Dios me ayude. (Entrevista 5, 2019)

Esto deja ver, como menciona la autora Nikolas Rose (2012) “las tecnologías de reproducción asistida suponen mucho más que las destrezas artesanales de médicos que utilizan nuevos instrumentos y técnicas. Generan ciertos modos de pensar acerca de la reproducción, tanto en el sujeto como en el especialista, ciertas rutinas y rituales, técnicas de examen y prácticas de visualización, y modos de brindar asesoramiento”. (Rose, 2012, pág. 48)

La colaboradora 1 inició su proceso en las clínicas en el año 2004 y decide abandonar el tratamiento en el 2013, sin embargo, durante ese periodo el tratamiento no es continuo ya que en cierto tiempo se toma un descanso, no

obstante, ella aclara que en los años en los que ha quedado embarazada no han correspondido en los tiempos en los que ella se encuentra en tratamiento en alguna clínica o con algún doctor, a su vez, es importante precisar que ella realizó todo su procedimiento en clínicas de la CDMX, y sólo acudió de manera espontánea a clínicas en el estado de Puebla sin ningún tratamiento en ellas.

Las colaboradoras 2, 3 y 5 tienen en común en que primero acuden con ginecólogos y posteriormente por recomendación de ellos deciden acudir a una clínica de fertilidad, de ellas solo la colaboradora 2 ha decidido abandonar los tratamientos, mientras que las otras dos colaboradoras mencionan que seguirán intentando, sin embargo, muy probablemente esta sería su última oportunidad, siendo para la colaboradora 3 el tema de la edad muy importante para tomar esta decisión, en su casa tenía 37 años en el momento en el que se realizó la entrevista.

Sólo una colaboradora por cuestiones económicas acude al servicio de salud público, el IMSS, y por esta misma cuestión de dificultades por recursos económicos no ingresa a ningún tratamiento en ninguna clínica, ya que sólo acude para realizar cotizaciones, a su vez, en el año 2017 decide abandonar todo tipo de tratamiento.

Como se menciona en el primer capítulo, aunque en México los precios son menores a los de EE. UU y Europa, en México los tratamientos suelen estar entre un rango de 10 mil a 100 mil pesos, esto aunado a que los tratamientos de mayor efectividad presentan costos más elevados.

Mira, en IREGA, maso menos una in vitro, te sale como en \$50 (mil), pero sin medicamentos, porque con los medicamentos son \$30 (mil) de medicamentos, pero nada más es un intento, y en INGENES, no porque , en INGENES tienes paquetes, entonces por ejemplo, hay un paquete de 1 intento que es más económico, un paquete de 2 intentos, y uno paquete de 3 intentos, en el que según, en ese paquete de 3 intentos, si no te embarazas te regresan la mitad de tu dinero, nosotros optamos por el de los dos....nos dieron precio, que maso menos, los dos intentos salen en \$140 (mil), pero son dos intentos desde el inicio, o sea desde que te estimulan y todo , porque en IREGA, no, en IREGA a pesar de que te salen baratos, pero es un intento,

y si , por ejemplo, consiguen unos 4 óvulos, de estos embriones te meten por ejemplo 2. (Entrevista 5, 2019)

A su vez, aunque existen clínicas y hospitales públicos en México que brindan el servicio de técnicas de reproducción asistida, el acceso se encuentra limitado a ciertos filtros que establecen las autoridades, lo que genera dificultades para poder acceder a estos, algunos de los filtros (tabla 5) son rangos de edad en mujeres de entre 36- 40 años, hombres de 18-55 años, en estatus civil se requiere que sean parejas casadas legalmente compuestas por un hombre y una mujer, y en algunas clínicas se considera que máximo tengan uno o dos hijos previos.

Esta situación a su vez da cuenta de que el diagnóstico de infertilidad así como sus tratamientos sea una situación encuadrada en una cultura heterosexual, como menciona la autora Soledad Trupa (2017) “la cultural heterosexual se hace presente en tanto esa definición de infertilidad como patología de la pareja parte del supuesto de una pareja heterosexual que no logra concebir un hijo/a, excluyendo a mujeres solteras o parejas gays y lesbianas, cuyas prácticas parentales y filiatorias conllevan otras formas de pensar el parentesco no centradas (exclusivamente) en el lazo biológico”. (Soledad Trupa, 2017, pág. 91)

Por otra parte, para el 2010 se calculaba que 50% de los casos de infertilidad el factor era femenino, el 40% masculino y 10% de origen mixto, pese a que el diagnóstico de infertilidad masculina también se presenta como una posible explicación, la primera etapa de todos los procesos de las clínicas privadas y públicas parten de primero diagnosticar a las mujeres, de las 5 colaboradoras sólo dos mencionan que sus parejas también se les hicieron análisis, pero estos se realizaron meses o años posteriores de haber iniciado ellas los tratamientos.

La autora Ana Sánchez (Sánchez, 2005) en su artículo “Las tecnologías de reproducción asistida y sus metáforas” expone de manera general las etapas a las que son sometidos durante un mes los cuerpos femeninos y masculinos para la ejecución de una Fecundación In Vitro (FIV) (tabla 6), y es de notar la manera diferenciada en cómo opera el control médico sobre los cuerpos, poniendo mayor

énfasis en los cuerpos femeninos, situación que sigue reproduciendo la idea de que la culpabilidad recae en el cuerpo femenino.

A su vez, la manera en la que operan las TRA ha perpetuado dos aspectos claves como lo mencionan varios autores, por una parte, el entendido de la tecnología como algo positivo y sinónimo de progreso por lo que no se ha cuestionado las posibles consecuencias negativas que podría llegar a tener en los cuerpos intervenidos, por otra parte, “la unión de las dos metáforas - cuerpo/fragmentación, mujer/madre- hace que en las intervenciones biomédicas en el cuerpo de cada mujer se vaya reduciendo a vientre, útero, óvulos. Este proceso de objetivación hace que desaparezcan en tanto que sujetas. La práctica de la FIVTE (fecundación in vitro y transferencia de embriones), anula a la mujer concreta, reduce su cuerpo a unidades últimas e inconexas”. (Sánchez, 2005, pág. 525)

De las 5 colaboradoras, la colaboradora 1 tuvo un tratamiento de FIV, las colaboradoras 3 y 5 para el momento de la entrevista se encontraban en los preparativos para iniciar un tratamiento de FIV, la colaboradora 2 se sometió un tratamiento de inseminación intrauterina, y la colaboradora 4 tuvo un tratamiento de estimulación hormonal, aunque la colaboradora 2 y 4 no cumplen con todos los pasos mostrados en la tabla 6, si vivieron algunos de los pasos anteriores a la fase In Vitro, y desarrollaron otros pasos según la particularidad de la técnica de reproducción asistida a la que se sometieron.

Tabla 6: Etapas de una Fecundación In Vitro (FIV)

	Mujer	Hombre
1 mayo	Menstruación (o interrupción de píldora, si es un coito programado)	
2 al 11 mayo	Tratamiento de estimulación ovárica con FSHr. Maduración de carios folículos.	Espermocultivo
10/11 mayo	Control	Ecografía ovárica: balance de folículos Dosificación de estradiol en la sangre: Estimulación de la madurez de los folículos.
11 mayo	Desencadenamiento de la ovulación por hCG	
13 mayo	Recogida de óvulos	Celioscopia: anestesia general o local o punción bajo control ecográfico
13 al 15 mayo	Fase <i>In vitro</i>	Puesta en cultivo de los óvulos Recogida y tratamiento del esperma Fecundación y cultivo del embrión
15 mayo	Trasplante embrionario: 1 a 3 embriones en el útero	

18 al 27 mayo	Control cotidiano de la temperatura		
	Controles hormonales	Calidad de la secreción ovárica (Estradiol y progesterona) Detección de la hormona embrionaria	
27 mayo	Menstruación	Comienzo del embarazo	
	Reinscripción	o seguimiento clínico	

Fuente: Sánchez, A. (Noviembre- diciembre de 2005). Las Técnicas de Reproducción Asistida y sus metáforas. . *ARBOR ciencia, pensamiento y cultura*, 523-530.

También el acceder a algún tratamiento de TRA tampoco garantiza su efectividad, como se menciona en el capítulo 1 para el 2012, 66% de los tratamientos de reproducción asistida en América Latina no concluyeron con un embarazo, 7% terminaron en abortos involuntarios y tan sólo 27% en embarazos exitosos.

Aunque las colaboradoras mencionan que existe transparencia por parte de la clínica en el momento de la firma de un contrato al para iniciar el tratamiento sobre el posible porcentaje de éxito, durante el procedimiento, sumado a la variedad de diagnósticos y pruebas a las que son sometidas, este porcentaje de éxito empieza a nublararse con el pasar del tiempo y la carencia de algún resultado exitoso. Esto agregando, que al menos 3 colaboradoras mencionan que al mantener el tema en la discreción de lo privado, es complicado que ellas adquieran información sobre el tema diferente a lo que les mencionen en las clínicas, a esto se le tiene que agregar como se menciona en el capítulo 1, a la carencia de una normativa nacional y estatal sobre el funcionamiento de las clínicas de fertilidad.

yo fui ahí, yo sé que es mentira el porcentaje que anuncian en la tele, de que tantas mujeres salen con un bebe en brazo de ahí, y todo eso, y digo bueno, ¿por qué a mí no?, si yo hice todo lo que me dijeron, yo también pagué la cantidad que me pidieron, y ¿por qué a mí no?, entonces es ahí cuando como que uno deja de creer en esas cosas, en esas clínicas y en esos tratamientos que te ofrecen, que son como al final del día como algo milagroso. (Entrevista 1, 2018)

En conexión con lo anterior, las 4 primeras colaboradoras mencionan que no sólo existe un desgaste económico, también, durante el proceso de los tratamientos

existe un desgaste emocional y físico, esto también como parte de la manera en la que opera el poder médico sobre el cuerpo de las mujeres durante su tratamiento.

yo me sentía como conejillo de indias, de bueno ahora vamos a hacer este experimento contigo si pega pues ya pegó y si no pues no pegó. (Entrevista 1, 2018)

Yo nunca le dije al doctor, bueno qué opciones tengo, no, él su técnica era esa, inseminación intrauterina, entonces, prácticamente él me decía, tienes que venir tres días antes de tu ovulación, te voy a mandar un medicamento, te lo tienes que poner y yo desde aquí te monitoreo, cuando ya estaba yo en el momento. (Entrevista 2, 2018)

A parte del tratamiento médico, las 5 colaboradoras recurren a otros métodos alternativos especialmente de la medicina tradicional, como una forma de agotar todas las posibilidades, evidenciando lo que menciona el autor Menéndez (1992) sobre el agotamiento de los grandes sistemas ideológicos que sustenta a la institución médica, provocando que en este caso, las colaboradoras acudan a técnicas como las que se mencionan en el capítulo 1, ya sean limpias, baños de vapor o vaginales y apretón de huesos.

De hecho, hasta los básicos, esos de que te llevan al baño, te aprietan, te ponen de cabeza, y te cuelgan de las piernas, cosas que yo misma digo, ay, o sea, se escuchan extrañas y así de, pero bueno, lo hice, las abuelas lo recomiendan mucho. (Entrevista 3, 2019)

Respecto a los tratamientos médicos las primeras 4 colaboradoras coinciden en que reafirmando el poder médico que llegan a tener las clínicas y los doctores sobre los procesos de las mujeres durante sus tratamientos, ellas tienen una sensación de incertidumbre, sintiéndose ajenas a sus cuerpos y los cambios que van provocando los tratamientos.

Cambió mucho, sobre todo el rumbo, el rumbo de decir, bueno ¿qué hacemos?, ¿cómo lo hacemos?, a raíz de tantos tratamientos, si, que algunos te modifican por ejemplo la cuestión del peso, la cuestión de tu piel ,

la cuestión del cabello, todo eso, hasta obviamente tu cuestión anímica si la modifica demasiado, eso no te lo dicen los médicos, desafortunadamente, entonces, algunas de las discusiones que yo tenía con mis gines, con los que he pasado, pues le decía eso, de por qué no me dicen, oye te va pasar esto, la verdad ha sido como una persona que me ha dicho, mira te va pasar, vas a sentir bochornos, o vas a sentir tal cosa, pero es normal porque es parte del medicamento, eso no te lo dicen. (Entrevista 3, 2019)

A parte de los efectos que generaban los tratamientos a nivel físico, el diagnóstico y el tratamiento también repercute en la vida de las colaboradoras, no obstante, las colaboradoras coinciden en mencionar que, pese a que existe un gran desgaste económico, físico, emocional y en su vida en general, justifican estos por la búsqueda de lograr embarazarse.

En pro de lograr este objetivo, las colaboradoras mencionan que han tenido que hacer cambios en la relación con su pareja, en sus rutinas para cumplir con los horarios de los tratamientos, dejar algunos aspectos laborales para poder brindarle el tiempo que se requiere al proceso y ampliar su gama de dolor físico para continuar con los estudios clínicos.

Para empezar las relaciones sexuales debían ser a una hora en específico, debías tomarte la temperatura basal, este, hacer cosas, que como se dice, como seguir un horario un sketch, de, pues si una rutina que debías seguir, e ya hasta te la aprendías, y en esa, yo pienso que uno cuando te mentalizas a eso, te enfocas a eso, como de bueno de voy a ser mamá, porque voy a ser mamá, porque tengo que ser, a veces se pierde como esa magia, no sé si me entiendes, de este, de decir, voy a hacer el amor, aaa, tengamos relaciones sexuales ahora en este momento porque ya soy las 9:20, e ya nos enseñaron, nos dijeron que a las 9:20 teníamos que, y a veces tu pareja no está de humor o te veo o siente que lo ves como un semental, como de ora ya, y ponte e ya porque ahorita, entonces son situaciones que van, que te van mermando también la relación. (Entrevista 1, 2018)

3.3Cuerpo/diagnóstico médico: “¿Por qué yo no soy como las demás?”

Retomando del capítulo 2 a la autora Margarita Baz (1993) quien menciona que “nada del cuerpo es natural y que es por medio del lenguaje por el cual el cuerpo se introduce en el mundo simbólico y será el lenguaje “un código que mediará sus posibilidades de experiencia, de conocer, de sentir y experimentar, y que ha ordenado el intercambio social” (Baz, 1993, pág. 110), y sumando el análisis de la categoría de diagnóstico médico, se puede identificar que aunque el diagnóstico médico no encapsula en su totalidad la vivencia de las colaboradoras, si opera como un discurso desde el poder médico que limita y asigna en ciertos aspectos la manera en cómo las colaboradoras experimentan la vivencia con su cuerpo al ser nombrado a partir un diagnóstico de infertilidad femenina o alguna de las variaciones.

Aunque el diagnóstico médico no es suficiente para brindarles una explicación absoluta sobre la situación en la que se encuentran, las 5 colaboradoras coinciden en que el diagnóstico médico si refuerza la idea de que su situación no es normal y en la que el cuerpo tiene un papel importante al no cumplir con lo que se espera. En el momento en que las colaboradoras se refieren a la idea de lo “normal” lo hacen a partir del reclamo hacia su cuerpo, ya que consideran que éste no cumple con esa idea.

Bueno, cuando me dieron el diagnóstico de incontinencia, este pues yo, llegó un momento en el que, pero ¿por qué?, yo le reclamaba, si tú quieres, a mi cuerpo, ¿por qué no me respondes?, ¿por qué no eres normal?, o algo así. (Entrevista 1, 2018)

Ninguna colaboradora define qué es lo “normal”, pero plantean como equivalente que lo normal es lo natural, aunque tampoco definen que es natural, sólo plantean que es lo generalmente aceptado, ante esto y retomando a David Le Breton (2002), quien menciona que el hombre “produce las cualidades de su cuerpo en su interacción con los otros y en su inmersión en el campo simbólico. (Le Breton, 2002, pág. 19), nos permite distinguir la manera en cómo la capacidad de concebir es una cualidad que se la ha construido y asignado socialmente como natural a los cuerpos leídos como femeninos, y que ha derivado también en plantear una

linealidad entre la capacidad de la concepción de los cuerpos femeninos y maternidad, por lo que, a los cuerpos que no satisfacen esta equivalencia se les presenta como algo diferente a lo natural y lo normal.

Es que es como la naturaleza de nuestro cuerpo como mujer, porque los hombres no pueden concebir, entonces a nosotros tenemos ese órgano, en dónde lo que pues se da lo que es la maternidad, entonces si juega un papel importante, o sea la verdad, es que el hecho de que tú puedas ser mamá, creo que es algo muy padre, una dicha, un privilegio, pues los hombres no pueden, entonces se les da, por naturaleza pues somos las mujeres las que concebimos. (Entrevista 2, 2018)

Como esto que te decía, como de por qué otras sí y yo no, o sea, qué de diferente tiene mi cuerpo que no puede ser tan fácil como a cualquiera, ay entonces, sí cómo que de repente me molestaba, de repente mi autoestima bajaba también, y decía, ¿por qué yo no soy como las demás?, ¿por qué yo no puedo ser así? (Entrevista 4, 2019)

Es importante mencionar, que esta cuestión de interrogarse sobre lo que les pasa a sus cuerpos y el relacionarse con ellos en un primer momento a partir del reclamo, se enmarca en el deseo que tienen las colaboradoras de ser mamás, lo que provoca que la primera relación que plantean con su cuerpo es a partir de concebirlo como un elemento externo a ellas.

Pues malo, yo lo veía como que algo, pues si malo, malo porque yo con el anhelo que yo tenía de ser mamá y decía, ¿por qué me pasa esto?, ¿por qué me dijeron esto? y ¿por qué mi cuerpo me hace esto? (Entrevista 1, 2018).

Las 5 colaboradoras coinciden que en el momento en el que reciben el diagnóstico médico, cambia la manera en la que habían planeado su historia de vida y el cómo concebían su cuerpo. Cuando a la colaboradora 1 se le pregunta sobre qué le gustaría cambiar de su situación actual, su respuesta es ser una mujer más fuerte sin ese defecto.

Si, si cambio porque yo quería ser mamá, pero yo quería ser de otro tipo de mujer, quería ser un cuerpo sano, un útero sano, pero si, si cambio. A no sé, a una mujer más fuerte, a una mujer sin ese defecto que yo tenía en ese momento, pero pues solamente en eso. (Entrevista 1, 2018)

Las colaboradoras en búsqueda de alguna explicación no sólo se remiten a los hechos actuales, también revisan su pasado, buscando algún hito que consideren podría ser importante para explicar la situación que presentan sus cuerpos.

yo no tomé pastillas anticonceptivas, entonces no te puedo decir que maltraté a mi cuerpo, o algo así. (Entrevista 2, 2018)

Hasta este punto, partiendo de la concepción del cuerpo de la autora Zandra Pedraza (2010) ,el cuerpo se ha presentado en dos dimensiones, como imagen/presencia y discurso/representación. La dimensión imagen/presencia se refiere a reconocer el sentido del cuerpo de las colaboradoras a partir de su condición humana , el cual presentan una particularidad corporal , por otra parte, la dimensión discurso/representación corresponde a la manera en cómo esa condición corporal particular que presentan las colaboradoras se le ha otorgado desde la institución médica un diagnóstico médico de infertilidad femenina o alguna de sus derivadas , que entra en tensión con el discursos de naturaleza-maternidad que se le ha cargado socialmente a los cuerpos leídos como femeninos.

Por último, la tercera dimensión experiencia/sujeto se presenta en el proceso de toma de decisiones que llevan a cabo las colaboradoras, ya que sus cuerpos ,reconociendo las dos dimensiones anteriores, se encuentran atravesados por una parte por la condición corporal específica que tienen y por otra, por los discursos del diagnóstico médico y maternidad que los interpelan, pero a su vez, su deseo de maternidad interpela sus cuerpos con relación a la toma de decisiones sobre si inician, continúan o dar por terminado el uso de Técnicas de Reproducción Asistida en su búsqueda de la maternidad, lo que genera que las colaboradoras desplieguen todo un conjunto de estrategias de negociación, ruptura o continuidad en la manera en cómo interactúan las tres dimensiones del cuerpo que plante la autora.

Por otra parte, las colaboradoras comentan que en el transcurso de su vivencia con respecto del tratamiento de TRA al que recurren en búsqueda de lograr llegar a término un embarazo, van experimentado diversas formas de relacionarse con su cuerpo, éstas formas de relacionarse serán dinámicas e influir en la toma de decisiones de las colaboradoras respecto a sus procesos, a su vez, el factor emocional va siendo un elemento clave para tomar decisiones, esto nos permite identificar una relación entre cuerpo y emociones, “somos a la vez lo que sentimos y vemos de nuestro cuerpo, que a su turno resulta de las acciones que emprendemos con el cuerpo y de las prácticas que ejercemos en él”. (Pedraza, 2010, pág. 57)

Las colaboradoras 1,2 y 4 coinciden en que uno de los motivos por lo que decidieron dejar el tratamiento fue el desgaste emocional que se fue presentando, la colaboradora 1 menciona que, aunque las clínicas de reproducción asistida a las que acudió se le ofreció ayuda psicológica, ella considera que no es suficiente, por lo que, en su caso, decidió recurrir a un psicólogo para que la ayudara en el proceso.

A su vez, estas colaboradoras comparten en que un motivo por el que deciden finalizar su tratamiento de TRA es porque lograrán reconciliarse con su cuerpo, lo que provocó que, aunque el deseo de la maternidad sigue presente, este se ve ya sólo como un evento circunstancial que tienen la esperanza de que pase, pero que buscarán otras formas menos invasivas a su cuerpo, provocando que la separación de ellas con su cuerpo se vaya difuminando.

Pero luego me componía y decía, bueno es lo que hay, y algo tiene que funcionar y todo puede suceder, y me echaba porras yo sola, y me volvía a reconciliar, yo creo fue más la cuestión ahí de fe, que de que conmigo misma. (Entrevista 4, 2019)

Aceptarme como soy, de aceptar mi cuerpo tal y como me tocó, como lo tengo. (Entrevista 1, 2018)

Por otra parte, las colaboradoras 3 y 5, quienes para el momento de la entrevista seguían en tratamiento de TRA, mencionan un alto deseo de que su

cuerpo cambie y que el tratamiento que están iniciando funcione para que puedan lograr su sueño, ya que en palabras de la colaboradora 3 es el cuerpo de la mujer embarazada la expresión de perfección del cuerpo femenino.

Yo creo que debería ser hermoso y maravilloso, aunque sufre muchos cambios, pero el ver a mujeres embarazadas, siempre te causa como esa ternura, entonces creo que no hay cuerpos perfectos, creo que a veces lo que causa esa perfección, eso maravilloso, es ese chicharito ahí atravesado. (Entrevista 3, 2019)

3.3.1 Cuerpo/identidad/maternidad “¿por qué no puedes tener hijos?, ¿por qué no eres madre?”

La manera en la que la categoría género atraviesa el cuerpo va impactar de manera diferenciada entre hombres y mujeres, ya que, como menciona Gayle Rubin (1986) la sociedad ha configurado un sistema sexo-género, fungiendo como el “conjunto de dispositivos por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana” (Rubin, 1986, pág. 97), el cual ha propiciado que se reproduzca y refuerza el imaginario de que dada la capacidad reproductiva de los cuerpos femeninos estos estén asignados a cumplir el rol de la maternidad.

Al momento de preguntarles a las colaboradoras ¿qué es ser mujeres para ellas? y cual consideran que es el papel del cuerpo, la colaboradora 1 si plantea una linealidad entre sexo-género femenino-maternidad.

Para ser mamá yo digo que el cuerpo sí importa, porque uno debe de estar bien para poder arropar, para poder estar, que aquí adentro de tu estas dando vida a otro ser, entonces debe uno, cuidarse, estar lo más sano posible y pues eso, para que el bebé esté bien. (Entrevista 1, 2018)

No obstante, en la misma pregunta, la colaboradora 4 plantea que el ideal es que se cumpla la linealidad entre sexo-género femenino- maternidad, sin embargo, esto no pasa con ella, por lo que retomando a la autora Judith Butler (1990) el sexo, así como el género, se van posicionando como fenómenos sociales y no meramente biológicos. A su vez, aunque la colaboradora menciona que ella no lo cumple, en su

respuesta sigue planteando la capacidad de gestación de los cuerpos femeninos como un eje para concebir la identidad de lo que para ella es ser mujer.

En conexión con los planteamientos de las autoras Marcela Lagarde (1992) y Tatiana Sanhueza (2005), la narrativa de la colaboradora nos posibilita distinguir la manera en que “la subjetividad se estructura a partir del lugar que ocupa el sujeto en la sociedad y se organiza en torno a formas específicas de percibir, de sentir, de racionalizar, de abstraer y de accionar sobre la realidad” (Lagarde, 1992, pág. 302), y que a su vez, su identidad de género no se limita a encajar en el ideal, sino que, “es un espacio dotado de múltiples significaciones, de las cuales las personas se nutren a lo largo de la vida, en un espacio de símbolos, de relaciones, de interacciones entre sujetos”. (Sanhueza Morales, 2005, pág. 163)

Antes podría decirte que era el único ser que podría dar vida, ahora no lo puedo decir así, por obvias razones, es un ser maravilloso que complementa la otra parte que es el hombre, al final de cuentas, gracias a estos dos es como se puede generar la vida, o sería el ideal de que se pudiera. (Entrevista 4, 2019)

Por otra parte, las colaboradoras mencionan que reciben presión por parte de la sociedad para que cumpla con el ideal, como menciona la autora Marcela Lagarde (1997) las sociedades han colocado que la maternidad es algo propio de las mujeres, limitando su vivencia a lo que ella denomina cautiverios, siendo el de madre-esposa el preponderante en la manera en la que las mujeres plantean su identidad.

aunque muchas podamos decir, ay no eres más o menos mujer por tener o no tener hijos, esa es una frase fuerte y que mucha gente la utiliza, pero creo sólo es para cubrir esa parte, realmente no les das como el peso, la importancia que puede tener, que ciertamente, entre mujeres somos crueles, decir aaa este no tienes hijos y ¿cuántos años tienes? y yo tengo hijos, o sea, y hasta la misma cuestión de ¿por qué no puedes tener hijos?, ¿por qué no eres madre? (Entrevista 3, 2019)

A su vez, se ha construido toda una ideología sobre la maternidad que mantiene la aceptación de esta, y que se ha instaurado en instituciones y representaciones como lo menciona la autora Pinto (2007), esto se puede distinguir como se mencionaba en el capítulo 1 en la tabla 3 en la que se identificaron los discursos y representaciones a las que recurren las clínicas de fertilidad del Estado de Puebla, por medios de los cuales utilizan el deseo de la maternidad como principal motor para atraer clientes.

En las 7 clínicas de las que se revisaron sus páginas de internet, se encuentra una constante de vincular la maternidad con una pareja heterosexual, sólo una clínica tiene un apartado para parejas homosexuales, principalmente para parejas entre mujeres. Sus eslóganes se centran en mostrar a una mujer embarazada con anillos de compromiso o con una pareja hombre, e imágenes de bebés, las clínicas en sus visiones y misiones relacionan a la maternidad con las ideas de formar una familia, cumplir sueños, cumplir el deseo de ser madres y padres, y de no perder la esperanza de ser mamás.

Retomando lo anteriormente planteado, se puede identificar que la relación entre cuerpo-género femenino-identidad-maternidad no responden a una linealidad, retomando el concepto de prácticas corporales de la autora Elsa Muñoz (2010) se pueden identificar dos procesos, el primero corresponde a la manera en la que los cuerpos femeninos se presentan en un continuo entre lo biológico y lo cultural, es decir, se reconoce sus significados biológicos, como es la dificultad que presenta el cuerpo para lograr llegar a término un embarazo de manera exitosa, y los significados culturales e históricos, respecto a los discursos del diagnóstico médico, género, edad, matrimonio heterosexual y la maternidad que atraviesan los cuerpos de las colaboradoras.

En el segundo proceso se puede identificar la manera en que las colaboradoras despliegan prácticas corporales no sólo a partir de los discursos y representaciones culturales, biológicas e históricas impuestas, ya que también sus prácticas corporales parten desde la performatividad, en las que el deseo de la maternidad posibilita que las colaboradoras lleven a cabo acciones, reconociendo

como mencionan las autoras Imaz (2010) y Tatiana Sanhueza (2005) que las mujeres que desean volverse madres no pueden ser consideradas como actores sociales pasivas y sumisas ante los modelos y estructuras sociales, sino que , despliegan tácticas que han construido a partir de su interacción con los otros en la diversidad de espacios, herencias y circunstancias que las atraviesan.

Yo siento que ser mamá es como una realización de, no necesariamente de ser mujer, porque hay mujeres que no quieren tener hijos y digo, es respetable, pero yo siempre pensé en tener un hijo, porque un hijo es muy bonito, es como, es una parte de ti. (Entrevista 5, 2019)

3.3.2 Cuerpo/ deseo de maternidad “tengo que estar bien para ese momento”

Como menciona Le Breton (Muñiz, 2010) entre cuerpo-emociones no responde a una dinámica de estímulo-respuesta, lo que sentimos se inscribe en el cuerpo, de tal manera en que el caso de las colaboradoras el deseo que tienen de la maternidad se expresa y repercute en el cuerpo, generando que el deseo que tienen interpele la manera en cómo se relacionan con su cuerpo.

Las 5 colaboradoras coinciden en que la motivación de lograr un embarazo justifica las restricciones que le han hecho a su cuerpo, con la intención de que éste logre funcionar como lo esperado. Esta situación plantea la idea de concebir al cuerpo como algo externo al que las mujeres deben de controlar para mantenerlo dentro de lo “normal”, por lo que hacen referencia a que ellas consideran que no lo han dejado libre.

siempre, digamos que, como que me he, ha sido una motivación eso, que yo me pueda embarazar y como que siempre he tratado de mantenerme saludable, bueno, dentro de lo que cabe, o sea, comer sano, hacer ejercicio y todo, pero siento que no he dejado que mi cuerpo sea libre, sino como que he estado como muy presionada, como que, tengo que hacer esto, por eso, y así, y ya van, así te digo, ya van como tres años, cuatro, que estoy así. (Entrevista 5, 2019)

Esta cuestión de mantener constantemente una actitud de vigilancia sobre el cuerpo, va generando que las colaboradoras expresan que existe cansancio o

hartazgo, ya que al considerar al cuerpo como algo externo, la vigilancia sobre este también se ve reflejada en la auto vigilancia a la que se someten las colaboradoras, de tal manera que reflejen el compromiso que tienen con su deseo de maternidad, por lo que estas emociones de cansancio o hartazgo pocas veces son demostradas a los demás, quienes también se suman a la vigilancia del buen comportamiento y compromiso de las mujeres.

Esta situación se encuentra más presente en las colaboradoras 3 y 5 que continúan en tratamiento para el momento de la entrevista, mientras que a las colaboradoras 1,2 y 4 esta vigilancia han buscado mitigarla, de tal manera en que no les afecte tanto, sin embargo, las 3 han construido una justificación para explicar la decisión que han tomado a los demás.

hay momentos en los que ya me siento harta , de decir, o sea es que yo ya quiero comer, o sea, sé que también me tengo que cuidar, no nada más por eso, pero es que llega el momento en el que no puedo comer, por ejemplo, cualquier cosa que yo quiera o tomar refresco o comer un pastel, o algo que se me antoje, y todo porque no, porque tengo que estar bien para ese momento. (Entrevista 5, 2019)

No obstante, aunque existe un anhelo de vivir la maternidad, las colaboradoras son conscientes del desgaste físico y emocional que viven durante el proceso, el cual va marcando pautas para continuar o no con el tratamiento, como mencionan las autoras Oliva López y Guadalupe López (2017) las emociones orientan nuestras relaciones sociales e interpersonales, por lo que retomando a la autora Gabriela Vergara (2009), el sujeto no solo siente, también hace y ese sentir-haciendo se ve marcado por las posiciones-condiciones sociales del sujeto.

pero bueno también, cuando tú vas pasando ciertos procesos, te vuelves más fuerte, entonces dices, ok, si ya pasé esto, puedo tolerar algo más, hablando en cuestión, de estas cuestiones físicas dolorosas, si puedo manejar ese dolor, no puedo imaginar que tan fuerte, o que tan, este, menor sea, pero si hay como esa convicción, por esta intención, la intención de tener a un bebé. (Entrevista 3, 2019)

Pues la etapa en la que me embaracé fue padre, el saber que vas a traer alguien al mundo y bueno eso, fue una etapa muy bonita, el saber que lo perdí , pues me , me deprimí, pues obviamente, el ser que tu esperabas, pues dices, ya no está, no, entonces, sí me pegó muy duro, si lloré , lloré muchísimo, este, pues me desahogue , también, lo acepté, de ahí, pues me dijeron, espérate un año, pues me esperé obviamente, hice todo lo que me dijo el doctor. Y de ahí era ilusión, ilusión, de cada doctor que iba, pues tenía yo esa esperanza, si hasta con la última doctora, que me atendió, era una esperanza. (Entrevista 2, 2018)

La 5 colaboradoras en el transcurso de las entrevistas fueron describiendo etapas de su proceso a partir de identificar cómo se sentían respecto a lo que les pasaba, esto nos permite distinguir la vinculación entre cuerpo y emociones, ya que la emoción dejó de ser sólo un efecto individual del momento, y se puede distinguir que la emoción pasa a ser una construcción colectiva principalmente con la pareja y el círculo más cercano, que va marcando pautas para la toma de decisiones e involucra otras maneras de relacionarse con su cuerpo.

3.4 Familia y maternidad: “La sociedad siempre espera que la mujer tenga hijos, y más si te casas”

Como menciona la autora Elizabeth Jelin (2005) la familia es una institución social en la que sus miembros comparten un espacio social, tiene una organización, es un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, cuenta con su propia estructura de poder, componentes ideológicos y afectivos. Estos últimos aspectos serán los puntos de partida desde los cual las colaboradoras inician describiendo a la familia ya que consideran que es una entidad en la que se comparten valores, conformada por personas que tienen algún vínculo.

Es una parte muy importante de la sociedad, es donde uno crece, se desarrolla y aprendes valores y el cariño, el amor que sienten por ti y que siente tu familia, es el apoyo total, estar en las buenas y en las malas, el estar siempre unidos pase lo que pase. (Entrevista 1, 2018)

No obstante, posteriormente cuando se les pregunta sobre los elementos o características que debe de tener una relación para considerarse una familia, las colaboradoras empiezan a relacionar la idea de familia con matrimonio, aunque en el caso de la colaboradora 2 precisa que, aunque no tenga hijos su esposo y ella son familia, esto también lo hacen las colaboradoras 1 y 3.

Pues como te comento, yo creo que a veces, te casas, y piensas, bueno el segundo paso, por decirlo así, es bueno, ok, embarazarme, tener hijos, entonces, más por esa cuestión, de que mi esposo pues es muy niño, entonces pues si es la ilusión, te casas, ya pasa el tiempo , te embarazas, tienes hijos, formas una familia , si somos familia mi esposo e yo, pero como que nos falta. Como que pienso que también el estereotipo de la sociedad, o sea lo que conforma una familia es papá, mamá e hijos, bueno, se podría decir así, porque también habrá muchas parejas que obviamente adoptan y bueno, también se conforma la familia. (Entrevista 2, 2018)

Es importante mencionar que, aunque coinciden en algunos aspectos al definir lo que es para ellas la familia, cada una presenta particulares sobre la forma en cómo piensa el ideal de familia dado el contexto y entorno en la que se encuentra cada una.

Pues yo ya me imaginaba, con, pues sí, siempre ha sido, como que, si pensé tener una familia como numerosa, la verdad, quería yo como cuatro hijos... siempre he tenido esa idea de tener más hijos, yo le dije a mi esposo, mi esposo él no quería, dijo no pues ya nos quedamos con santi y ya, pero yo te digo, siempre he tenido esa idea , y yo le dije, bueno lo trate de convencer , a parte, de parte de sus papás si nos presionaban, ellos si nos decían, es que tengan otro hijo, que como que nada más uno, que no sé qué. Mas con la familia de mi esposo, por que has de cuenta que mi suegra tuvo 11 hijos , y todos ya tienen de 3 hijos maso o menos a 5, solamente mi esposo y su hermana, mis suegros te presionan mucho en ese sentido, pues ella les dice que no puede , entonces luego , cuando eran las reuniones familiares como de navidad o eso, ahí es cuando luego te dicen, de que ay ustedes

para cuando , por que nada más tienen un niño, pero digamos como somos dos parejas como que, ay no les hacemos caso y todo , pero no, no los trataba de evitar. (Entrevista 5, 2019)

Como se mencionaba en el capítulo 2 pese a los cambios históricos la relación entre matrimonio-maternidad se ha logrado perpetuar, colocándola como base de la institución de la familia y elemento clave en la configuración del sentido de lo femenino, adquiriendo la posición de mandato social, es decir, que se ha concebido como una relación que debe de cumplirse sin ninguna excepción, “en nuestra cultura resulta de tal manera impensable que una mujer no tenga hijos, que no existe un concepto para designar el hecho y es necesario describirlo”. (Lagarde, 1997, pág. 416)

Conforme a los datos del capítulo 1 en México se tenía una tasa de fecundidad para el 2010 de 2.34 hijos, en el caso de Puebla para el 2009 46 % de las mujeres recién casadas tuvieron a su primer hijo en un lapso corto posterior a la unión, para el 2011 con base en el Consejo Nacional de Población, las mujeres en Puebla tenían una probabilidad de tener a su primer hijo antes de cumplir los 20 años de un 32.7%.

yo digo que sí, la sociedad siempre espera que la mujer tenga hijos, y más si te casas, como que no ven, siento así, que no ven normal, que estén dos personas nada más así sin formar una familia, porque siempre te están molestando, por decirlo así, de que cuándo tienes los hijos. (Entrevista 5, 2019)

Como menciona Adrienne Rich (2019) la maternidad se ha operacionalizado en la vida de las mujeres como institución y experiencia, a partir de la potencialidad de sus capacidades reproductoras que bajo el control patriarcal se busca su cumplimiento, “la pregunta “¿por qué tienes hijos?” es raramente formulada; hay una suposición de que la maternidad/reproducción es inevitable, “natural” y como tal no está sujeta a ponerse en duda. De hecho, es una pregunta común que surge en una conversación casual: “¿Eres casada?, ¿cuántos hijos tienes?”. Y cuando se expresa que no se tuvo ningún hijo, surge un silencio y un esfuerzo por reencausar el diálogo.

Quiérase o no, las mujeres que no tienen hijos o que no quieren ser madres son todavía etiquetadas como raras". (Ávila González, 2005, pág. 119)

Sin embargo, bajo este enfoque no se reconocería a las madres como agentes ya que se reduce a que sólo satisfacen el mandato social de la maternidad a partir de lo que les demanda la estructura, situación que reduciría la vivencia de la maternidad.

Elixabete Imaz (2010) sin dejar de lado la dimensión institucional de la maternidad, también reconoce que en la búsqueda y vivencia de maternidad influyen otros aspectos como el deseo de realización de las mujeres, el proceso biológico, las representaciones culturales y la posición social que otorga. Esto podría dar cuenta en mayor medida el proceso que viven las colaboradoras.

Las 5 colaboradoras coinciden que se inmiscuyen en el tema de las TRA ya que posterior a contraer matrimonio con un hombre inician una búsqueda por tener hijos, por lo que en pro de alcanzar este objetivo no recurren a ningún tipo de protección anticonceptiva, no obstante, al no ver el resultado deseado deciden acudir al servicio médico en búsqueda de respuestas.

Era nuestro primer año de casados en ese entonces, y este me hice una pruebita de embarazo pues para asegurar la situación y bueno, como por arte de magia esté, por aquí me hago la prueba, me dan resultados y como al ratito ya estoy menstruando, entonces eso fue como el primer momento doloroso, en este sentido, porque si dijimos ay, este, pues siempre no se dio, pero pues era el primer año, entonces dijimos bueno, tenemos tiempo, luego, como a partir del tercer año, ya fue como de ay ,algo pasa, no, ¿por qué no se puede dar?, nunca nos cuidamos ni por ningún método, entonces dijimos, bueno si de da bien, si no se da, seguiremos, no, pero pasaron 3 años y nada, pasaron 4 años y nada, pasaron 5 años y nada, en el 6 año dijimos no ya, este , pues por que la intención si es tener un hijo por lo menos, no, entonces dijimos, pues vamos a ver qué está pasando, no, fue que iniciamos con estudios y todo. (Entrevista 3, 2019)

A su vez, la narrativa de las colaboradoras da cuenta que la maternidad no es meramente una decisión individual, ahistórica y asocial, ya que las situaciones contextuales y del entorno influyen en el proceso de toma de decisiones de manera consciente o inconsciente, dando luz en comprender a la maternidad como un fenómeno social.

Por otra parte, respecto al uso de TRA como mecanismos en la búsqueda de la maternidad, Silvia Tubert menciona que

“Si las prácticas discursivas identifican feminidad y maternidad, entendiéndola en términos biológicos, la ciencia y la tecnología se hacen eco de ello, reforzando paradójicamente la ilusión de naturalidad. Las NTR (Nuevas Tecnologías Reproductivas), que pretenden justificarse por el “deseo” de las mujeres, apuntan a que ninguna quede al margen de la reproducción. Así se mantiene la ecuación mujer=madre”.

Si bien, aunque las TRA no garantizan éxito rotundo, su auge como industria ha basado sus ganancias en seguir perpetuando el determinismo social y biológico con el que se ha relacionado al cuerpo femenino. “Las técnicas de reproducción asistida responden a un deseo formulado en palabras – demanda– con una intervención en el cuerpo real; esas operaciones se sustentan y realimentan los discursos sobre la feminidad y la maternidad”. (Tubert, 2010, págs. 169-170)

Aunque el uso de las TRA es la primera opción que toman las mujeres en su búsqueda de la maternidad dado un diagnóstico de infertilidad o alguna de sus variaciones, y se considere que en un inicio se toma la decisión solo con la pareja y el círculo más cercano, las personas alrededor llegan a tener influencia en la toma de decisiones.

Uno de los motivos que han puesto en tensión el recurrir a alguna TRA ha sido la opinión de algunos sectores de la sociedad, que consideran que el uso de esas técnicas rompe con el imaginario de que la reproducción es un tema íntimo y natural, por lo que la intervención de otros agentes en el proceso no siempre es bien

vista, en particular la colaboradora 5 narra que sus suegros en un primer momento la decisión de usar TRA no fue bien vista.

Es que mis suegros son un poco, bueno ya son mayores, ellos tienen 75 y 78 años, y son muy tradicionalistas y tienen sus ideas muy arraigadas, entonces a ellos si les hicimos ver la situación y como que no quedaron muy convencidos, ellos como que sienten que ya no son niños como normales, no sé cómo decirlo, por que como los manipulan en el laboratorio, no sé, piensan que ya no son normales, pero pues es explicamos cómo era todo y pues sí. Y a nuestros amigos pues no les hemos dicho, porque mi esposo no quiere que se sepan, yo por mí no tengo ningún problema, digo es un avance científico y ya, lo veo de esa manera. Él no quiere que sepan, quiere que nada más se quede, digamos que, entre la familia, que se concibió de manera natural. (Entrevista 5, 2019)

Otro aspecto que va intervenir en la toma de decisiones en el uso de TRA es el tema de la religión, las 5 colaboradoras se nombran católicas, solo la colaboradora 4 menciona que no es practicante, las demás en sus narrativas exponen de manera constante que su fe ha sido un elemento impotente para la toma de decisiones y un gran impulso para continuar en el proceso, por lo que en el caso de la colaboradora 3 ante estas controversias que han planteado algunas religiones en contra del uso de TRA, ella y su pareja recurren a una asesoría espiritual.

Hasta lo platicamos con amigo sacerdote, porque obviamente hay como mucho, contrariedad, hay muchos dicen que no, que no, que no es válido, que está fuera de, de las, de esta aceptación de Dios, y este amigo sacerdote, que la verdad se me hizo como muy coherente, dijo no, que la parte de la ciencia, Dios nos la dio para esto, entonces creo que es válida y creo que no estarían cometiendo ningún pecado, ni ninguna cosa en contra de las leyes de Dios. (Entrevista 3, 2019)

A su vez, otro motivo para decidir iniciar con la búsqueda de la maternidad estará relacionada con la estabilidad de la relación, para el caso de la colaboradora

4, la imposibilidad de lograr un embarazo fue un punto relevante para la separación, pese a que su pareja sabía desde un inicio de la situación.

Y en la segunda relación, pasó algo similar, este, pero yo ahí lo dije desde el principio, él acepta, empezamos a ver lo de los estudios, está viendo que es mucho dinero lo que se tiene que invertir, le empieza a estar lo de la cuestión de los dinero, este, empezamos a tener ciertos problemas, si, él empieza a buscar a otras personas, yo lo cacho, este, se lo reclamo y su comentario fue, bueno es que, a bueno es que yo le dije: es que no estas siendo la personas que conocí, no estas siendo la persona que yo creí, y me dice él, pues tú no eres la persona que me va a dejar herederos, a quién le voy a dejar todo lo que estoy haciendo, a quien le voy a dejar todo lo que estoy creando, este, a quien le voy a dejar mi herencia, y eso me dolió mucho, fue ahí donde decidí terminar la relación, porque, de alguna manera tenía razón, yo no era esa persona, y pues así terminó todo. (Entrevista 4, 2019)

3.4.1 Maternidad y sociedad: “Ver que a tu alrededor todas las mujeres son normales”

Aunque se parte de la idea que las decisiones se toman de manera independiente, la realidad es que éstas están siendo constantemente influenciadas por la vivencia de las colaboradoras y los mandatos sociales como el de la maternidad en marcado en el matrimonio heterosexual.

La idea fue mía, fue mía porque este yo veía, de alguna manera en aquel momento en el que yo inicié eso, era ya la, la, se podría decir, la presión social, de ver que a tu alrededor todas las mujeres son normales, por decirlo así, es como no manches o sea todas están teniendo hijos y yo que, yo también quiero, no, entonces yo fui la que inicié. (Entrevista 1, 2018)

Las colaboradoras coinciden que reciben presión por parte de familiares, amigos y compañeros, quienes les cuestionan el motivo por el cual no tienen hijos, esto ha repercutido de diferente manera a cada colaboradora, pero coinciden en que se vuelve parte del desgaste emocional que viven en el proceso.

Alguna tía me decía, tía por parte de mi esposo, --oye hija revisa eso, este porque mi sobrino es hombre, y siempre pues este va querer un hijo, y entonces si tú no puedes – y obviamente ese tipo de comentarios , los platicaba con mi esposo, y le decía oye mira, y él me decía, o sea, tampoco puedes impedirle a la gente que opine al respecto, pero si puedes tú ver de qué manera tomas ciertos comentarios para que no te lastimen, pero es complicado. También ahí como que la familia influye en esta cuestión de oye, ya pasaron muchos años, ¿qué está pasando?, o ¿por qué no quieren?, bueno, incluso ahora de repente así amigos, que no vemos de tiempo y así, y oigan y ¿cuándo?, ¿cuándo van a embarazarse?, o ¿por qué no quieren?, ¿quién de los dos no quiere?, y realmente pues ese no es el problema, pero tú también no puedes decirle, ir explicando a todas las personas, en no es cierto, no es que no queramos, es que, por cuestiones de salud o por cuestiones físicas o por cuestiones así no se da. (Entrevista 3, 2019)

A su vez, ya de manera personal ante estos comentarios que llegan a recibir más el desgaste emocional, físico y económico que van viviendo, la situación también repercute en la manera en cómo interactúan con su familia, amigos y compañeros.

Bueno este, para empezar, yo vengo de una familia numerosa y este, en la cual pues este, todos tienen hijos, entonces, así como que se siente, yo me sentía, como que yo soy la rara de la familia, me sentía pues rara, y en la sociedad también, porque pues mis amigas o dónde yo iba, o me invitaban a una fiesta de niños, al cumpleaños de un bebé, al bautizo, al nacimiento, o sea todo era entorno a eso, entonces así llegó un momento en el que me empecé a alejar, socialmente también, a ¿qué vienes si no tienes hijos?, o bueno yo voy, y todos están con sus hijos, yo que hago, o sea son cosas que por eso uno se va creando así, pero en realidad uno debe aprender a aceptarse como es, el hecho de no tener hijos no te hace, no me hace menos mujer. (Entrevista 1, 2018)

Ante estas presiones y malos comentarios que llegan a recibir, las colaboradoras coinciden en que es necesario hacer un cambio en el imaginario sobre la manera de pensar en el que a las se les reduce a plano de la reproducción.

Pues para empezar eso, que no se vea como que la mujer vino a este mundo a procrear, a tener hijos, porque no somos una máquina ni un horno de pan, que esté programada para tener hijos, no, y también que en la sociedad se acepte que no somos menos mujeres, que no se es menos mujer por el hecho de no tener hijos, y pues eso es lo que, el mensaje que me gustaría dar. Hay personas, hay mujeres en este caso, que tienen hijos y no son, no es que no sean buenas madres si no que no se les da, tienen hijos pues así, su cuerpo se los permitió y su vida, tener hijos, pero a veces no los tratan como deberían. (Entrevista 1, 2018)

Por otra parte, las 4 colaboradoras que no tienen hijos mencionan que viven su maternidad de otras maneras, por medio ya sea de la relación que establecen con sus sobrinos, ahijados u otros miembros de la familia, en el caso de las colaboradoras 3 y 4 que trabajan como docentes, han utilizado al teatro como un espacio para experimentar la vivencia de la maternidad.

El único que me ha sido fiel ha sido el teatro, y ha sido mi refugio y es donde pude saltar y dónde puedo decir, dónde puedo hacer, dónde puedo embarazarme, dónde puedo ser una mamá de familia, dónde puedo hacer todos los papeles que no he podido hacer en otro lado, entonces eso me ha reconfortado mucho y ahorita me siento bastante completa, a diferencia de como estaba antes. (Entrevista 4, 2019)

Otro tema que las colaboradoras comentan es la adopción, las colaboradoras 1, 2, 3 y 4 lo plantearon en algún momento como una opción, sin embargo, coinciden en que han tenido dificultades para acceder al proceso por los requisitos que solicitan.

De hecho ahorita yo tengo la ilusión de adoptar, aunque ahorita estoy embarazada, nunca se ha ido de mi mente esa idea, esa idea no, siempre he

querido porque sé que hay niños, y pues sí niños que necesitan cariño y que pues digo si yo se lo puedo dar, no se ha logrado, no lo he logrado porque desgraciadamente en esto pesa también lo económico, debes de tener, debes de cubrir cierto requisitos para que eso se dé, para que eso, te den un niño, entonces este, pues no, no lo he podido lograr por eso, pero igual y voy a seguir intentándolo porque esa idea no se ha ido de mi mente, yo también habría adoptado y me lo hubieran dado, de hecho yo ya he recurrido en varias ocasiones a eso, a preguntar, a investigar, a todo eso, pero pues no, no se ha dado. (Entrevista 1, 2018)

En el caso de la colaboradora 4 quien en para el momento de la entrevista era divorciada y no tenía un trabajo estable la adopción no era una opción, situación que incluso se podría considerar una violación a su derecho de formar una familia y al del goce de su sexualidad.

Me di cuenta de que yo no estaba apta para una adopción, porque estaba soltera, porque no tenía un trabajo estable, porque me dedicaba a dar clases, el teatro, de aquí y allá, un buen de cosas, no me iba mal económicamente, pero no tenía yo algo estable como lo sugieren ahí, un comprobante ingresos como tal, porque este, pues sí, eso era como el impedimento, porque si no tienes pareja, no tienes una relación estable, pues no eres derechohabiente para dar amor. (Entrevista 4, 2019)

La colaboradora 5 es la única que no contempla la opción de la adopción, principalmente por la opinión de su pareja. En este caso, se puede identificar que la cuestión del linaje tiene una mayor carga que en las otras colaboradoras, situación que también se presentó en el momento de iniciar el uso de TRA.

Porque él dice que quiere que sea de nosotros y si es una persona adoptada pues ya no llevaría nuestra genética. (Entrevista 5, 2019)

Por otra parte, la opción de llevar a cabo un embarazo subrogado solo se presentó en la colaboradora 1, quien les pidió el apoyo a sus hermanas.

En mi caso se dieron unas cuestiones, desafortunadamente un poco triste, porque pese a que sí me apoyaron, una amiga que ella tampoco podía ser mamá, una de sus hermanas se embarazó para ella, si se puede decir, ella se embarazó para darle a su bebé, a su hermana, y en mi caso no pasó, yo lo propuse a mis hermanas y no quisieron, entonces es como una especie de, de, en mi caso pues no, no pasó. (Entrevista 1, 2018)

3.4.2 Deseo de maternidad y tratamiento TRA: “Hace muchos años yo soñaba que tenía una bebé”

Retomando del capítulo 2 a las autoras Oliva López y Guadalupe López (2017) quienes sustentan que las acciones no sólo generar emociones, sino que, las emociones y los efectos constituyen del mismo modo una potencia para encauzar prácticas y acciones sociales, el deseo de la maternidad no puede solo considerarse como algo individual o psicológico, ya que como menciona Winocur (2012) será el deseo el que modela la maternidad y que marcará las pautas sobre las acciones que tomen las mujeres para conseguirlo.

El deseo de la maternidad se presenta en las narraciones de las colaboradoras como el principal motor para iniciar el proceso de su búsqueda, así como el impulso para continuar, e incluso en el momento en el que deciden ya no continuar el deseo no desaparece.

Todas al momento de preguntarles sobre cómo se ven en un futuro no descartan la idea de tener un hijo, aunque las colaboradoras 2 y 4 comparten en que eso lo ven sólo como algo secundario, mientras que para las demás sigue siendo un elemento clave para pensar su presente y su futuro.

Si bueno, o sea este, te digo yo, no sé, tal vez para algunas mujeres no sea así como podemos decirlo, indispensable o algo así, ser mamá, en mi caso sí, yo estudiaba enfermería una muchacha llegó ahí al hospital y me regalaba un bebé, entonces yo desde ahí como que generé, este como que esa ilusión de decir, yo, yo quiero, pero si imagínate, yo me veía a esta edad, así casada con 4 o 5 hijos , viajando y pues siendo feliz como ahorita lo soy, lo que ahorita, soy feliz , soy muy feliz, pero me hace falta eso, como que eso, como que me

llenaría, como se dice, como a complementar mi felicidad, no es que ahora no lo sea , como que sería ese plus, y de igual manera, de igual manera, si no se llega a lograr este embarazo, pues no pasaría nada, como te digo, como si yo fuera en una escalera y llegara a la cima. (Entrevista 1, 2018)

Hace dos años que dije no, no me quiero seguirme desgastando con la situación, ya no tengo ganas de seguir , como no tengo pareja, dije aaaa, yo quería la familia, la cosa bonita, pero después, pero en algún momento, por hasta algún momento me dieron ganas de irme a hacerme los estudios yo sola, pero este, después lo pensé mejor y pensé que era algo demasiado egoísta de mi parte, pensarlo de una manera así, entonces dije que no, y hace 2 años fue cuando decidí dejar eso por la paz. (Entrevista 4, 2019)

El deseo de maternidad no se presenta como un hecho espontáneo, las colaboradoras comparten que ha estado presente en su vida y que se ha ido construyendo a partir de las historias familiares y sus experiencias anteriores y actuales, la colaboradora 3 comenta que se ha expresado en sueños en los que tiene una hija y también en momentos críticos de enfermedad considera que serían diferentes si tuviera un hijo.

Yo digo que fue mi mamá, porque mi mamá siempre me hablaba, y me decía que la familia de mi papá, pues no la abrigó como si fuera de la familia, sino que, siempre como que la renegaban y así , y entonces, que cuando ella nos tuvo a nosotros, ella se sentía muy feliz, se sentía acompañada , que ya no estaba sola, y siempre me decía cosas así, que era muy bonito tener hijos, y no sé qué, yo creo que viene de la educación de mis papás. (Entrevista 5, 2019)

A su vez, existe otras personas que tendrán gran influencia en la toma de decisiones, principalmente son las parejas, los padres y hermanos/as de las mujeres, esto con relación en que son el círculo más cercano que en ciertos aspectos tienen pleno conocimiento sobre lo que va sucediendo, por lo que sus sentires de este grupo van a afectar las vivencias de las mujeres, a su vez este grupo también va a ser afectado por el proceso.

A veces yo lo siento más por mi esposo, porque yo lo veo como interactúa con los niños de unos amigos y pues siempre, él es como muy niñoero, le gusta, es muy amable, muy cariñoso con los niños, entonces a veces digo, hójole, o sea como quisiera darle un hijo, ahora, también no sé si sea él el del problema, porque te digo, yo me embaracé, no son infértil, o sea, ahora, él también le han hecho contabilizaciones de los espermias, estaba un poco bajo, pero con medicamento, se ponen al tiro, entonces, no sabemos cuál es el problema a ciencia cierta y te digo. (Entrevista 2, 2018)

Mi mamá habría estado dispuesta a vender su casa con tal de que yo me hiciera los estudios, pero tampoco se me hizo justo, o sea no era su responsabilidad. Si, bueno, mi mamá como que se resignó igual conmigo, como que me vio sufrir mucho en el tema que dijo ya, descansaré contigo. (Entrevista 4, 2019)

Conclusiones

Abordar el tema del uso de Técnicas de Reproducción Asistida en caso de diagnóstico de infertilidad o algunas de sus variaciones como mecanismos para cumplir el deseo de maternidad implica problematizar tres aspectos: el diagnóstico médico, el cuerpo y la maternidad, de tal manera en que se ponga en evidencia los procesos de ruptura, negociación y continuidad que llevan a cabo las mujeres que se someten a estos tratamientos.

El diagnóstico médico de infertilidad femenina o alguna de sus variaciones no impone un control total sobre las mujeres diagnosticadas, aunque si llega a influir sobre la manera en cómo las mujeres interactúan y se perciben, pero también, las mujeres llevan a cabo proceso de aceptación y resignificación sobre su cuerpo, su historia y el diagnóstico médico.

Aunque se parte de la idea general de que lo que dicta el diagnóstico y el médico se deben de cumplir sin cuestionar o dudar, todas las colaboradoras mencionan que en realidad no hay una confianza ciega sobre lo que mencionan los médicos, incluso algunas los señalan como posibles causantes de algunas molestias en sus cuerpos que imposibilitan el embarazo, lo que genera que ante esta confianza parcial sobre el saber médico las colaboradoras recurran a saberes tradicionales o recomendaciones de amistades o familiares, que no precisamente tienen un sustento médico comprobado, pero refleja la búsqueda de certezas que tiene las colaboradoras.

No obstante, aunque no existe una plena aceptación del diagnóstico médico como dictador de verdad, si cumple su función en la determinación sobre lo que es normal y lo que es anormal, posicionando al cuerpo femenino con imposibilidades de lograr un embarazo y finalizarlo de manera exitoso como una falla, pero como se mencionaba en trabajo, este proceso de asignación entre lo normal y lo anormal del cuerpo femenino no sólo es travesado por las condiciones biológicas del cuerpo, esta lectura es influenciada por las construcciones sociales que se han hecho respecto a los cuerpo femeninos desde el plano médico y social, por lo que al no cumplirlas son nombrados como patológicos.

Es necesario seguir problematizando sobre la manera en cómo se configura y opera el diagnóstico médico de infertilidad y su vinculación con el género, de tal manera en que en posteriores investigaciones se pueda completar el análisis incorporando categorías como la clase social, etnia, edad, raza, orientación sexual y estatus civil, para que se pueda distinguir con mayor profundidad el alcance que tiene el diagnóstico médico en la vida cotidiana de los sujetos.

También este nombramiento entre lo natural y lo antinatural sobre los cuerpos femeninos y su capacidad reproductiva, se encuentra en marco en una norma heterosexual, lo que implicaría que sea necesaria una reformulación sobre la manera en la que se está concibiendo el diagnóstico de infertilidad y sus afectaciones en los sujetos.

Ante este proceso en el que el cuerpo deja de ser pensado solo a partir de su dimensión biológica y se le reconoce como una entidad social, política e histórica, se puede visualizar la forma en como interactúa de diferentes maneras con las instituciones sociales, como es en el caso de la medicina en la que se reproduce un discurso de exterioridad del cuerpo, mientras que en su interacción con la maternidad-familia interactúa a partir de la experiencia y el deseo.

En esta interacción que hace con el deseo, las emociones dejan de concebirse como elementos individuales y meramente psicológicos, reconociendo su dimensión social y de influencia para la realización de prácticas y acciones sociales, ya que por una parte el cuerpo y el deseo pueden interactuar a partir de la vigilancia del primero en pro de demostrar el compromiso que tienen las mujeres en su búsqueda de la maternidad, por otra parte, se presenta la interacción del deseo y el cuerpo a partir de la aceptación de sus particularidades dejándolo de percibirlo como elemento externo de la vivencia de las colaboradoras tomando un papel en el proceso de toma de decisiones.

En marco del reconocimiento del cuerpo en sus dimensiones sociales, es importante profundizar sobre la manera en cómo se relaciona con las Técnicas de Reproducción Asistidas, las cuales, se han considerado buenas en sí mismas, dejando de lado las posibles afectaciones que podría generar en los cuerpos y en

los sujetos intervenidos. En este mismo tema México sigue teniendo una deuda en el marco normativo que regule el funcionamiento de las clínicas de fertilidad, ya que esta situación ha posibilitado prácticas riesgosas para los pacientes y una desinformación sobre los tratamientos, precios, tazas de éxitos, etc.

Otro tema que será importante abordar para futuras investigaciones sobre el uso de TRA será en torno al acceso, esto a partir de problematizar las dificultades de acceso, principalmente las que se tiene por cuestiones económicas, ya que ante los filtros de acceso que tienen las clínicas públicas, las clínicas privadas se presentan como la única opción viable para acceder con mayor flexibilidad y sin prerequisites, pero sí con altos costos económicos, costos que pueden alcanzar grandes cantidades sin ninguna explicación previa ya se desconoce cuáles son los mínimos o máximos intentos para que funcione, esto aunado de que no existe una garantía plena de que funcionen los tratamientos por medio de TRA en todos los casos.

Cuestionar este aspecto sobre el acceso a las TRA también implicará poner mayor atención sobre que otros intereses políticos y económicos siguen permitiendo que existan estas lagunas legales y de funcionamientos en las clínicas privadas, esto pese a que esta forma de funcionamiento y de dificultades de acceso son violatorias a derechos humanos. A su vez, será necesario problematizar sobre las afectaciones sociales que implican el uso de TRA específicamente en el contexto de la sociedad mexicana.

Un tema que salió de las mismas colaboradoras y que no estaba contemplado en esta investigación fue la religión, éste se presenta en todas las colaboradoras en tres aspectos, por una parte se recurre a la fe como un camino de posible respuesta para darle explicación a la situación, por otra parte la fe o la creencia en algo superior es algo que en palabra de las colaboradoras les da una fortaleza para continuar, y también una fortaleza en el proceso de aceptación, finalmente, también se recurre a la religión como una institución que legitime sus acciones, al punto en el que algunas parejas piden una asesoría para la toma de decisiones con un sacerdote, específicamente sobre el uso de TRA.

Las 5 colaboradoras se declaran creyentes de la religión católica, aunque sólo una específica que no es practicante, no obstante, todas, aunque no hacen una referencia específica sobre la religión como institución, si presenta específicamente en la fe, y que en sus palabras de ellas es creen en que existe un Dios que es su apoyo, su guía y que finalmente será él quien decidirá lo que pasará. La fe nunca se pone en entredicho, lo que provoca que incluso se tenga una creencia total sobre ella que en incluso pone en cuestión a la institución médica, ya que las colaboradoras coinciden que ante las carencias de certeza de esta institución la fe si les llega a proporcionar mayor claridad.

Finalmente, consideramos pertinente mencionar que este trabajo fue producto de las redes de apoyo externas que han generado las mujeres a partir de las vivencias que han tenido, lo que nos parece importante ya que refleja una de las estrategias que despliegan las mujeres como contención para sobrellevar la diversidad de procesos que han vivido en su búsqueda por la maternidad.

Estas redes no dependen de una relación previa entre las integrantes y no tienen un carácter formal, son producto de contactos momentáneos en las clínicas en las que coinciden, la principal función de estas redes será el brindarse apoyo y acompañamiento en sus procesos, ya que en palabras de las colaboradoras esta red se integra de personas que sí las entienden, ya que han vivido lo mismo que ellas, para ellas estas redes de apoyo se convierten en redes de amistad que incluso llegan para algunas a superar el apoyo que reciben por parte de sus familiares y círculos cercanos, a su vez, consideran que uno de las cuestiones claves de esta red es que se da cuenta de que no es sólo una situación les pasa a ellas en lo individual, rompiendo con la idea de que es un tema tabú, y que por lo tanto les ayuda a aceptar que la situación en la que están no es culpa de ellas, ya que es una situación que les pasa a muchas mujeres sin importar sus condiciones.

Anexo del Instrumento de Investigación

Entrevista semiestructurada

Datos de control <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Estado Civil • Escolaridad • Ocupación/trabajo • Religión • Diagnóstico • Clínica/s • Año en el que inició/ abandonó el uso de las TRA (Etapas) 			
Objetivo	Etapas		
	Inicio	Durante	Finalizado/Abandonado
<input type="checkbox"/> Reconocer la manera en la que opera el discurso médico, y se vive el proceso de infertilidad, en los ámbitos corporales,	1. Para iniciar, me gustaría que me contara, ¿cómo se imaginaba a esta edad, que se imaginaba que estaría pasando en este momento de su vida? (familia, personal, maternidad, proyectos)		
	2. ¿Cambio algo en esta historia, cuando recibe el diagnóstico ----, si/no, por qué?		
	3. ¿Cómo tomó/tomaron, la decisión de iniciar y/o continuar el tratamiento mediante el uso de las TRA?	3. Cómo tomó/tomaron, la decisión de iniciar y desarrollar el tratamiento mediante el uso de las TRA?	

<p>personales y sociales de las mujeres que están iniciado, estén en proceso, hayan finalizado o abandonado el uso de Tecnologías de Reproducción Asistida.</p>			¿Por qué y cómo deciden ya no continuar?
	<p>4. Sus familiares o amigos tienen conocimiento del diagnóstico y/o del tratamiento de TRA, si/no, ¿por qué?</p> <p>¿Qué comentarios le han hecho al respecto?</p>	<p>4. Sus familiares o amigos tienen conocimiento del diagnóstico y/o del tratamiento de TRA, si/no, ¿por qué?</p> <p>¿Qué comentarios le han hecho al respecto?</p> <p>¿Estos comentarios han cambiado con el paso del tiempo?</p>	<p>4. Sus familiares o amigos tienen conocimiento del diagnóstico o del tratamiento de TRA, si/no, ¿por qué?</p> <p>¿Qué comentarios le han hecho al respecto?</p> <p>¿Cambiaron los comentarios, cuando usted/ustedes comunicaron que ya no seguirían?</p>
<p>5. ¿A qué tratamiento se ha sometido? (Fecha)</p> <p>¿En qué consiste?</p> <p>¿Ha considerado otros métodos o técnicas para buscar la maternidad?</p>	<p>5. ¿A qué tratamientos se ha sometido? (Fechas)</p> <p>¿Ha considera en un momento ya no intentar más?</p> <p>¿Ha considerado otros métodos o técnicas para buscar la maternidad?</p>	<p>5. ¿A qué tratamientos se sometió? (Fechas)</p> <p>¿Cuál fue el último?</p> <p>¿este influyó en su decisión de ya no continuar?</p>	

			<i>¿Ha considerado otros métodos o técnicas para buscar la maternidad?</i>
	6. ¿Cómo narraría su experiencia, en esta primera TRA que se somete? (sentimientos, sensaciones, emociones, esperanzas)	6. ¿Cómo narraría el proceso que ha llevado a cabo hasta ahorita, en relación, a cada TRA que se ha sometido? ¿Han sido diferentes si/no, por qué? (sentimientos, sensaciones, emociones, esperanzas)	6¿Cómo narraría el proceso que ha llevado a cabo hasta ahorita, en relación, a cada TRA que se ha sometido? ¿Han sido diferentes si/no, por qué? (sentimientos, sensaciones, emociones, esperanzas) ¿Su perspectiva sobre este proceso, ha cambiado actualmente?
	7. Durante este proceso, ¿cómo ha sido su relación con su cuerpo?		
	8. Durante esta toma de decisión, ¿cuál fue la participación del doctor(a)?		
	9. Durante esta toma de decisión, ¿cuál fue la participación de la <u>clínica/s</u> ?		
	10. ¿Para usted, qué es la infertilidad?		
	11. ¿Cuál considera que es la idea general sobre el tema de infertilidad femenina en la sociedad, amigos y familiares?		
	12. Haría algo para cambiarlo, ¿por qué?, ¿qué haría?		
	13. ¿Considera que el <u>diagnóstico de infertilidad</u> femenina ha hecho que algunos aspectos de su vida personal y social cambiaran? (pareja, amistades y familiares, laboral)		

	14. ¿Considera que el <u>recurrir al uso de TRA</u> ha hecho que algunos aspectos de su vida personal y social cambiaran? (pareja, amistades y familiares, laboral)
<input type="checkbox"/> Comprender cómo se configuran los discursos de identidad y maternidad ante la vivencia de infertilidad femenina y el uso de las Tecnologías de Reproducción Asistida	15. ¿Para usted, qué ser mujer?
	16. ¿Qué significa para usted <u>ser mamá / estar embarazada</u> ?
	17. ¿Cómo, porqué y desde cuando surge su deseo de ser madre / estar embarazada?
	18. ¿Qué papel juega su cuerpo, en la manera en que usted considera que debería ser una mujer?
	19. ¿Qué papel juega su cuerpo, en la manera en que usted considera que debería ser mamá?
	20. Ante un diagnóstico de infertilidad femenina, ¿cambia o no, lo que para usted significa ser mujer?
	21. Ante un diagnóstico de infertilidad femenina, ¿cambia o no, lo que para usted significa ser madre?
	22. Para usted, ¿qué es una familia?
	23. Ante un diagnóstico de infertilidad femenina, ¿cambia o no, lo que para usted significa "familia"?
	24. Para usted, ¿qué significa/aba tener un hijo/a?
25. Para finalizar, quisiera saber, si usted me podría compartir, ¿Cómo se ve en el futuro, qué espera, cuáles son sus sueños o metas, qué le gustaría que pasara en 3 y 5 años?	

Bibliografía

- A. Rodríguez, J. (1981). El poder médico desde la sociología. *Reis*, 95-112.
- Alves, P., & Rabelo, M. (1997). Being a nervous person: narratives and the construction of a self. *Curare Sonderband*, 9-20.
- Ariza, L. (2011). Dar vida: en torno al derecho a la cobertura médica del tratamiento de la infertilidad. En K. Felitti, *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus.
- Ariza, M. (2016). Introducción. La sociología de las emociones como plataforma para la investigación social. En M. Ariza, *Emociones, afectos y sociología: diálogos desde la investigación social y la interdisciplina* (págs. 7-34). México: UNAM. Instituto de Investigaciones Sociales.
- Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción . (2010). *Infertilidad, AMMR - Pacientes* . Obtenido de www.ammr.org.mx
- Ávila González, Y. (Enero-Abril de 2005). Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres. *Desacatos*, 107-126.
- Ayuso Sánchez, L. (Mayo-Agosto de 2013). Pierpaolo Donati. Manual de Sociología de la Familia. *Revista Internacional de Sociología*, 231-234. Obtenido de Revista Internacional de Sociología.
- Barba, S. (10 de Mayo de 2016). *10 de mayo: el día y el monumento*. Obtenido de Letras libres: <https://www.letraslibres.com/mexico-espana/10-mayo-el-dia-y-el-monumento>
- Barbalet, J. M. (2001). *Emotion, social theory and social structure: A macrosociological approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barbieri, R. (2006). Female Infertility. En Y. a. Jaffe's, *Reproductive Endocrinology: Physiology, Pathophysiology and Clinical Management*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Baz, M. (Junio de 1993). El cuerpo instituido. *Tramas*(5), 109-123.
- Bericat Alastuey, E. (2012). Emociones. En I. S. Association, *Sociopedia.isa*. Editorial Arrangement of sociopedia.isa.
- Bladilo, A., De la Torre, N., & Herrera, M. (2017). Las técnicas de reproducción humana asistida desde los derechos humanos como perspectiva oligada de análisis. *Rev.IUS [online]*, 11(39), 1-29.

- Blazquez Graf, N. (2008). *El retorno de las brujas: incorporación, aportaciones y crítica de las mujeres a la ciencia*. México: UNAM: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Burkle, B, M. (Noviembre-enero de 1997-98). *La tecnología las ha olvidado: mujeres del Tercer Mundo y nuevas tecnologías de comunicación*. Obtenido de Razón y palabra: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n9/lasam.htm>
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London: Routledge.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. México: Padiós.
- Camhaji, E. (Octubre de 2016). Los vacíos legales en México sobre reproducción asistida. *El PAIS*.
- Cardaci, D., & Sanchez Bringas, Á. (2009). "Hasta que lo alcancemos..." Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas. *ALTERIDADES*, 21-40.
- Castañeda, L. (2016). *La configuración de la identidad de género en mujeres profesionistas no madres en Guadalajara*. México, Guadalajara: CIESAS.
- Castro, R. (2002). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - UNAM.
- Castro, R. (2011). Sociología de la salud en México. *Política y Sociedad*, 48(2), 295-312.
- Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psiconálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. España: Editorial Gedisa S.A.
- Clarke A., S. J. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S Biomedicine. *American Sociological Review*, 161-194.
- Consejo Nacional de Población. (2011). *Perfil de salud reproductiva. Puebla*. México: CONAPO.
- Denzin, N. K. (Otoño de 1985). Emotion as lived experience. *Symbolic interaction*, 8(2), 223-240.
- Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 162-167.
- Ecoosfera. (18 de 05 de 2016). *Baños de vapor vaginales, sabiduría para disminuir dolores menstruales*. Obtenido de <https://ecoosfera.com/2016/05/banos-de-vapor-vaginales-sabiduria-para-disminuir-dolores-menstruales/>
- Elisa Molina, M. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *PSYKHE*, 15(2), 93-103.
- Entrevista1 (2018). Entrevista 1 [Grabado por C. 1]. Puebla, Puebla, México.
- Entrevista2 (2018). Entrevista 2 [Grabado por C. 2]. Puebla, Puebla, México.
- Entrevista3 (2019). Entrevista3 [Grabado por C. 3]. Puebla, Puebla, México.
- Entrevista4 (2019). Entrevista 4 [Grabado por C. 4]. Puebla, Puebla, México.

- Entrevista5 (2019). Entrevista5 [Grabado por C. 5]. Puebla, Puebla, México.
- Esparza Pérez, R. V., & Cano Valle, F. (enero-abril de 2018). El anclaje jurídico ante las técnicas de reproducción asistida. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*,(151), 13-50.
- Fitó, C. (2010). *Identidad, cuerpo y parentesco. Etnografía sobre la experiencia de infertilidad y la reproducción asistida en Cataluña*. Barcelona: Ediciones bellaterra.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames. La historia de la Medicalización*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (2011). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fresno, D. (18 de 10 de 2019). *El 'turismo de fertilidad' ya supone un 10% de todos los tratamientos de reproducción asistida en España*. Obtenido de SANITATEM: https://www.vozpopuli.com/sanidad/fertilidad-tratamientos-reproduccion-asistida-Espana_0_1292271858.html
- Garay, R. (2008). El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductiva. En M. Tarducci, *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- GIRE. (2013). *Omisión e indiferencia. Derechos Reproductivos en México*. GIRE- Grupo de Información en Reproducción Elegida.
- GIRE. (2015). *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida.
- Glaser, B. (1992). Basic of grounded theory analysis: emergence versus forcing. *Sociology Press*.
- González de Chaves Fernández, M. A. (1993). *Cuerpo y subjetividad femenina*. España: Siglo XXI de España.
- Gordon, L. (1978). *The politics of birth control, 1920-1940: The impact of Professionals*.
- Gutiérrez Sánchez, A. (Enero-junio de 2017). El 10 de Mayo "Día de la Madre" en México o de cómo imponer un modelo de maternidad. *Revista Xihmai*, 45-60.
- H. Congreso de la Unión, México. (2018). *Ley para prohibir clonación humana y selección genética con criterios arbitrarios y discriminatorios*. Boletín N. 4890.
- Hernández Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 187-210.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1985). The social Construction of the Patient: Patients and Illness in other ages. *Social Science and Medicine*, 145-151.
- Ibáñez, T. (1994). Representaciones sociales. Teoría y método. *Psicología social construccionista*, 153-216.

- Imaz, E. (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Ediciones Cátedra .
- INEGI. (1997). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)*. Base de datos.
- INEGI. (2018). *Estadística a propósito del día 10 de mayo*. México: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía.
- INEGI. (s.f). *Información por entidad: Puebla* . Obtenido de Cuéntame:
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/pue/default.aspx?tema=me&e=21>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2005). *Las mujeres y los medios de comunicación*. México: Dirección General de Evaluación y Desarrollo Estadístico.
- International Federation of Fertility Societies. (2016). *Surveillance*. Obtenido de International Federation of Fertility Societies: <http://www.iffs-reproduction.org/?page=Surveillance>
- Jasa Silveria, G., & Moreno Coca, R. (2017). ¿Es sólo cuestión de tiempo? La regulación de la reproducción asistida y el embarazo subrogado en México. *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 107- 133.
- Jelin, E. (2005). *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas* . CEPAL. Reunión de expertos.
- Lagarde, M. (1992). Identidad femenina. En *Seminario Género, políticas públicas y desarrollo*. Santiago: CEM, UNICEF, SERNAM.
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: Madresesposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, M. (1997). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa S.A .
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 7-25.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Arch.argent.pediatr.*, 271-276.
- López, O. y. (2017). Redes de periodistas para vencer el miedo: comunidades emocionales ante la violencia de Estado. El caso de México. *Revista de estudios sociales*(62), 54-66.
- Lozano Estivalis, M. (2002). La Construcción del imaginario de la maternidad en Occidente : manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las Nuevas Tecnologías de Reproducción. *Tesis doctoral. Facultad de Ciencias de la Comunicación*. Universidad Autonoma de Barcelona.
- Macedo, G. (27 de Agosto de 2019). *Las clínicas de reproducción asistida viven un 'boom' en España*. Obtenido de elPeriódico:

<https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20190827/boom-clinicas-reproduccion-asistida-espana-7590909>

- Martin, E. (1987). *The women in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martínez Benlloch, I. (Octubre de 2014). *Conceptuación de la maternidad en los trabajos de Silvia Tubert*. Obtenido de Hablemos otra vez de maternidad. XVI Seminario de Autoformación RED-CAPS-2014 : http://www.caps.cat/images/stories/maribel_martinez_benlloch.pdf
- Mayz Díaz, C. (2009). ¿Cómo desarrollar, de una manera comprensiva, el análisis cualitativo de los datos? *Educere*, 13(44), 55-66. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35614571007>
- Mechanic, D. (1961). The concept of Illness Behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 189-194.
- Menéndez, E. (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En F. Basaglia, *La salud de los trabajadores*. México: Nueva Imagen.
- Menéndez, E. (1983). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. *Cuadernos de la Casa Chata #68*.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana- FONCA.
- Menéndez, E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo. *Cuadernos Médico Sociales*, 3-18.
- Muñiz, E. (2010). Las prácticas corporales. De la instrumentalidad a la complejidad. En E. Muñiz, *Disciplinas corporales y prácticas corporales: una mirada a las sociedades contemporáneas* (págs. 17-50). México: anthropos.
- Oakley, A. (1984). *The Captured Womb: a history of the medical care of pregnant women*. Oxford: Brasil Blackwell Publisher Ltd.
- ORA. (s.f). La situación actual de la reproducción asistida en México. *ORA. La web y comunidad líder de reproducción asistida en México*.
- Pabón Mantilla, A., Upegui Toledo, Ó., & Otero González, M. (2017). El acceso a las técnicas de reproducción asistida como garantía de los derechos sexuales y reproductivos: la Constitución a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. *Justicia*(31), 171-187.
- Pedraza, Z. (2010). Alegorías del cuerpo: discurso, representación y experiencia . En E. Muñiz, *Disciplinas y prácticas corporales. Una mirada a las sociedades contemporáneas*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Pinto, V. (2007). Madres e hijos en los 90: Las representaciones sociales de la maternidad en la revista Para Ti. *Opción*, 22-37.

- Piñero Ramírez, S. (julio-diciembre de 2008). *La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual*. Obtenido de Redalyc- Revista de Investigación Educativa : <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283121713002>>
- Plá, C. (27 de 06 de 2019). *España, a la cabeza de Europa en técnicas de reproducción asistida*. Obtenido de NIUS: https://www.niusdiario.es/sociedad/Espana-Europa-tecnicas-reproduccion-asistida_18_2777520192.html
- Poy Solano, L. (20 de Febrero de 2014). Sólo 53% de las parejas que padecen infertilidad acuden a consulta: Inegi. *La Jornada*.
- Quilodrán, J. (2000). *Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines del milenio*. Obtenido de Papeles de población: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-7425200000300002
- Redacciónmédica. (20 de Julio de 2017). *La privada, clave del liderazgo europeo de España en reproducción asistida*. Obtenido de redacciónmédica: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/la-privada-clave-del-liderazgo-europeo-de-espana-en-reproduccion-asistida-9610>
- Registro Nacional de Actividad . (2014). *Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2014*. Obtenido de Sociedad Española de Fertilidad: https://www.registro-sef.com/public/docs/sef2014_IAFIV.pdf
- Reproducción Asistida ORG. (2018). *La reproducción asistida: tipos, precio y Seguridad Social. Reproducción Asistida ORG*. Obtenido de La reproducción asistida: tipos, precio y Seguridad Social: <https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/>
- Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Rivera, G. (2017). Problemas de fertilidad aumentan en México, pero no todas las clínicas están certificadas. *Nación FARMA*.
- Rodríguez Fernández, N. (Mayo de 2012). *Un acercamiento a la familia desde una perspectiva sociológica*. Obtenido de Contribuciones a las Ciencias Sociales: <https://www.eumed.net/rev/cccss/20/nerf.html>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Unipe.
- Rothman, B. (1978). Childbirth as Negotiated Reality. *Symbolic Interaction*, 124-137.
- Rubin, G. (Noviembre de 1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145.
- Ruedas, M., Ríos Cabrera, M. M., & Nieves Sequera, F. E. (julio- agosto-septiembre de 2009). Epistemología de la investigación cualitativa. *EDUCERE.Artículos arbitrados*, 627-636.
- Saletti Cuesta, L. (Enero de 2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *CLEPSYDRA*(7), 169 - 183.

- Sánchez Rivera, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*, 32(13), 921-953.
- Sánchez, A. (Noviembre- diciembre de 2005). Las Técnicas de Reproducción sistida y sus metáforas. *ARBOR ciencia, pensamiento y cultura*, 523-530.
- Sanhueza Morales, T. (2005). De prácticas y significancias en la maternidad, transformaciones en identidad de género en América Latina. *LA VENTANA*(22), 146-188.
- Scully, D., & Bart, P. (1978). A funny thing happened on the way to the orifice: Women in gynaecology textbooks. En J. e. Ehrenreich, *The Cultural Crisis of Modern Medicine* (págs. 212-226). Nueva York: Monthly Review Press.
- Shilling, C. (2002). The two traditions in the Sociology of Emotions. En J. Barbalet, *Emotions and Sociology* (págs. 10-32). Oxford: Blackwell Publishing/ The Sociological Review.
- Soledad Trupa, N. (2017). Familias comaternales, usuarias de nuevas tecnologías reproductivas, en el escenario de las ciudadanías biológicas en Argentina. *Revista Nomadías*(23), 87-110.
- Stolke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas*, mayo-agosto.
- Thoits, P. A. (1989). The sociology of emotions. *Annual Review of Sociology*, 317-342.
- Treichler, P. (1990). Feminism, Medicine, and the Meaning of Childbirth. En M. Jacobus, E. Keller, & S.Shuttleworth, *Body Politics. Women and the Discourses of Science*. Nueva York: Routledge y Kegan Paul.
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sobra. Maternidad y tecnología* . Madrid: Editorial Siglo XXI .
- Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns de Psicologia*, 12(2), 161-174.
- Valdez, O. (11 de Febrero de 2015). Por infertilidad,20% de las consultas médicas familiares. *Milenio*.
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: an update on hypothesis and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 156-182.
- Vergara, G. (2009). Conflicto y emociones. Un retrato de la vergüenza en Simmel, Elías y Giddens como excusa para interpretar prácticas en contextos de expulsión. En C. Figari, & A. Scribano, *Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica* (págs. 35-52). Buenos Aires: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad - CICCUS.
- Viveswaran, K. (1997). Histories of feminist ethnography. *Rev. Anthropol*.
- Winocur, M. (2012). El mandato cultural de la maternidad. El cuerpo y el deseo frente a la imposibilidad de embarazarse. *Instituto de Investigaciones Jurídica. UNAM*, 45-60.
- World Health Organization . (2010). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring*

Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) .
Obtenido de Red Latinoamericana de Reproducción Asistida :
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf

Zegers-Hochschild, F. (2015 de Junio de 2015). Algunos fundamentos biológicos de la reproducción humana y sus implicancias en el derecho a fundar una familia. (El caso de Costa Rica).
Ponencia. Coloquio "Debates Contemporáneos en Derechos Reproductivos".

Zegers-Hochschild, F., & al, e. (2014). Assisted Reproductive Technologies (ART) in Latin America: The Latin American Registry. *JBRA Assisted Reproduction*, 18(4), 127-135.