



**Casa abierta al tiempo**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

**UNIDAD IZTAPALAPA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**POSGRADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS**

**Infertilidad y Técnicas de Reproducción Asistida: Una  
perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo,  
género y parentesco**

**Mayra Lilia Chávez Courtois**

**Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas**

**Directora: Dra. María Eugenia Olavarría Patiño**

**Asesoras: Dra. Dafna Feinholz Klip  
Dra. Antonella Fagetti Spedicato**

**México, DF.**

**Octubre, 2008**

# **Infertilidad y Técnicas de Reproducción Asistida: Una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco<sup>□</sup>**

**Mayra Lilia Chávez Courtois**

**Directora: Dra. María Eugenia Olavarría Patiño**

**Asesoras: Dra. Dafna Feinholz Klip  
Dra. Antonella Fagetti Spedicato**

**Tesis para obtener el grado de doctora en Ciencias Antropológicas de la  
Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa  
Octubre, 2008**

---

<sup>□</sup> Esta tesis ha sido elaborada con el apoyo de:

**Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, proyecto CB-2006-1-56385  
“Parentesco, cuerpo y reproducción. Representaciones y contenidos culturales en el  
contexto mexicano contemporáneo”**

**Instituto Nacional de Perinatología. Isidro Espinosa de los Reyes INPerIER, proyecto  
212250-50081 “Representaciones simbólicas alrededor de la infertilidad y esterilidad  
desde la perspectiva de género”**

## **DEDICATORIA**

**Este camino no se hubiera logrado sin el apoyo y cariño de mi familia: mi madre, mi padre<sup>†</sup>, hermanas, hermanos y sobrinos: Dylan, Diego y Haziél, quienes con su sonrisa me dieron ánimos.**

## **AGRADECIENTOS**

**Agradezco a cada una de las parejas con diagnóstico de infertilidad que me permitieron conocer parte de su vida, sus secretos y esperanzas. Al Instituto Nacional de Perinatología por abrirme las puertas para la realización de esta investigación, y en especial a las autoridades que creyeron en mí brindándome su apoyo para mi formación en esta etapa académica.**

**En particular a mi directora de tesis Eugenia Olavarría por su asesoría, persistencia y apoyo. A mis lectoras Dafna y Antonella, por sus sugerencias.**

**A cada una de las chicas que me apoyaron en un momento fundamental del trabajo, la transcripción de la información: mi hermana Ari, Socorro Flores, Adriana Ortega, Carmen Domínguez, Blanca Mendiola, Sara González y Cristina Ramírez.**

**Así también, a las secretarías de la UAMI, Socorro e Irma, y a las del INPerIER, Blanca, Beatriz y Sara, quienes siempre con una sonrisa me brindaron apoyo.**

**Y sin olvidar, a mis amigas y amigos que siempre tuvieron alguna frase o palabra para alentarme.**

# INDICE

## Capítulo I

|       |  |    |
|-------|--|----|
| I.1   | Introducción                                     | 1  |
| I.2   | Metodología y Objeto                             | 12 |
| I.2.1 | Planteamiento del problema                       | 12 |
| I.2.2 | Objeto   | 13 |
| I.2.3 | Hipótesis  | 13 |
| I.2.4 | Metodología                                      | 14 |
| I.3   | Carrera del enfermo                              | 17 |
| I.3.1 | Ingreso al Instituto de Salud                    | 17 |
| I.3.2 | En los servicios de salud...                     | 18 |
| I.3.3 | Y para la investigación...                       | 18 |
| I.4   | Material Empírico                                | 20 |
| I.5   | Análisis de la información                       | 20 |
| I.6   | Pero... ¿Quiénes son las personas entrevistadas? | 21 |

## Capítulo II

|        |  |    |
|--------|--|----|
| II.1   | La Infertilidad. Prácticas y usos desde la medicina                    | 42 |
| II.2   | El uso de las Técnicas de Reproducción Asistida. Visión Ético-jurídica | 49 |
| II.2.1 | Ética: acuerdos y desacuerdos  | 50 |
| II.2.2 | Controversias en el uso de las Técnica de Reproducción Asistida        | 54 |
| II.2.3 | Desde lo jurídico. Contexto Internacional                              | 56 |
| II.2.4 | Desde lo jurídico. Contexto Nacional                                   | 60 |

## Capítulo III

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| III.1 | El Cuerpo Simbólico   | 72  |
| III.2 | Estudios y tratamientos: Diferencias Genéricas                      | 78  |
| III.3 | Cuerpo Genérico   | 97  |
| III.4 | Al rescate del Cuerpo Genérico                                      | 98  |
| III.5 | Sentimientos y emociones corporales por una posibilidad de embarazo | 99  |
| III.6 | Dolor dual: Dolor Evidente y Dolor Viviente                         | 108 |
| III.7 | Intervención sobre el cuerpo físico                                 | 116 |
| III.8 | Cuerpo Paciente. Normalización de los estudios y tratamientos       | 119 |

## Capítulo IV

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| IV.1   | Género. Una lectura antropológica                            | 124 |
| IV.2   | Ser persona infértil. ¿Mujer? ¿Hombre?... Infértil           | 135 |
| IV.3   | La Redefinición Genérica                                     | 147 |
| IV.3.1 | Ser Mujer infértil. La Resignificación de Ser Mujer          | 147 |
| IV.3.2 | Ser Hombre infértil. La Resignificación de Ser Hombre        | 151 |
| IV.3.3 | Resignificación del Rol de Género                            | 154 |
| IV.4   | La concepción de la infertilidad en la pareja. Ver al otro/a | 156 |

|   |     |
|---|-----|
| IV.4.1 Ser pareja                           | 156 |
| IV.4.2 Consecuencias en la pareja           | 159 |
| IV.4.3 ¿Cómo se ve al otro/a?...            | 167 |
| IV.4.4 La infertilidad. Un asunto de pareja | 171 |

## Capítulo V

|  |     |
|--|-----|
| V.1 Regulación de la Infertilidad. Conformaciones de Parentesco          | 174 |
| V.2 Significados de la Maternidad y Paternidad                           | 176 |
| V.3 El Parentesco y la mirada médica                                     | 180 |
| V.4 Tipos de relación de parentesco                                      | 182 |
| V.4.1 Parentesco y técnicas de Reproducción Asistida. Proceso artificial | 182 |
| V.4.2 Parentesco y reconocimiento social                                 | 184 |
| V.4.3 Parentesco y otras soluciones sociales                             | 186 |

## Capítulo VI

|   |     |
|---|-----|
| VI.1 Pareja Infértil. Significados y Creencias            | 202 |
| VI.2 La mirada de las y los actores sobre la infertilidad | 204 |
| VI.2.1 Significados de la presencia de la infertilidad    | 204 |
| VI.2.2 Creencias sobre la infertilidad                    | 210 |
| VI.2.3 Creencias Mágico- Religiosas                       | 224 |
| VI.3 Diagnóstico Alternativo                              | 230 |
| VI.4 Soluciones Alternativas                              | 237 |

|              |     |
|--------------|-----|
| Conclusiones | 253 |
|--------------|-----|

|              |     |
|--------------|-----|
| Bibliografía | 268 |
|--------------|-----|

|        |     |
|--------|-----|
| Anexos | 275 |
|--------|-----|

1. Definición de términos médicos
2. Cuestionario aplicado por servicio de salud
3. Hoja de envío al servicio de Reproducción Asistida
4. Carta de consentimiento informado
5. Ficha de identificación
6. Guión de entrevista

# CAPÍTULO I

## I.1 INTRODUCCIÓN

Existe escasa literatura en el campo de la antropología que considere el tema de la infertilidad como motivo principal de discusión. De hecho, en la actualidad se retoma la infertilidad como parte de las discusiones multidisciplinarias sobre las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), consideradas éstas, como una opción para resolver la falta de reproducción humana.

En efecto, el desarrollo de la ciencia médica y de las técnicas de reproducción, conlleva discusiones con una interpretación sociocultural, al interior de temas como el embarazo “artificial”, el parentesco y hasta en cuestiones éticas y jurídicas. En ese sentido, las reflexiones desde la perspectiva antropológica sobre el tema de la infertilidad, surgen como una necesidad para dar explicaciones a fenómenos sociales como el parentesco, o el del ser mujer u hombre, cuando éstos roles están condicionados por la procreación. Por tanto, en las últimas décadas, el estudio de la infertilidad se retoma como un brazo más de las discusiones antropológicas (Héritier 1986,1996, Strathern 1992, Franklin 1997, Bestard 1998). Veamos algunos ejemplos.

Uno de los expertos que retoma la discusión antes mencionada, es Francoise Héritier. En una de sus obras intitulada *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia* (1996). Héritier invita a reflexionar desde la perspectiva antropológica las diversas percepciones culturales que determinan las desigualdades entre los géneros, denominándola como: *la valencia diferencial de los géneros*. El contenido de dicho concepto teórico se centra representaciones simbólicas del cuerpo, esto es, en la manera cómo es leído culturalmente el funcionamiento del cuerpo, según el sexo, dando lugar, entre otros temas, a la reproducción humana y, por ende, al parentesco.

Héritier, al continuar sus reflexiones sobre parentesco en su trabajo: *El Muslo de Júpiter* (1986), nos invita a la discusión sobre las consecuencias de las Técnicas de Reproducción Asistida y cómo repercuten en el tema de la filiación. Esto es, rescata cómo la presencia de la infertilidad y el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida son “vistas” en diferentes culturas, en las cuales la filiación garantiza la continuidad biológica y social del individuo. En este sentido, vislumbra la importancia de la descendencia “legítima” en las sociedades y, también, nos deja ver cómo la presencia de la infertilidad está dirigida en primer momento a la mujer, retomando por tanto nuevamente su teoría de la *valencia diferencial de los sexos*.

Existen otros autores que se han dado a la tarea de retomar la discusión de las consecuencias socioculturales que conllevan la presencia de las Técnicas de Reproducción Asistida. Entre ellos, se encuentra el trabajo de Marilyn Strathern, intitulado: *Reproducing the future. Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies* (1992). En éste, se considera como base de la discusión la teoría del Parentesco y se revisan algunas secuelas sobre los avances científicos que han conllevado a modificar el contenido cultural del parentesco. En la discusión se coloca sobre la mesa la categoría de familia – ya que en algunas sociedades la familia es entendida como la composición de personas que comparten un lazo de parentesco – asimismo, el tema de parentesco, es relacionado con las decisiones de la pareja con diagnóstico de infertilidad a la práctica de la intervención de las TRA, y entre éstas, se encuentra la práctica del uso de la donación de esperma. En una de sus conclusiones, Strathern menciona cómo el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida modifica el entendimiento de la familia, por lo que al final la autora se preguntará: ¿cómo entender en la actualidad el contenido cultural del parentesco?

Dicho cuestionamiento sobre el parentesco, también es abordado por Joan Bestard en su obra *Parentesco y modernidad* (1998). En este trabajo, Bestard analiza los hechos del parentesco en la actualidad, cruzándolos con categorías como género y residencia, asimismo con los derivados de la procreación asistida. Expone reflexiones causales sobre la dualidad existente entre naturaleza y cultura en relación

con el uso de la procreación asistida, entre ellas, las distintas definiciones del concepto de Paternidad: la biológica, social y genética.

En otro trabajo de Bestard, *Parentesco y reproducción asistida. Cuerpo, persona y relaciones* (2003) rescata, a través de narrativas, las implicaciones del uso de la reproducción asistida de mujeres con diagnóstico de infertilidad. El análisis que hace, lo aterriza con la discusión antropológica derivada de las experiencias de los sujetos, considerando como ejes centrales: el cuerpo, la condición de persona y las relaciones sociales.

Sarah Franklin en su obra, *Embodies progress. A Cultural Account of Assisted Conception* (1997) desarrolla relatos culturales sobre la procreación asistida. El sentido particular de dicho trabajo se debe a que analiza el fenómeno de la procreación asistida desde la etnología e historicismo, relacionando posturas teóricas antropológicas de los clásicos con reflexiones actuales de la misma disciplina. Entre los temas centrales, destacan el parentesco y el género.

Uno de los trabajos que también considera la infertilidad como tema central, es el libro *Infertility Around the Globe. New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*, editado por Inhorn y Van (2002). La propuesta de dicho trabajo, es colocar el tema de la infertilidad como un fenómeno social de estudio actual. A través de una recapitulación de reflexiones de diversas perspectivas sociológicas y antropológicas las cuales conducen a problematizar, en tiempos de globalización y de las causas políticas, económicas, legales y éticas acerca de la presencia de la infertilidad y el uso de la procreación asistida.

También el trabajo de Yago y colaboradores, *Infertilidad y reproducción asistida. Relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza* (1997), los autores exponen algunos aspectos psicosociales de la infertilidad y la reproducción asistida. Su cuerpo de análisis parte de un conjunto de discusiones grupales de mujeres en tratamiento. En dichas discusiones se rescatan temas como los significados de la

infertilidad, la familia, pareja y género. Si bien este trabajo no tiene un enfoque antropológico, nos permite conocer otros abordajes disciplinarios sobre el estudio de la infertilidad desde el campo de la psicología y el psicoanálisis.

A nivel nacional, existe la tesis de maestría de Elena Castañeda intitolado *Bendito sea el fruto de tu vientre. Representaciones y práctica de mujeres con diagnóstico de esterilidad en la ruta del padecer* (1998). En el trabajo se hace toda una reseña histórica de cómo es entendida la esterilidad en diferentes culturas desde la mirada antropológica, asimismo describe las percepciones de cinco mujeres que presentan el diagnóstico de esterilidad desde la perspectiva del padecer. Desarrolla algunos acercamientos de representaciones y prácticas etiológicas del padecimiento desde los sujetos y, en otro sentido, se rescata la relación médico-paciente. En esta tesis, algunas de los temas que no se investigan desde la percepción antropológica es lo referente a las vivencias corporales, las consecuencias culturales de la falta de reproducción, como es el caso del parentesco. Igualmente, las implicaciones y representaciones culturales de la falta de reproducción masculina.

Como se puede observar en la literatura citada, el tema de discusión que resalta es el de la presencia del uso de las Técnicas de Reproducción Asistida como una alternativa más para la reproducción humana. De esto, se rescatan condiciones o situaciones particulares derivadas de dicho avance científico que son motivo de discusión, por ejemplo: ¿qué pasa con el Parentesco y su relación con las TRA? ¿cómo aplicar la teoría clásica de la antropología ante este “nuevo” fenómeno científico? ¿cómo entender las causalidades entre la relación de naturaleza y cultura? Y por puesto, ¿qué sucede con las personas que presentan infertilidad y el uso de las nuevas técnicas de reproducción asistida desde la mirada antropológica?

En este trabajo de investigación se expone el conjunto de significados culturales, de las personas con diagnóstico de infertilidad, resultado de su “afán” por lograr tener un hijo propio. Un “afán” que no es sinónimo de un capricho personal, sino que es respuesta de la persona a las exigencias socioculturales por conservar la

reproducción social, que sabemos que es necesaria para la supervivencia de la especie humana de todas las culturas.

El contexto sociocultural tiene un gran peso en las interpretaciones de la reproducción humana. Desde la perspectiva de género, la reproducción humana se asocia más a la mujer y, en particular, se encasilla en la simbolización de la maternidad; para el caso del varón, se relaciona con la continuidad de la herencia, de la preservación de la sangre a través de la continuidad del apellido.

El asunto de la reproducción humana en el caso de las parejas con diagnóstico de infertilidad, se convierte en un reto pues tienen que buscar soluciones para cubrir dicha necesidad social que les dará un estatus. Las consecuencias que conlleva la presencia de la infertilidad no es un asunto exclusivo del ámbito biomédico, pues en la actualidad ha aumentado el interés por su estudio en diversas disciplinas como la jurídica, psicológica/psicoanalítica, sociológica y antropológica.

En este sentido, el presente trabajo, desde la perspectiva de la antropología, da un acercamiento a las dimensiones culturales de parejas con infertilidad que tienen en común el sometimiento a algunos tratamientos de regulación para la procreación, como son las técnicas de reproducción asistida. Las experiencias de éstos los han llevado a tener percepciones particulares respecto a su cuerpo, rol de género, a sus sentires y emociones y, por supuesto, al parentesco.

Desde este contexto, las preguntas inmediatas que le dieron sentido al presente trabajo y que, por ende, se tratan de responder en su contenido son: ¿cómo y qué tienen que hacer las personas infértiles para contribuir con la reproducción social? ¿cuáles son los significados sobre su “problemática” personal con el diagnóstico de infertilidad? De estas interrogantes se desprenden otras, con un enfoque antropológico que, más adelante, se mencionan de acuerdo a la descripción de cada uno de los capítulos que conforman el presente trabajo.

Pero ¿por qué considero importante estudiar desde la antropología los significados de parejas con diagnóstico de infertilidad? Pues bien, porque esta perspectiva disciplinaria permite entender y conocer más allá del discurso médico el tema de infertilidad; esto es, permite introducirnos en la diversidad de respuestas que tiene como base de explicación, las creencias, los sentimientos y las percepciones de las propias parejas infértiles, sobre todo, de los contenidos culturales.

Con el fin de encontrar a la/os actores y obtener respuestas sobre el conjunto de las dimensiones culturales de las personas con infertilidad, el trabajo de campo se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER).

El INPerIER es un instituto de atención de tercer nivel que pertenece a la Secretaría de Salud Federal. En él, existe un alto número de parejas que acude para regular su reproducción, algunas de ellas nos ayudaron a darle respuesta al objetivo planteado de la presente investigación: *Conocer algunas dimensiones culturales de parejas con infertilidad en edad reproductiva y su experiencia en el uso de las técnicas de reproducción asistida en un Instituto de Salud. Lo anterior, con el fin de explorar sus percepciones sobre rol de género, cuerpo y parentesco.*

En el capítulo uno se describe la metodología llevada a cabo, se desarrolla lo que denominé la *carrera del enfermo*<sup>1</sup>, esto es, los caminos que tienen que recorrer las personas con infertilidad para ingresar al INPerIER, pero también se describen los pasos de captura de la/os actores que participaron en la investigación. Igualmente, en el mismo capítulo se menciona el material empírico utilizado:

- ficha de identificación (Anexo 5)
- guión de entrevista (Anexo 7)
- así como los pasos a seguir para obtener la información etnográfica.

---

1 Según Menéndez (1983) la carrera del enfermo, hace referencia al conjunto de prácticas que realiza el sujeto para la curación o alivio de la enfermedad-padecimiento. Combinando los modelos médicos (hegemónico y alternativo) o la práctica de auto-atención.

Para conocer quiénes son las personas que participaron, se hizo una breve reseña de cada uno considerando algunos aspectos socioeconómicos:

En el capítulo II, ***El Uso de la Infertilidad***, se exponen dos de las principales percepciones de la infertilidad: a) la percepción de la infertilidad desde la medicina<sup>2</sup>; y b) la perspectiva ético-jurídica. La infertilidad desde una perspectiva médica proporciona explicaciones y soluciones para las parejas con infertilidad, quienes acuden a los servicios médicos con la esperanza de lograr un embarazo con el fin de tener un hijo/a vivo/a. Por lo tanto, siendo el ámbito médico uno de los sistemas de salud al cual acuden las personas infértiles para su “curación”, se mencionan en este apartado los distintos tratamientos y estudios que existen, a los cuales las parejas se someten por períodos largos que van desde los tres hasta diez años en promedio, de esta manera y con el tiempo, la continuidad de la atención alópata se transformará en parte cotidiana de su vida.

Otros de los temas importantes, ligados al anterior, son los aspectos jurídico y ético en el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida TRA. Uno de los argumentos y tal vez el más importante del por qué decidí darle un espacio a este tipo de tratamientos, es que las parejas entrevistadas, hasta último momento del trabajo de campo, no habían podido lograr embarazarse a pesar de haberse sometido a tratamientos de tipo hormonal y quirúrgico y, por lo tanto, algunas fueron consideradas candidatas a tratamientos de TRA. Otras se encuentran en proceso para realizarles, ya sea una Inseminación Artificial (IA) o una Fertilización In Vitro (FIV).

Desde este contexto, se deriva el segundo argumento que tiene que ver precisamente con la demanda del uso y acceso a las TRA. En algunos estudios se ha visto que la presencia de las TRA ha venido a cuestionar aspectos éticos y jurídicos que oscilan entre posturas ideológicas contrarias. Lo que nos lleva a

---

<sup>2</sup> En este apartado se mencionan algunos términos médicos, cuyas definiciones se encuentran en el Anexo 1

preguntarnos: ¿qué se ha hecho desde lo jurídico, internacional y nacionalmente?, ¿cuáles TRA son permitidas legalmente y cuáles no? y ¿qué propuestas existen en nuestro país?

Es conveniente advertir que los anteriores capítulos permiten contextualizar el trabajo. Para los posteriores capítulos, se desarrolla y problematiza el trabajo etnográfico paralelamente con las líneas teóricas.

La noción de cuerpo, como eje de análisis desde la antropología, ha permitido rescatar las representaciones simbólicas, tanto de personas como de comunidades, pues los atributos que se tienen sobre el cuerpo son parte de la definición de persona, como es mencionado por Le Breton (1995). En el capítulo III, intitulado ***El Cuerpo Simbólico***, se rescatan los contenidos culturales que las personas construyen a través de su cuerpo al momento de los estudios y tratamientos alópatas. Lo anterior es importante puesto que la experiencia corporal también está determinada por categorías sociales que plasman una visión de sociedad y, de esta manera, sus experiencias en las diversas soluciones para la regulación, también llevan a las parejas a continuar o no con los tratamientos. Por tal motivo, también se indican las diferencias narrativas entre hombres y mujeres haciendo referencia a las experiencias en su cuerpo, que van en dos sentidos: a) ¿cómo perciben su cuerpo al momento de los tratamientos? y, b) ¿cuáles son las emociones expresadas a través de su cuerpo?

Otro de los contenidos que se rescatan dentro del mismo capítulo, son las formas de mostrar el dolor, pues éste se encuentra presente en todo momento, ya sea físico o “viviente”. Siendo este último expresado mediante sentires desagradables que viven cuando exploran su cuerpo o les realizan estudios y/o tratamientos. Se demuestra cómo cada momento de búsqueda de la reproducción coloca al cuerpo de las personas con diagnóstico de infertilidad en el centro de las operaciones, jugando cada actor un papel específico (ya sea de usuaria/o y médico).

En el contenido del siguiente capítulo, ***Género. Una lectura antropológica***, se describen los significados que conllevan la relación del rol de género con la presencia de la infertilidad. Dicha relación se desarrolla desde diferentes posturas, que tienen como esencia las percepciones de la/os actores; por tanto, se mencionan los significados que le dan contenido al Ser mujer o Ser Hombre con diagnóstico de infertilidad en sociedades como la nuestra. Es decir, las percepciones sobre sí mismos, así como el imaginario que pudieran tener respecto al género opuesto, pues como afirma Marta Lamas (2000), las subjetividades son diferentes.

La importancia de trabajar sobre el tema se debe a que el rol de género es parte significativa de un “acto social” que reafirma que el sistema simbólico, como dice Lévi-Strauss (1971), no se construya en forma individual, sino colectivamente. Parte importante del análisis sobre el tema, tiene que ver con las diferencias dicotómicas que clasifican a mujeres y hombres, es decir, a través de las nociones abstractas sobre el cuerpo se construyen dichas oposiciones jerárquicas, lo que Françoise Héritier (1996) define como la valencia diferencial de los sexos y que, ante la presencia de la infertilidad, los puede llevar a resignificar el rol de género. En ese sentido, se rescatan todas aquellas percepciones que mujeres y hombres con infertilidad tienen con respecto a sí mismos, desde el momento en que los diagnostican, y cómo dicha condición determina parte de su rol de género. Esto es, ¿cómo se perciben las mujeres que presentan infertilidad dentro de una sociedad en la cual la maternidad juega un papel primordial? O en el caso de los varones, ¿cómo entenderse como hombres, cuando la descendencia es traducida como una prueba de virilidad? Y en ambos géneros responder a la cuestión sobre ¿cuáles son los significados que se han construido para entender su rol de género cuando se tiene infertilidad? O ¿cómo se entiende la frustración de no poder lograr las expectativas reproductivas? Estas y otras interrogantes se responden en dicho apartado.

Después de un largo recorrido de tratamientos y estudios en los que se han encontrado inmersas las parejas con diagnóstico de infertilidad para lograr un hijo/a vivo/a y, de esta manera cumplir con su deseo de ser padres, en el Capítulo V

intitulado, **Regulación de la infertilidad. Conformaciones de parentesco**, se profundiza precisamente sobre las consecuencias que implican el tema de la infertilidad y su relación con el parentesco. Se sabe que la cosmovisión occidental del parentesco tiene su fundamento y se manifiesta a través de la descendencia consanguínea de la pareja, pero entonces cuando la búsqueda de la conformación de una familia no se puede dar “naturalmente” por la presencia de la infertilidad, nos preguntamos: ¿cómo perciben y resignifican las definiciones de parentesco las personas con diagnóstico de infertilidad? En este apartado se recatan los significados de la maternidad y paternidad desde la/os actores, que se centran, por un lado, en lo socialmente aprendido de lo que debería ser una madre o un padre, pero por otro lado, expresan lo que para ellas y ellos significa desde su condición infértil, la maternidad y paternidad.

Entre las percepciones sobre el tema, se encuentran de igual forma las frustraciones por no poder nombrarse aún como padres. Como parte del resultado del conjunto de soluciones para la procreación, se mencionan los tipos de relación de parentesco que se conforman genética, biológica y socialmente, trabajados por Bestard (1998) y Strathern (1992). También se aluden otras soluciones, más allá de los tratamientos alópatas, a las que han acudido las personas entrevistadas con el fin de conformar una familia: como sería el caso de la adopción y/o el “regalo” de un niño/a. En este capítulo se trata de dar contenido a las siguientes preguntas: ¿son los significados de la maternidad y paternidad iguales cuando se tiene un hijo/a “propio-natural” vs. un hijo/a “creado” artificialmente, adoptado o regalado?, ¿cómo se conforma el parentesco en el caso de las personas infértiles? y ¿cuál es el significado de no ser nombrado como madre o padre, cuando el deseo está presente?

En el capítulo VI, sobre **Pareja infértil: Significados y creencias**, se narran las percepciones sobre la presencia de la infertilidad. Se describe cómo es percibida la infertilidad en términos conceptuales, esto es, si las parejas consideran a la infertilidad como enfermedad, malestar, padecimiento o un castigo divino-religioso. Asimismo, se mencionan las razones del por qué perciben de una u otra forma a la

infertilidad. También se rescatan las creencias mágicas/religiosas sobre la infertilidad, es decir, se mencionan los ¿por qué? de la presencia de la infertilidad, más allá del argumento médico. Veremos cómo la historia personal, familiar y, en sí, el contexto cultural inmediato en el cual se desenvuelven y conviven las personas, son determinantes para dar explicación del diagnóstico de infertilidad en su caso particular, y cómo ésta se relaciona con la representación emocional, que comúnmente se torna en culpabilidad.

Además, se rescatan los diagnósticos dados por la medicina alternativa que, en ocasiones, son señalados por curanderos que comúnmente son recomendados por la gente cercana. Según las narraciones, dichos diagnósticos no sólo se centran en el cuerpo, sino también en el estado de ánimo de la persona. También se relatan las dos opciones de soluciones alternativas: una que consiste en tratamientos inmediatos, esto es, al momento de acudir al servicio alternativo se da el tratamiento a través de sobadas, limpiezas, etcétera; y los otros tratamientos, consisten en dar indicaciones para ser realizadas en casa durante periodos determinados.

Finalmente, se presentan las conclusiones entre las cuales se mencionan las premisas más significativas del conjunto del trabajo, así como algunas interrogantes derivadas de la investigación.

## I.2 METODOLOGÍA Y OBJETO

### I.2.1 Planteamiento del problema

La presencia de infertilidad implica que la vida de los sujetos se desarrolle a través de la búsqueda del embarazo, involucrándose en una serie de procesos de acuerdo a los tratamientos a los que se sometan, a tal grado que no sólo se llega a normalizar la “patología, en tanto parte de la vida, sino que se normaliza el uso de medicamentos y tratamientos, que en su mayoría proceden del conocimiento médico y de la industria químico-farmacéutica. Estos tipos de procesos que son parte sustantiva de la vida de los sujetos y grupos, normaliza la biomedicalización como integrante de los saberes cotidianos” (Menéndez, 2001:9) y al menos un momento largo de su vida gira en torno al padecimiento, enfermedad o malestar que implica modificar, entre otros, los quehaceres cotidianos.

El motivo de considerar en la presente investigación como principales ejes temáticos al cuerpo simbólico, el sistema de género y percepción de parentesco para conocer parte de las dimensiones culturales de la infertilidad y técnicas de reproducción asistida, es debido principalmente a tres argumentos: el primero de ellos, es la parte de la reproducción socialmente determinada, esto es, la procreación que da pie a la construcción de parentesco y que determina tareas entre los géneros; en el segundo argumento, se reconoce que si bien la reproducción socialmente determinada es un hecho que se tiene que cumplir, entonces es el cuerpo que pasa a ser la máquina de dicha reproducción, por lo que el cuerpo juega un papel básico y específico.

Cuando el cuerpo, por condiciones fisiológicas, como puede ser la infertilidad, no cumple con lo socialmente esperado, es sometido a diversos estudios y tratamientos ya sean alópatas o alternativos. Aquí la pregunta sería ¿Qué pasa con las personas que ingresan a dichos tratamientos?, en primer momento para conocer el por qué de su padecimiento (infertilidad) y, posteriormente, la búsqueda de soluciones para

lograr un embarazo y, por ende, un hijo vivo ¿Cuál es el significado que tiene la persona infértil sobre su cuerpo, cuando éste es continuamente manipulado? o ¿Cuándo se les dice que no hay ninguna posibilidad para la reproducción?

Y de estos últimos cuestionamientos, se desprende el tercer argumento, que tiene que ver con el sistema de género. Culturalmente a la mujer se le ha impuesto que su papel natural y principal en la sociedad es la maternidad. Para el caso del hombre, el razonamiento es similar, ya que la descendencia coexiste como un factor, entre otros, que reafirma la virilidad; lo anterior implica una serie de desigualdades y, por ende, se da una asimetría en ambos géneros. Por lo que se podría preguntar: ¿Qué sucede en la persona infértil cuando no puede cumplir con lo socialmente impuesto?, ¿Cómo se asimilan como mujer u hombre? en sí ¿Cómo viven su rol de género cuando está presente la infertilidad?

Se piensa que el conjunto de dichas interrogantes determina el comportamiento de soluciones ante la presencia de la infertilidad. De ahí se desprenden el objetivo y las hipótesis.

## I.2.2 Objeto

Conocer algunas dimensiones culturales de parejas con infertilidad en edad reproductiva y el uso de las técnicas de reproducción asistida en un Instituto de Salud. Lo anterior, con el fin de explorar las percepciones sobre rol de género, cuerpo y parentesco.

## I.2.3 Hipótesis

1) Las dimensiones culturales de la infertilidad y técnicas de reproducción asistida alrededor del cuerpo simbólico, el sistema de género y la percepción de parentesco son determinantes en el actuar de los sujetos ante las diversas soluciones para lograr la procreación.

2) Se asevera que las acciones en la búsqueda de soluciones y durante los procesos de éstas, no son unidireccionales sino relacionales, es decir, los expertos (atención médica o atención alópata) no son los únicos que deciden qué tipo de solución se debe llevar a cabo, pues las y los usuarios permeados por sus significados y creencias encauzan su decisión de solución; es decir, con quién acudir y, por tanto, los tipos de tratamientos de regulación de la fertilidad a elegir.

3) Se asegura que las experiencias vividas por las personas con infertilidad y su condición de género, resignifican su concepción del ser mujer u hombre. Asimismo, su concepción de maternidad y paternidad.

#### I.2.4 Metodología

Para la búsqueda de los participantes con diagnóstico de infertilidad, se acudió a un Instituto de Salud que se especializa en la atención de afecciones sobre salud reproductiva, como es el caso de la infertilidad.

En ese sentido, el trabajo de campo se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), que es un instituto de atención de tercer nivel perteneciente a la Secretaría de Salud Federal. El Instituto de Salud se especializa en la atención de la salud reproductiva, lo que lo hace único a nivel nacional. La misión del INPerIER es

“la resolución de los problemas nacionales de salud reproductiva y perinatal de alta complejidad, a través de la investigación científica básica, clínica y epidemiológica y médico social de alto nivel de excelencia, que permita el desarrollo de modelos de atención e innovación tecnológica para la salud. Su misión también es la formación académica y desarrollo de recursos humanos, con sólida preparación técnica, ética y humanística, basada en evidencias científicas y experiencias documentadas, acorde a las demandas del Sector Salud, así como la asistencia en salud, de alta especialidad y

con calidad, que la posicionen como un modelo institucional de atención” (INPer,2005).

Los usuarios que acuden al INPerIER, se caracterizan por ser heterogéneos en diversos aspectos, tanto etnográficos como sociodemográficos. Por ejemplo, se encuentra el origen de las personas, el nivel socioeconómico y escolar, así como las actividades laborales, etcétera, la cuales permiten observar la pluralidad de las personas que asisten al Instituto de Salud.

La población que acude al INPerIER por problemas de infertilidad no es nada escasa, de hecho es la causa más frecuente en el Servicio de Consulta Externa Ginecológica. En promedio se atienden 1,404 casos nuevos de primera vez por año, con un total de 12,768 consultas subsecuentes; siendo que el total de consultas promedio por año es de 134,151, divididas de primera vez y subsecuentes, son de 45,021 y 89,130 respectivamente (Bustos,2000).

Tabla 1.  
Consultas INPerIER 2005♦

| Especialidad | Consulta Primera vez | Consulta Subsecuente | Total de Consultas | Porcentaje del Total | Índice de Subsecuencia |
|--------------|----------------------|----------------------|--------------------|----------------------|------------------------|
| Infertilidad | 660                  | 12,477               | 13,137             | 40.0                 | 26.3                   |
| Andrología   | 257                  | 1,653                | 1,910              | 1.3                  | 6.4                    |

♦ Anuario Estadístico INPerIER, 2005

Tabla 2.  
Consultas INPerIER 2006♦

| Especialidad | Consulta Primera vez | Consulta Subsecuente | Total de Consultas | Porcentaje del Total | Índice de Subsecuencia |
|--------------|----------------------|----------------------|--------------------|----------------------|------------------------|
| Infertilidad | 694                  | 1,200                | 11,894             | 38.6                 | 16.1                   |
| Andrología   | 287                  | 1,678                | 1,965              | 1.4                  | 5.8                    |

♦ Anuario Estadístico INPerIER, 2006

Tabla 3.  
Servicio Reproducción Asistida♦

| Año  | Embarazo por Inseminación | Porcentaje de éxito en Inseminación | Embarazo por Fertilización In Vitro | Embarazo Espontáneo | Embarazo por coito programado |
|------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 2005 | 49                        | 18.1                                | s/ dato                             | 75                  | 5                             |
| 2006 | 38                        | s/dato                              | 28                                  | 54                  | 2                             |

♦ Anuario Estadístico INPerIER, 2005 y 2006

## **I.3 Carrera del enfermo**

### **I.3.1 Ingreso al Instituto de Salud**

Existe una serie de procedimientos que cada usuario debe de seguir según las normas del Instituto de Salud. Estas pueden entenderse en dos sentidos: una, las reglas generales, y las específicas que dependen de cada departamento.

Para lograr el ingreso a la atención por problemas de infertilidad, en un primer momento se le pide a la pareja una espermatozoidoscopia, con el fin de descartar que el hombre sea el del “problema”; esto es, que no produzca esperma, ya que si los resultados salen con nula producción de esperma, ello implica nula posibilidad de embarazo, por lo cual no son aceptados en el Instituto de Salud y, de esta manera, no se somete a la pareja a los tratamientos. En este sentido, se puede pensar que existe una aceptación por parte del Instituto de Salud en no considerar de principio a la mujer como la única que pueda presentar problemas reproductivos. Cuando en los resultados de la espermatozoidoscopia, el hombre presenta baja producción o movilidad espermática, sí son aceptados y ambos se canalizan a los departamentos de atención correspondientes (Departamento de Infertilidad y Esterilidad, y Departamento de Andrología).

Ahora bien, dicho requisito se da efectivamente al ingreso, pero no se vuelve a retomar durante el proceso de los tratamientos, como si los pacientes varones no pudieran presentar afecciones posteriores. En este sentido, las mujeres son las que usualmente son sometidas a los tratamientos por tiempos prolongados, según el caso. Lo anterior puede ser motivo de molestia e inconformidad de la pareja, pero en especial de la mujer.

Para el ingreso también se consideran características como la edad, el estado socioeconómico, pero sobre todo, que no cuenten con algún servicio de salud gubernamental (ISSSTE o IMSS). El rango de edad de las pacientes que acuden al

INPerIER, es entre 18 y 45 años. El 79% de las pacientes está casada y 22% tiene nivel educativo de licenciatura, y sólo 0.5% cuenta con estudio de posgrado. El 35% de la usuarias presentan infertilidad secundaria<sup>♣</sup>; y 65% infertilidad primaria. Las usuarias con infertilidad requieren de una gran cantidad de procedimientos de diagnósticos de laboratorio y gabinete (Bustos,2002).

### I.3.2 En los servicios de salud...

Tanto en el departamento de Infertilidad y Esterilidad como el de Andrología, antes de la atención del médico se les aplica un cuestionario realizado por cada departamento (Anexo 2). El cuestionario rescata la historia de las enfermedades familiares, la historia reproductiva, etcétera; que permita al médico tener el historial clínico del usuario. Después de este paso, pasan a su primera exploración y, a partir de ahí, comienza la lista de estudios y tratamientos. Dentro del departamento de Reproducción Asistida (RA) no se aplica ningún cuestionario, pues las personas que son canalizadas a dicho servicio ya pasaron necesariamente por los otros departamentos de regulación a la reproducción. Al acudir a RA van con el diagnóstico para un tratamiento específico, por lo que la pareja tiene que presentarse con la “Hoja de envío a Reproducción Asistida y Fertilización in Vitro” completamente llena (Anexo 3). Al ingresar se les empieza a dar el manejo específico.

### I.3.3 Y para la investigación...

El método de reclutamiento de las personas para la investigación, consistió en acudir a cada uno de los tres departamentos que se dedica a la regulación de la infertilidad (Infertilidad y Esterilidad, Andrología, y Reproducción Asistida) con el fin de encontrar parejas con causantes variantes. Por tanto, se capturaron parejas en el

---

♣ La infertilidad secundaria, se refiere a aquellas parejas que ya han tenido un hijo. La infertilidad primaria, es cuando no tienen ningún hijo, pero tal vez sí embarazos que no han llegado a término (Pérez,1997)

departamento de Infertilidad y Esterilidad, en el cual sólo las mujeres fueron las que presentaron el diagnóstico; en el departamento de Andrología, los varones son los que presentaban el diagnóstico; en este mismo se capturaron aquellas parejas en las que ambos presentaron el diagnóstico; y por último, el grupo de parejas a las que les practicaron algún tratamiento de Reproducción Asistida. Con esta dinámica se obtuvieron cuatro grupos. El total de la muestra fue de 32 entrevistas en profundidad, cuatro parejas por grupo.

Al momento de invitarlas, se les explicó con detalle el proyecto de investigación y su participación en él. Se firmó una Carta de Consentimiento Informado (Anexo 4), con lo cual se avaló su participación voluntaria, así como también se les comunicó la importancia de grabar las entrevistas.

Al aceptar su participación se programó la primera cita para entrevista y, en ésta, se les aplicó la ficha de identificación (Anexo 5) y se realizó la primera parte de la entrevista en profundidad, al término de la cual se programaron las citas subsiguientes.

Cada sesión de entrevista duró aproximadamente entre 90 y 120 minutos. El tiempo de duración de las sesiones dependía de la/os usuarios. Al término de cada sesión, se les preguntó cómo se sentían y si querían continuar con las próximas entrevistas; sólo dos parejas decidieron no continuar en la investigación.

En el aspecto ético, se les proporcionó algunos apoyos a las parejas participantes, pues si bien al ser entrevistadas recordaron algunos episodios de su vida y reconstruyeron sus experiencias dentro y fuera del Instituto de Salud, lo anterior implicó en algunas personas evocar emociones fuertes y no placenteras. En ese sentido, al finalizar con el total de las entrevistas, a la pareja se les regaló como agradecimiento por su participación el libro de Lara Cantú; *¿Es difícil ser mujer?. Una guía sobre depresión*, INP, 7ª impresión, 2004. En este libro se dan recomendaciones para las personas que están pasando por situaciones difíciles,

como es caso de la presencia de la infertilidad. Asimismo, se les proporcionó una lista de instituciones y Organizaciones no Gubernamentales que dan apoyo psicológico a bajo costo (Anexo 6).

## **I.4 Material Empírico**

Para llevar a cabo las entrevistas en profundidad audiograbadas, se construyó un **guión** (Anexo 7), en el cual se exploró el siguiente contenido: a) experiencias previas antes de su ingreso al Instituto de Salud; b) tipos de tratamientos alópatas y alternativos; c) significados de la presencia de infertilidad; d) relación médico-paciente; e) significados desde el rol de género; f) relaciones sociales y de pareja; g) parentesco. Es importante mencionar que el tema del cuerpo simbólico y el rol de género estuvieron presentes en cada apartado, pues estos temas fueron las guías básicas para la reconstrucción del sistema de representaciones.

Se construyó y aplicó una **ficha de identificación** (Anexo 5) para conocer su edad, fecha y lugar de nacimiento, residencia actual, estado civil, religión escolaridad y ocupación. Al término de cada entrevista se realizaron **fichas de trabajo**, colocando lo más relevante de la sesión. Éstas ayudaron para conocer quiénes son las personas entrevistadas.

## **I.5 Análisis de la información**

Se transcribieron las entrevistas en profundidad considerando las expresiones de cada participante. Asimismo, por respeto a la identidad de la/os participantes se recurrió al anonimato.

Se creó una lista de definiciones operacionales. A cada una de las definiciones se les dio contenido de acuerdo al Objeto de la investigación, y con base a las líneas teóricas conceptuales por tema (Anexo 8).

Para el análisis de las narrativas se utilizó el paquete *Atlasti v. 5.0*. La estructura de la información se dio con base a las definiciones operacionales creadas previamente. Posteriormente, se agrupó la información por temas, analizándose paralelamente con la teoría, lo cual permitió formular reflexiones.

## **I.6 Pero.... ¿Quiénes son las personas entrevistadas? \***

En este apartado se describirán brevemente algunas de las características de la/os usuarios entrevistados, así como los aspectos relevantes de cada caso. Dos parejas decidieron no continuar en el proyecto de investigación: Casos 2-A, 2-B y 13-A, 13-B. Caso 1- A.

Al momento de la entrevista, Virginia tenía 25 años de edad, nació en Tulpetlac, Estado de México el 30 de Abril de 1977. Desde hace más de cinco años reside en el Distrito Federal. Estudió la secundaria completa, se casó por régimen civil, su religión es la católica, se dedica al hogar, en algunas ocasiones realiza actividades manuales para colaborar económicamente en el hogar y, en específico, para ayudarle a su pareja en pagar los estudios y tratamientos que se realiza en el Instituto de Salud.

Virginia se atiende en el Departamento de Infertilidad y Esterilidad, ella es quien presenta el diagnóstico de infertilidad. Desde los 19 años de edad ha intentado embarazarse, pero hasta ahora no lo ha logrado. Durante el transcurso de las entrevistas, ella insistía en hablar sobre las explicaciones del *por qué* de la presencia de la infertilidad en su caso, la cual atribuía a la violencia que vivió en su infancia; es decir, para ella la presencia de la infertilidad fue resultado de los golpes recibidos

---

\* Por cuestión del anonimato se les asignó otro nombre a las y los participantes.

durante su infancia por parte de sus familiares. Virginia, a pesar de que está buscando embarazarse, está convencida que la maternidad no necesariamente implica el embarazo, sino es el hecho de cuidar a alguien; por lo que está dispuesta a la adopción, así como tiene la esperanza de que le regalen a un niño.

#### Caso 1 – B

Felipe es pareja de Virginia. Él nació el 14 de abril de 1961, tiene 41 años de edad, nació en el Distrito Federal. Estudió la carrera técnica en dibujo técnico y arquitectura, la cual ejerce.

Felipe no presenta problemas de infertilidad. Para él la situación es muy difícil, pero no por la cuestión de no poder embarazarse, pues él ya está resignado, sino la dificultad se vierte por el conjunto de consecuencias que, como pareja, les ha causado la presencia de la infertilidad, sobre todo la actitud de Virginia ante la situación: las constantes discusiones entre ellos, la irritación cotidiana por parte de ella, el coraje contra mujeres embarazadas, etcétera. Pero sobre todo, manifiesta que le da miedo vivir con una persona “amargada” por el hecho de no tener hijos propios. A él le da lo mismo la adopción.

#### Caso 3- A

Adriana nació el 28 de febrero de 1968 en el Distrito Federal, en el momento de la entrevista contaba con 34 años de edad. Actualmente vive en Cd. Nezahualcoyotl, Estado de México. Se casó a los 25 años de edad por el civil y la iglesia católica. Se dedica a la docencia y acaba de concluir sus estudios de licenciatura en Psicología Educativa.

En la primera entrevista platicó de diversos temas sobre la relación de la presencia de la infertilidad y lo relacionado con la familia, pareja y amigos. Para ella, al inició de

su ingreso al Instituto de Salud se sentía desesperada por querer embarazarse, pero al paso del tiempo la desesperación y el deseo por el embarazo disminuyó, y ahora le “da lo mismo” embarazarse o no.

Ella ingresó al Instituto de Salud como usuaria, es decir, ella era la que presentaba el “problema” pero después de un año de tratamientos le dan de alta con posibilidades de embarazo. Al transcurrir el tiempo, se da cuenta que el problema de infertilidad persistía y es cuando decide que se realice estudios su pareja, quien empezó a presentar problemas de reproducción y se le da el diagnóstico de infertilidad. Él acude al Departamento de Andrología y se le menciona que tienen como única opción la Fertilización In Vitro (FIV). Ambos han tomado la decisión de no continuar con los tratamientos, pero tampoco la adopción es una opción para ellos.

En el caso de esta pareja, se presentó un suceso que permite comprender parte del entendimiento de la percepción de la reproducción, vista como sinónimo del rol genérico femenino, ya que cuando se pensaba que ella era la que presentaba el diagnóstico de infertilidad y, por tanto, estuvo un largo tiempo en tratamientos de regulación de la fertilidad, en ese mismo periodo, su pareja se relacionó con otra persona con el fin de buscar un hijo. Para Adriana la situación de infidelidad le representó tristeza y argumentó que dicho acontecimiento en cierto momento la lastimó más que cuando le dieron la noticia que no podía tener hijos.

### Caso 3 – B

Oliver, pareja de Adriana, tiene 35 años de edad, nació el 17 de septiembre de 1968 en Chimalhuacán, Estado de México, pero desde hace 25 años vive en Ciudad Nezahualcoyotl. Estudió la preparatoria completa y actualmente es agente de viajes.

Él es quien presenta el diagnóstico de infertilidad, se atiende en el Departamento de Andrología. Aparentemente a él no le afecta mucho no poder tener hijos, pues lo sustituye con sus sobrinos, pero a pesar de lo anterior, antes de saber que él

presentaba el problema de fertilización por la baja cantidad de esperma, inició una relación extramarital con el fin de buscar una familia, pero al darse cuenta de que no podía lograr el embarazo con esa pareja, inmediatamente, intuyó la posibilidad de que él fuera quien tuviera el diagnóstico de infertilidad, por lo que decidió realizarse estudios y se dio cuenta de que efectivamente él era quien presentaba el “problema” y no su esposa, ni la otra pareja con la que vivía en ese momento. Ante esta situación, decidió buscar nuevamente a su esposa (Adriana) con la que ahora vive. En la actualidad ambos se atienden en el INPerIER.

A pesar de que los médicos le confirmaron que sólo por medio de FIV pueden lograr embarazar a su pareja, él aún insiste en seguirse haciendo estudios o buscar otras opciones de tratamiento, pues él no está resignado a no poder tener una familia “propia”.

#### Caso 4 –A

María nació en Pátzcuaro, Michoacán, pero actualmente reside en Iztapalapa, Distrito Federal. Al momento de la entrevista tenía 27 años de edad, está casada por “el civil”, y la iglesia católica. Estudió la secundaria completa y actualmente estudia corte y confección.

María lleva más de cuatro años de tratamientos, en los primeros tres años, ella era la que era atendida con médicos particulares y después en el Instituto de Salud, pero al final, fue su pareja quien presentó el diagnóstico de infertilidad. Esta situación, de atender en primera instancia a la mujer, es muy frecuente en el ámbito médico, pues la construcción de la percepción de la reproducción, vista como sinónimo de rol de género femenino, se repite e implica sospechar de manera inmediata que la mujer es la que padece infertilidad, descartando la posibilidad de que sea el varón. Lo anterior es importante de tomar en cuenta, pues para las mujeres resulta molesto tener que

pasar por tratamientos innecesarios, tanto como no obtener una atención paralela a la del varón.

Para María, la percepción de la presencia de la infertilidad, es una cuestión de pareja, independientemente de quién de los dos presente el diagnóstico de infertilidad. Lo anterior no la priva, de haberse sentido culpable al principio, cuando no sabía que su pareja era quien presentaba el diagnóstico; a tal grado fue la culpa que le pidió a su compañero que *“la dejara y se buscara otra pareja, quien le dé lo que ella no puede: un hijo”*

#### Caso 4 – B

Abraham es la pareja de María, nació el 18 de febrero de 1977 en el Distrito Federal, al momento de la entrevista tenía 25 años de edad. Terminó la secundaria y trabaja como chofer en el Departamento del Distrito Federal.

En la primera entrevista Abraham no quiso presentarse solo, por lo que su pareja lo tuvo que acompañar y esperarlo afuera hasta terminar la sesión. Para él, ha sido muy difícil la presencia de la infertilidad, sobre todo cuando le dicen que él es quien presenta el diagnóstico, pero también cuando ve a su pareja deprimida. Es interesante que hasta la segunda entrevista es cuando menciona que “tal vez” sea él quien presenta el diagnóstico de infertilidad, pues en sus argumentos le sigue atribuyendo el problema a su pareja, pues comentaba continuamente que su pareja tiene problemas de ovulación, cuestión que ya ha sido descartada por los médicos. La negación de la presencia de infertilidad es frecuente, pero en el caso de los hombres es más evidente. Para esta pareja la única opción con la que cuenta para lograr el embarazo es a través de la inseminación artificial.

## Caso 5 - A

Lulú nació en el Distrito Federal el 9 de diciembre de 1969, cuando se entrevistó contaba con 33 años de edad. Actualmente vive en Tláhuac, Distrito Federal. Está casada por el civil y la iglesia católica. Estudió la licenciatura en administración de empresas, pero en la actualidad se dedica a dar clases de manualidades en un centro comunitario.

Lulú lleva más de siete años en tratamiento en el Instituto de Salud, antes ya había acudido a otros servicios médicos. Ella es la que presenta el diagnóstico de infertilidad. Para ella, su “problemática” es resultado del consumo de pastillas hormonales que tomó por 10 años para poder lograr embarazarse, así como también lo atribuye a las jornadas largas y la presión laboral que tuvo cuando trabajaba en un banco, motivo por el que dejó de trabajar “formalmente”.

## Caso 5 – B

Javier, pareja de Lulú, nació el 24 de septiembre de 1966 en el Distrito Federal, actualmente radican en él. Terminó la preparatoria y cursó el primer semestre de arquitectura. Trabaja como gerente de cobranza en una empresa privada.

Casi todo el tiempo de las entrevistas manifestó estar triste por la situación, pues comentaba que le encantaría poder tener un hijo para poder jugar con él, aunque para Javier *“el haberse casado no tenía como fin solamente tener hijos, pues lo principal es la pareja, alguien con quien compartir”*.

A pesar de que sabe que su pareja es la que presenta el diagnóstico de infertilidad, no descarta la posibilidad de que él pudiera también presentar problemas en su reproducción, por lo que ha decidido someterse a tratamientos alternativos con su pareja. Ambos consideran la adopción como una opción.

## Caso 6 – A

Natalia nació el 29 de Abril de 1966, al momento de la entrevista contaba con 37 años de edad. Es casada por el civil y la iglesia, su religión es la cristiana. Es profesora de primaria y terminó la licenciatura en administración. Actualmente se dedica a la docencia en una primaria pública, también tiene un negocio de artesanías. Ella presenta endometriosis y su pareja tiene problemas en la producción de espermatozoides, por lo tanto, ambos están diagnosticados con infertilidad y son tratados en los servicios correspondientes.

Para Natalia, la presencia de la infertilidad está más inclinada al problema de su pareja, ya que comenta que ella, con una operación, puede quedar bien (ya la han operado, pero al poco tiempo vuelve a formarse la endometriosis)

Ella considera que ya ha superado el no tener hijos, que lo más importante es la relación de pareja. Para ella, la presencia de la infertilidad no ha causado problemas al interior de su relación, por el contrario los ha unido más, pues el comportamiento de su compañero es de amabilidad y complacencia para con ella. Dicho comportamiento de su pareja lo atribuye a que él sabe que comparten el diagnóstico.

## Caso 6- B

Rafael tiene 41 años de edad, nació en Xochicuitlán, Hidalgo, el 20 de octubre de 1961. A los 17 años de edad se vino a vivir al Distrito Federal. Es pareja de Nathalia, aunque se casó por la iglesia, menciona que no tiene religión. Estudió para profesor de primaria y a eso se dedica.

Para entrevistar a Rafael tuve que ir a su casa, pues lo habían operado de los testículos, resultado de las complicaciones que ha venido presentando. Y de hecho, para él la cirugía representaba una esperanza para producir espermatozoides suficientes y

sanos, siendo esta operación la más reciente que se realizó para la búsqueda del embarazo de su compañera, pues anteriormente ya se había sometido a otras.

Rafael reconoce que para él es más difícil, en comparación con su pareja, aceptar que no pueden embarazarse, no logra resignarse como ella. Para ambos la adopción no sería una opción, pues argumenta que: *“no sería lo mismo tener un hijo adoptivo que uno natural, puesto que el primero no llevaría mi sangre”*.

### Caso 7 – A

Cecilia nació el 8 de agosto de 1977 en el Distrito Federal; al momento de la entrevista tenía 25 años de edad. Se casó sólo por el civil, pero su religión es la católica. Estudio hasta la primaria, actualmente trabaja como obrera en una fabrica de trajes internacionales para caballero. Ella y su pareja presentan infertilidad.

Cecilia ha llegado a embarazarse en tres ocasiones, las cuales han desembocado en abortos. Debido al primer y tercer embarazo, ha perdido partes de su cuerpo, en el primero: la trompa de Falopio izquierda y, en el segundo, la otra Trompa de Falopio y un ovario. De hecho, por su situación corporal algunos médicos de otras instituciones de Salud, como el Seguro Social, le comentaron que ya era una mujer estéril, sin posibilidades de volverse a embarazarse. Otras opiniones médicas como las del Instituto de Salud en el cual se realizó el trabajo, descartaron la imposibilidad de embarazo, por lo que siguen en tratamiento. Su pareja presenta diabetes, lo que hace aún más difícil el embarazo.

Ella comentó que ya está cansada de tanto tratamiento, pero no los ha dejado por no “hace sentir mal a su esposo y no quitarle una ilusión”. Algo interesante es que, como pareja, nunca planearon sus tres embarazos, se llegaban a enterar cuando Cecilia comenzaba con problemas y, posteriormente, se presentaba el aborto.

## Caso 7 – B

Joel nació el 29 de mayo de 1969 en la ciudad de México, al momento de la entrevista contaba con 34 años de edad. Estudió hasta el segundo semestre de la licenciatura en derecho en la ENEP Acatlán. Actualmente es mensajero y realiza actividades como auxiliar administrativo en una empresa inmobiliaria que pertenece a su hermano.

Joel, es la pareja de Cecilia. Él padece de diabetes desde los 18 años de edad, lo que le ha causado la presencia de la infertilidad, pues presenta disfunción eréctil y falta de eyaculación. Pero para Joel, la presencia de la infertilidad en su relación se debe a la falta de información por parte del personal médico cuando se presentaron los tres embarazos que terminaron en abortos, aunque también reconoce que la falta de cuidado de su enfermedad (diabetes) es motivo de la presencia de infertilidad. Para Joel, la infertilidad no es una enfermedad, sino, consecuencia de los descuidos en su salud.

A pesar de ser candidatos para RA con pocas posibilidades de embarazarse, él comenta que no pierde la esperanza de procrear de manera “natural” sin ninguna técnica reproductiva. Para Joel, el tener un hijo es lo más importante, pues *“vendría siendo el motor de mi vida”*.

## Caso 8 – A

Nora, al momento de la entrevista, tenía 36 años de edad. Nació el 26 de noviembre de 1966 en Montelongo, municipio de Dolores Hidalgo, Guanajuato. Actualmente vive en Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México. Se casó por el civil y la iglesia católica desde hace 14 años.

Nora lleva más de doce años intentando nuevamente embarazarse, pues a los dos años de casada se embarazó presentando complicaciones, lo que acabó en un aborto espontáneo, por lo que tuvo que acudir al médico para que le hicieran un legrado. Posteriormente se volvió a embarazar, pero tampoco “se logró”.

Después de un tiempo, decidieron comenzar con tratamientos. El problema radica en tener alta la prolactina; asimismo, le detectaron problemas en la trompa de Falopio izquierda, por lo que tuvieron que quitársela. Como resultado de lo anterior, pasaron a ser candidatos al departamento de RA. A Nora ya le han realizado dos Fertilizaciones In Vitro FIV, sin resultados positivos.

#### Caso 8 – B

Carlos, al momento de la entrevista, tenía 39 años de edad. Nació el 2 de Agosto de 1964 en Ciudad Nezahualcoyotl, es pareja de Nora. Terminó la primaria completa y desde muy joven se ha dedicado a estudiar música con amigos y conocidos, actualmente toca la trompeta en un grupo de mariachis.

A él le han hecho algunos estudios y en su mayoría ha salido bien, pero sí le han detectado algunas Infecciones de transmisión sexual (ITS) y en específico Herpes genital. De hecho, la presencia de las ITS ha complicado que resulten bien los dos intentos de FIV.

La presencia de la infertilidad ha llevado a la pareja a alejarse de sus respectivas familias, debido a la presión de éstas. Carlos manifiesta que continuarán con los tratamientos hasta que su pareja decida ya no seguir, pues para él la pareja es más importante que un hijo.

## Caso 9 – A

Blanca nació en Puebla, Puebla, el 9 de febrero de 1968. Cuando se le hizo la entrevista tenía 35 años de edad. Desde hace 25 años radica en el Distrito Federal. Actualmente vive en Azcapotzalco. Vive en unión libre desde hace nueve años, es católica, estudió la secundaria completa y se dedica al hogar.

Su compañero actual es su segunda pareja. Ella se casó por primera vez a los quince años de edad, de este matrimonio tuvo un hijo que ahora tiene 16 años. Cuando su hijo tenía cuatro años de edad se separó de su esposo, quien se quedó con el hijo. Cuando ella tuvo a su hijo, decidió operarse y se realizó la salpingoclasia para no volver a embarazarse, pues la experiencia en su matrimonio no era buena.

Después de un año de separación conoce a su actual pareja, a quien le comenta que ya no puede tener hijos, pero después de un tiempo, él le pide que tengan un hijo y le propone someterse a tratamientos.

Tiene diagnóstico de infertilidad secundaria, lleva más de siete años en tratamientos, entre ellos, laparoscopia y tres FIV, sigue dispuesta a realizarse la cuarta FIV con tal de embarazarse, pues ahora su mayor temor es que su pareja la deje por no poder procrear hijos.

## Caso 9 – B

Pablo nació el 18 de Julio de 1959 en Atempán, Puebla; desde hace 22 años se vino a vivir al Distrito Federal, actualmente radica en Azcapotzalco. Es católico y estudió hasta el segundo año de secundaria. Labora realizando varios oficios como son chofer de microbús, plomería y albañilería, entre otros.

Pablo es pareja de Blanca. Él también ya había estado casado. De ese matrimonio tuvo dos hijos que ahora ya son adultos y a quienes frecuenta muy poco. Cuando

decidió vivir con su pareja actual, él ya sabía que ella no podía embarazarse, pero con el tiempo le pidió a su pareja que se embarazara.

Comenta que desde que se casó, él se ha hecho cargo de los gastos de su casa, pues según él *“le corresponde por ser el hombre”*. No permite que su esposa trabaje, ni que sus familiares lo apoyen; de hecho, nadie sabe que se están realizando estudios y sólo dos de los hermanos de él lo saben.

Para él, lograr un hijo con su pareja actual, sería lo mejor que le pudiera pasar, ya que comenta que con respecto a sus dos primeros hijos: *“no los siente suyos”*.

#### Caso 10 – A

Karina nació el 26 de Julio de 1969 en el Distrito Federal. Contaba con 35 años de edad cuando se le hizo la entrevista, actualmente vive en la Delegación Iztacalco. Se casó por el civil y la iglesia católica, no terminó la preparatoria. En este momento se dedica al comercio, tiene un puesto de legumbres y verduras, aunque comenta que está buscando otro trabajo para completar su gasto.

Karina lleva más de seis años en tratamientos. Los primeros cinco años se trató con médicos particulares, quienes no le realizaron estudios referentes a la regulación de su reproducción, sino para normalizar su menstruación. En el Instituto de Salud le diagnosticaron problemas hormonales que tienen solución, por lo que continúa en tratamiento, pero, de hecho, la presencia de infertilidad no es por ese motivo, pues al regularle el nivel hormonal puede embarazarse. El motivo de la presencia de infertilidad es por el lado de su pareja, a quien le detectaron poca producción de esperma y baja movilidad. Siendo entonces él quien presenta el diagnóstico de infertilidad. Ella comenta que no quiere decirle a su pareja que el médico la descartó del diagnóstico de infertilidad, pues haría sentir mal a su pareja al saber que sólo él es el del *“problema”*.

Según Karina ya superó no poder tener hijos, dice que para ella es más difícil que para su pareja, puesto que él se deprime más rápido pues le cuesta trabajo aceptarlo. Asegura que seguirá con tratamientos hasta que el médico la dé de alta. Pero no descarta la idea de la adopción.

#### Caso 10 – B

Julio nació en el Distrito Federal el 5 de noviembre de 1958, es pareja de Karina. Terminó la preparatoria completa y se dedica al comercio.

Julio es quien presenta el diagnóstico de infertilidad. Para él la situación es difícil y lo hace sentir mal, sobre todo porque no ha logrado que su pareja sea madre. La pareja es candidata para RA.

Para él, los tratamientos son pesados y muy penosos, sobre todo, cuando les piden muestras de semen, pues argumenta que: *“esa actividad que era privada se vuelve pública”*, y eso le incomoda. Por otra parte, también le ha sido difícil sobrellevar los comentarios de sus amigos, ya que dice que son: *“muy agresivos y violentos”*, y que lo hacen sentir “menos”, por el hecho de no tener hijos.

Él considera que se valora más a un hijo que se busca con esfuerzo, como es su caso, que aquel que se da fácilmente.

#### Caso 11 – A

Paula nació el 11 de marzo de 1971 en Santa Ana Jilotzingo, Estado de México. En el momento de la entrevista tenía 33 años de edad. Terminó la secundaria completa, es casada por el civil y la religión católica. Desde que se casó vive en San Antonio Tepetitlán, Texcoco. Se dedica con su pareja a la fabricación y comercio de pan, sus días de trabajo son los fines de semana y días festivos en ferias de pueblos.

Tanto ella, como su pareja presentan diagnóstico de infertilidad. Ella tiene endometriosis, lleva más de seis años en tratamiento. En los seis primeros meses que se da cuenta que no puede embarazarse decide acudir con una señora a sobarse<sup>♠</sup>; posteriormente, empezó a ir con médicos, pero hasta ahora sigue tratándose con medicina alternativa. También ha intentado la adopción, pero por cuestiones de requisitos se lo han negado, por lo que está buscando quien le regale un bebé.

Ya lleva dos intentos de inseminación artificial; en el momento de la entrevista Paula se estaba preparando para una tercera inseminación. Ella está dispuesta a realizarse una FIV, aunque los médicos le digan que no hay posibilidades.

Su relación de pareja se ha deteriorado por la falta de un hijo y, de hecho, han llegado a plantearse la separación.

#### Caso 11 B

Agustín, al momento de la entrevista contaba con 37 años de edad. Nació el 28 de febrero de 1968 en Tepetitlan Chiautlan, Texcoco. Es la pareja de Paula y ambos se dedican al comercio de pan. Agustín estudió la secundaria completa.

Él es usuario del Departamento de Andrología, pues su problema reside en la poca cantidad de esperma que produce debido al conjunto de infecciones de transmisión sexual que ha tenido. Agustín no acepta que también sea él quien presenta infertilidad, para él su compañera es la única que presenta el diagnóstico, lo que lo ha llevado a pensar en varias ocasiones en dejarla.

Ha estado en diversos tratamientos de los cuales ya se siente cansado y manifestó que lo único que quiere es tener un hijo, ya sea propio, regalado o adoptado.

---

<sup>♠</sup> Sobarse es una solución alternativa, la cual consiste en acudir con un especialista en el tratamiento. Dicho procedimiento, consiste en sobar el cuerpo, ya sea para acomodar partes u órganos internos y/o nivelar la temperatura corporal.

## Caso 12 – A

Georgina, al momento de la entrevista tenía 36 años de edad. Nació el 9 de mayo de 1968 en el Distrito Federal. Actualmente vive en Nezahualcoyotl Estado de México. Es casada por el civil y la iglesia católica. Tiene la preparatoria completa y se dedica al hogar.

Georgina ha tenido tres eventos reproductivos los cuales han terminado en abortos. Para ella es difícil explicarse del todo qué es lo que sucede, ya que sí logra embarazarse, pero no llegan a término el embarazo. El asunto es que su pareja es quien presenta infertilidad, pues la calidad y cantidad de los espermias no son los adecuados. Si bien su propósito es embarazarse y tener un hijo vivo, en este momento embarazarse le provoca miedo, pues para ella es traumático saber que está embarazada y que, en cualquier momento, lo puede abortar.

También el estar bajo tratamiento, ha sido difícil ya que desde entonces no trabaja, pues su problema radica en no retener el embrión, por lo cual le prohíben realizar actividades y debe estar el mayor tiempo en reposo. Estar en tratamiento la desespera, pues ha dejado de hacer sus actividades cotidianas por la búsqueda del embarazo.

## Caso 12 – B

Mario nació en el Distrito Federal el 15 de enero de 1972. Al momento de la entrevista tenía 33 años de edad. Actualmente vive en Nezahualcoyotl, Estado de México. Estudió la mitad de la preparatoria y es chofer de transporte público. Es pareja de Georgina.

Mario es quien presenta infertilidad, pues su problema radica en la poca calidad y cantidad de esperma, consecuencia de las constantes de infecciones de transmisión

sexual que ha tenido. Para él, la presión por parte de la familia es más fuerte que la de los amigos, ya que con éstos últimos siente mayor comprensión.

Él considera que la presencia de la infertilidad le afecta en mayor medida a su compañera que a él, pues a él no le afecta tanto la presencia de la infertilidad como tal, sino las consecuencias que se presentan en la pareja, pues argumenta que le molesta cómo su esposa maneja la situación, pues para ella la solución inmediata que propone cuando conversan sobre el tema es la separación.

Pero sí reconoce que el ser padre es una realización personal, es una manera de tener una familia completa.

#### Caso 14 – A

Lorena, al momento de la entrevista tenía 35 años de edad. Nació el 21 de febrero de 1969 en el Distrito Federal. Está casada por el civil y la religión católica. Actualmente se dedica al hogar, aunque a veces le ayuda a su esposo en su taller de serigrafía, sin recibir sueldo.

Para Lorena, quien es la que presenta el diagnóstico de infertilidad, no tiene ningún problema si no puede llegar a ser madre, a pesar de que está a expensas de lo que le digan los médicos. Los tratamientos a los que se ha sometido no le han causado problema; según ella, ni si quiera dolor, sólo un poco de aumento de peso.

Aparentemente para ella, la presencia de la infertilidad no le causa problema alguno, pues tampoco la presión social y familiar le afecta. Pero a pesar de dicha indiferencia, sus argumentos van en el sentido de someterse a todos los tratamientos posibles. De hecho, ha pensado en contratar un vientre o pedirlo prestado, y de manera concreta, el vientre de su hermana.

#### Caso 14 –B

Gabriel nació el 7 de octubre de 1962 en Cuernavaca Morelos, al entrevistarle contaba con 42 años de edad. Es licenciado en Diseño Industrial. Actualmente se dedica a la publicidad e impresión, trabaja por su cuenta.

Es pareja de Lorena. A él no le preocupa en este momento tener hijos, aunque no sabe si después se puede arrepentir. Una de las cuestiones que le han molestado del Instituto de Salud es que no lo dejan pasar a consulta con su pareja, y para él acompañar a su pareja es importante, pues considera que la infertilidad es de la pareja, independientemente de quién es el o la que presente el diagnóstico, y por tanto, ambos deben saber en qué consisten los estudios y tratamientos. A él lo que más le preocupa es que su pareja se ponga triste por la presencia de la infertilidad.

#### Caso 15 – A

Al momento de la entrevista Marta tenía 33 años de edad. Nació en el Distrito Federal, pero desde que se casó, hace más de seis años, radica en Toluca, Estado de México. Esta casada por el civil y la iglesia católica. Estudió la secundaria completa y se dedica al hogar, en algunas ocasiones vende productos de *Avon* y cobertores para “ayudarle a su pareja”.

Marta tiene más de dos años tratándose en el Instituto de Salud, y después de varios estudios, ya la dieron de alta, pues ha salido bien, pero al que le detectaron el “problema” es a su pareja, quien es tratado en el Departamento de Andrología. Para ella, el que le hayan dicho que no era la que presenta infertilidad ha sido un alivio, por que su esposo la culpaba. Pero a pesar de lo anterior, ella insiste que tal vez tenga frágil la matriz, ya que ha tenido dos embarazos que han culminado en abortos, pero reconoce que, en parte, su pareja tiene culpa, pues también argumenta que los espermatozoides de su esposo no son “sanos” y por ese motivo no se da la implantación.

Ella considera que la presencia de la infertilidad es una prueba que Dios le está poniendo para ver “hasta dónde aguanta”.

En este momento, la única opción que tienen para lograr el embarazo es realizarse la inseminación artificial. Esta idea no les satisface a la pareja y han decidido buscar otras opiniones con médicos particulares. Piensa seguir con los tratamientos hasta que cumpla 35 años de edad, con mayor edad ya no continuaría con ellos.

#### Caso 15 - B

En la entrevista, Silvio tenía 43 años de edad. Nació el 11 de septiembre de 1961 en el Distrito Federal. Desde hace ocho años vive en Toluca, Estado de México. Estudió la secundaria completa, actualmente es pintor de casas.

A Silvio le diagnosticaron infertilidad después de dos años que venían tratando a su pareja (Marta). Según los médicos, Silvio produce muy poco espermatozoides debido a infecciones testiculares, pero para él, la causa principal es su actividad laboral, ya que es pintor de casas, y parte de su material de trabajo son solventes, por tanto, considera que los químicos lo afectaron en su reproducción. Por el diagnóstico que presenta él, la pareja es candidata a RA.

#### Caso 16 – A

Sonia nació el 25 de septiembre de 1970 en Distrito Federal, actualmente vive ahí. En el momento de la entrevista tenía 34 años de edad. Está casada por el civil y la iglesia católica. Estudió la licenciatura en psicología y se dedica al hogar, pero en algunas ocasiones le ayuda a su esposo en la venta de bolsas.

Ella es la que presenta el diagnóstico de infertilidad. Desde hace más de cinco años se enteró que presentaba infertilidad, y se dio cuenta cuando dejó de usar

anticonceptivos y no se embarazaba. Luego de estar en tratamiento de Reproducción Asistida se preñó, pero el embarazo fue múltiple (siete embriones), lo que ponía en peligro su vida. Por tal motivo se decidió que abortara; desde este evento, no ha podido embarazarse nuevamente. Desde entonces es atendida en el Departamento de RA.

Por el tipo de tratamientos que requieren, su economía se ha complicado, por lo que han tenido que irse a vivir con sus padres. Ella decidió que hasta los 35 años de edad intentará embarazarse, después ya no lo buscaría.

#### Caso 16 – B

Ernesto nació 3 de diciembre de 1969 en el Distrito Federal. Al momento de la entrevista tenía 35 años de edad, es pareja de Sonia. Estudió preparatoria completa y se dedica al comercio de bolsas para mujer.

Ernesto no ha presentado diagnóstico de infertilidad. Según él, no le afecta la ausencia de hijos, para él lo importante es la pareja. La parte que sí le afecta es su situación económica, pues argumenta que desde que comenzaron con los tratamientos para la regulación de la fertilidad su economía ha bajado y ha tenido que trabajar sólo para solventar el gasto de los tratamientos; otro asunto que le ha afectado, es tener que irse a vivir con sus suegros por no tener suficiente dinero para pagar la renta.

#### Caso 17 – A

Juana nació el 8 de julio de 1970 en Jujutla Morelos, cuando se entrevistó tenía 34 años de edad. Actualmente vive en el Distrito Federal. Está casada por el civil y la iglesia católica. Estudió la preparatoria completa y trabaja como secretaria en una empresa textil.

Ella es la que presenta el diagnóstico de infertilidad, se atiende en el Departamento de Reproducción Asistida. Ya le han realizado Fertilizaciones In Vitro, pero no ha logrado el embarazo. Para ella, presentar infertilidad la ha frustrado, no se siente del todo mujer por el hecho de no lograr sus embarazos a término, pues ella ha tenido dos embarazos ectópicos que han terminado en abortos y por los cuales ha perdido ambas trompas de Falopio. Otra cuestión que le preocupa es su pareja, pues comenta que para todo hombre es importante ser padre, y que ella no ha podido lograr que su pareja lo sea. No considera como opción la adopción.

#### Caso 17 – B

Gustavo nació el 8 de noviembre de 1969 en Iguala, Guerrero. Al momento de la entrevista contaba con 35 años de edad. Gustavo es licenciado en informática y cuenta con la maestría en computación. Actualmente trabaja en las oficinas de Desarrollo de Sistemas en SISA. Es pareja de Juana.

Para él, el tiempo le ha permitido minimizar la tristeza y la frustración de no poder tener un hijo propio, pues la opción de adoptar no está contemplada. Él considera que los momentos más difíciles que han pasado como pareja es cuando están sometidos a tratamientos, por la esperanza que implica realizarlos y, por otra parte, por que sabe que su pareja es la que más lo padece en términos de dolor físico.

#### Caso 18 – A

Al momento de la entrevista, Andrea tenía 24 años de edad. Nació en Tlapujagua, Michoacán el 25 de diciembre de 1980. Actualmente vive en Iztapalapa, Distrito Federal, está casada sólo por el civil y su religión es la católica. Estudió hasta la secundaria y se dedica al hogar.

Ella es la que presenta el diagnóstico de infertilidad. Desde que se casó, cuando tenía 15 años de edad, no se ha podido embarazar. Le han realizado varios estudios, pero sobre todo tratamientos de Reproducción Asistida (tres *In Vitro*). Pero a pesar de los nulos resultados en los tratamientos, insiste en seguir realizándose más, hasta que los médicos la den de alta, pues la opción de adoptar no es del todo contemplada, la considera como la última opción.

#### Caso 18 – B

Emilio nació el 18 de Julio de 1976 en Tlaxcoapan, Estado de Hidalgo. Al momento de la entrevista contaba con 28 años de edad, y su religión es la católica. Estudió hasta el tercer trimestre de bachillerato y se dedica a la venta de tamales y atole en un puesto ambulante. Es la pareja de Andrea.

Para Emilio la situación que están pasando como pareja por la presencia de la infertilidad es triste, pero sobre todo le causa preocupación su compañera, pues él considera que le afecta más a ella la situación, sobre todo por que es ella quien padece la infertilidad.

A Emilio le han hecho algunos estudios para descartar que no sea también él quien presente infertilidad. Sólo en una ocasión presentó una Infección de Transmisión Sexual (ITS), pero sin indicios de infertilidad. Para él, la adopción sería la última opción a considerar.

## CAPÍTULO II

### II.1 LA INFERTILIDAD. PRÁCTICAS Y USOS DESDE LA MEDICINA<sup>♠</sup>

Dentro del conjunto de discursos alrededor de la salud-enfermedad, se encuentra el pensamiento médico occidental que, en parte, se basan en la ciencia, con cierta tendencia a dar respuestas "únicas y verdaderas" ante cualquier padecimiento, malestar, enfermedad o afección, lo que en ocasiones envuelve definiciones universales y, por ende, tratamientos.

El interés de considerar un apartado sobre el discurso médico de la infertilidad, se sustenta en el propósito de tener antecedentes de cómo han sido entendidos y manejados los problemas de infertilidad en el campo médico, y cómo este pensamiento médico no sólo se reproduce en su ámbito, sino a través de la relación médico-paciente, se transmite la percepción "...científica" al resto de las personas (usuaria/os), influyendo en el comportamiento de éstos últimos dentro del sistema salud-enfermedad-atención. Es decir, se da una "...conciencia médica generalizada, difundida en el espacio y tiempo, ligada a cada existencia individual, pero al mismo tiempo a la vida colectiva de la nación. Esta conciencia es lo que hace posible que la falta de un hijo se perciba como <<enfermedad>> y se pida una solución al cuerpo médico" (Tubert,1991:7).

Lo cierto es que mundialmente la infertilidad es considerada como un problema de salud reproductiva. Pero a pesar de ser diversos los problemas de infertilidad entre los países, comparten en común, el agobio y frustración de los afectados por no concebir hijos. En los países en desarrollo, la demanda por servicios médicos especializados a veces no llega a cubrirse, pues tienden a agotarse los recursos de atención de salud, ya que los servicios son costosos y largos. Para los especialistas

---

♠ Los términos médicos se encuentran en el Anexo 1

en Salud Pública, la infertilidad no es un problema exclusivo de la salud, sino también un problema social que exige cambios en el comportamiento del personal de salud (Rosenfield,1994).

Para comenzar, es importante aclarar que dentro del propio ámbito médico existen discrepancias en el entendimiento y uso de los conceptos de esterilidad o infertilidad, puesto que a veces son utilizados indistintamente. De hecho, en los últimos tiempos se ha dado una tendencia en denominar a la esterilidad como infertilidad, con el fin de homogenizarla a nivel mundial (Bustos,2000) y, en otras ocasiones, se plantean las posibles diferencias en su uso.

Según los expertos del ámbito médico, la esterilidad es definida como "la incapacidad de una pareja para lograr una concepción después de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva; mientras que infertilidad implica la capacidad de lograr concepciones, pero no hijos viables" (Pérez,1997:2). En el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) de la ciudad de México, se considera que la esterilidad "debería reservarse para aquellas parejas en las cuales no se han cumplido las expectativas de embarazo, secundario a la gravedad del propio padecimiento o ante la falta de éxito reproductivo, después de haber sido sometidos a tratamientos encaminados a restaurar la fertilidad" (Bustos,2000:273). La infertilidad es considerada como "la incapacidad para lograr un embarazo, después de 12 meses de relaciones sexuales frecuentes, sin la utilización de métodos anticonceptivos" (Bustos,2000:273).

En el caso de la esterilidad se habla de dos tipos: la primaria, es cuando nunca se ha logrado un embarazo; y la secundaria, por el contrario, es cuando se ha dado la presencia de embarazos previos. Según la Sociedad Americana de Fertilidad, al primer tipo de esterilidad, es denomina como infertilidad, y a la segunda aborto habitual. Cada vez hay más autores que utilizan ambos conceptos de manera indistinta. Por ejemplo, hay quienes entienden la infertilidad como susceptible de corrección y la esterilidad irreversible o absoluta (Pérez,1997:2). Para fines del

presente trabajo, se utilizará la definición de infertilidad que considera los lineamientos que proporciona el INPerIER, pues éste se acerca más a la situación de las parejas del estudio, ya que éstas aún son tratadas en los diferentes departamentos de este Instituto de Salud, sin ser dadas de alta hasta el momento de terminar esta investigación.

La percepción médica clasifica la infertilidad por sexo. Esto es, puede ser femenina o masculina. La infertilidad femenina consiste u obedece a una serie de causas: metabólicas, endócrinas, vaginales, cervicales, uterinas, tubarias, ováricas psíquicas y coitales; y la infertilidad masculina, se le atribuye las siguientes causas: coital y anomalías de los espermatozoides como azoospermia, oligospermia, espermatozoides anormales, también se diagnostica infertilidad cuando aparecen complicaciones testiculares, de pene y uretra, próstata y vesículas seminales (Benson,1995).

De acuerdo a los factores causales, la frecuencia aproximada, con la que se presenta en el mundo, es la siguiente: factor masculino, 25-30%; ovárico, 20-30%; tubario,15-20%; cervical,5-10%; causa desconocida, 5-10%. El factor edad es importante en la presencia de infertilidad o esterilidad, ya que en el caso de la mujer el nivel alto de fertilidad, se da entre los 24 y 26 años, declinando gradualmente con la edad. Lo anterior, debido a que pueden llegar a presentarse alteraciones en la función ovulatoria o en la viabilidad del óvulo, así como la declinación tubaria, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria y disminución de la frecuencia coital; en el caso del hombre, el declive de fertilidad se da a partir de los 35 años (Pérez,1997). Por lo anterior, los médicos recomiendan que en parejas menores de 35 años, después de 24 meses de no haber logrado un embarazo, comiencen con estudios y tratamientos; para las parejas mayores de 35 años el intervalo indicado de espera para iniciar los tratamientos debe ser de 12 meses (Bustos,2000).

En las últimas décadas del siglo XXI, algunos médicos comenzaron a reconocer otros causales del por qué de la presencia de infertilidad, aunado con las

explicaciones meramente biofisiológicas. Éstas interpretaciones consideran como factores causales algunos factores psicológicos y sociales de las personas o parejas afectadas; por ejemplo, son factores de riesgo de la infertilidad, el tabaquismo, consumo de alcohol, café, marihuana, cocaína, la falta de ejercicio físico, el sobre peso de la mujer, irregularidades menstruales con ejercicio intenso, la presencia de amenorrea, la frecuencia de disfunción ovulatoria.

También es interesante conocer cómo la calidad de las respuestas psico-emocionales son indicadores de la presencia o no de embarazo. En el INPerIER se ha comprobado que algunas mujeres previamente diagnosticadas con infertilidad, que llegan a tener contacto con institutos de tercer nivel que se especializan en problemas de infertilidad, en el primer mes de ingreso presentan embarazos espontáneos (Bustos,2000), lo que implica que el estado emocional es básico para lograr un embarazo. Digamos que aquellos médicos que consideran que la presencia de la infertilidad es multifactorial, responden a la definición de salud dada por la OMS<sup>3</sup>, colocando el “problema de la infertilidad” como un campo de estudio con un abanico de posibles respuestas.

Alrededor de la infertilidad se ha construido una serie de representaciones míticas culturales, como la creencia de que una mujer no se puede embarazar por ser muy aprehensiva, tener solamente relaciones cuando ocurra la ovulación, el tratar con hormonas tiroideas, la adopción de un niño para resolver temporalmente el problema, realizar una dilatación cervical, el tener un útero infantil que impida la fertilización o la creencia de que los nuevos métodos anticonceptivos causan problemas de infertilidad o esterilidad, etcétera (Pérez,1997). Esto último es parte de la construcción de la relación médico-paciente, aunque a veces no se mencionan las creencias al momento de la consulta, éstas se encuentran presentes a pesar de la soluciones dadas por el médico. El hecho de que en la consulta médica alópata no se consideren como parte del diálogo las representaciones míticas de los usuarios,

---

<sup>3</sup> La salud es entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades (Hanlon,1973:5)

nos lleva a pensar que se construye una relación médico–paciente asimétrica, pues sólo el pensamiento científico es el que fluye.

Las soluciones dadas por la medicina ante los tipos de infertilidad, radican en una serie de tratamientos que abarcan medidas generales, médicas y quirúrgicas, así como la inducción de la ovulación e inseminación artificial para la mujer y para el hombre, respectivamente (Benson,1995). Para fin del presente trabajo, considero necesario mencionar algunos de los tratamientos para regular la fertilidad que se dan a nivel mundial. Se encuentran los tratamientos convencionales, algunos se basan en la toma o inyección de hormonales, cirugías que tiene como fin la regulación o extracción de ciertas partes del órgano reproductivo masculino o femenino. También se encuentran las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), que son entendidas como el “empleo de tecnología altamente especializada que sustituye o complementa al contacto sexual para que la fertilización ocurra” (Pérez,1997:644). Por tanto, el término Reproducción Asistida “engloba todas aquellas técnicas en donde el equipo médico manipula los gametos, masculinos o femeninos, el sitio de concepción o los embriones” (INPer, 2003:131)

Citaré cada uno de los tratamientos y una breve explicación de éstos, conforme los vaya mencionando aumenta el grado de complejidad y de tecnologización de los procedimientos. Comenzaré con la Inseminación Terapéutica, que consiste en depositar los espermatozoides de la pareja en el útero de la mujer sin contacto sexual, la técnica común es la intrauterina, aunque también existe la intracervical, vaginal, intraperitoneal e intrafolicular, así como la técnica de procesamiento de los espermatozoides. Otro tratamiento, es la llamada *Perfusión Espermática a Oviductos* (FSP, Fallopian Sperm Perfusion), la cual tiene el mismo procedimiento que la anterior, pero la diferencia es que se insemina un mayor volumen de medio de cultivo con espermatozoides; la *Fertilización In Vitro* (FIV) y la *Transferencia de Embriones* (TE) es la unión del óvulo y el espermatozoide fuera del cuerpo humano, ahí se mantienen en buenas condiciones para que el óvulo sea fertilizado y se desarrolle en diferentes estadios. Posteriormente, estos embriones se trasladan a la cavidad

uterina y ahí prosigue su desarrollo; de hecho, ésta es una de las técnicas que actualmente se practica en todo el mundo. También existe la *Fertilización In Vitro con embriones congelados*. Su procedimiento consiste en trasladar el embrión previamente descongelado a la cavidad uterina, lo cual aumenta la posibilidad de un embarazo; otra técnica es la *Transferencia Intrauterina de Gametos* (GIFT, por sus siglas en inglés); la intención de esta técnica es mejorar los resultados que tiene la FIV, y consiste en colocar por laparoscopia o minilaparotomía, espermatozoides y ovocitos en la porción ampular de un oviducto para que ahí se realice la fertilización. Esta técnica fue pensada para mujeres que tuvieran por lo menos una trompa de Falopio en buen estado; la *Transferencia Intratubaria de Embriones* (ZIFT, Zigote Intrafallopian Transfer) es otra técnica similar a las anteriores, pero sólo se transfieren embriones o huevos fecundados (Pérez,1997; Speroff,1999). Podemos decir que, hasta aquí estamos hablando de técnicas que son consideradas básicas y, por tanto, son las más comunes.

Ahora bien, en cuanto a las técnicas avanzadas, se encuentra la *Donación de Embriones*, que es similar a la donación de espermatozoides. Aquí la donación es de ovocitos, y comúnmente esta técnica fue pensada en mujeres de edad avanzada. Los ovocitos son donados por mujeres jóvenes para ser implantados en mujeres de mayor edad. Otra técnica, es la *Donación de Embriones o Huevos Fecundados* y es una extensión de la técnica anterior. Se donan los huevos fecundados ya sea *In vitro* o *In vivo*, los cuales se extraen de la cavidad uterina; también existe el procedimiento de las *Portadoras Subrogadas* (Surrogated Gestational Carrier, SGC por sus siglas en inglés). En sus inicios, este tratamiento se pensó para mujeres estériles sin útero y con ovarios: se contrata o alquila el útero de mujeres que cubren una serie de requisitos que van desde la edad hasta características psicológicas, médicas, etcétera, las cuales se comprometen en llevar en su útero la concepción de ovocitos y espermatozoides de la pareja estéril hasta el parto, e inmediatamente después de éste, regresarlo a la pareja contratista. Por la multiplicidad de aspectos que conlleva este procedimiento, desde lo emocional, legal, éticos, religiosos y médicos, son escasos los lugares donde se ofrece esta técnica.

Otra técnica o procedimiento es la *Aspiración Microquirúrgica de Espermatozoides de Epidídimo*, la cual consiste en la aspiración de espermatozoides de varones que presentan obstrucción con daño irreversible de los conductos deferentes o algún otro padecimiento similar y, posteriormente, se depositan los espermatozoides en el útero. La técnica de *Micromanipulación de Gametos y Embriones*, específicamente, consiste en manipular bajo el microscopio gametos y huevos fecundados con el fin de diagnosticar y corregir anomalías genéticas y cromosómicas; otro procedimiento es la *Asistencia a Espermatozoides en la Fertilización*, el cual consiste en utilizar técnicas de micromanipulación en los casos de oligozoospermia, astenozoospermia severa, inmovilidad espermática o falla de los espermatozoides para penetrar al óvulo, ésta se lleva a cabo por diversas técnicas de manipulación de los espermatozoides para lograr la fecundación; similarmente a este último procedimiento, se encuentran otros que tienen como fin manipular, ya sea a huevos fecundados, co-cultivos de embriones, anomalías genéticas o cromosómicas en los blastómeros con el sentido de garantizar la calidad de la fertilización y que posteriormente no se presenten errores en el producto futuro. Por último, mencionaré la técnica denominada *Inyección del Espermatozoide* (ICSI, por sus siglas en inglés), este procedimiento consiste en la inyección del espermatozoide al citoplasma del ovocito para lograr posteriormente, la fusión de los núcleos de ambos gametos (Speroff, 1999).

Ahora bien, es importante aclarar que la aplicación del uso de las TRA no es del todo aceptada en algunos países o institutos de salud, pues las implicaciones jurídicas y éticas no lo llegan a permitir. Este tema se profundiza en el siguiente apartado.

Por ejemplo, en el caso del INPerIER, los tratamientos que se llevan a cabo son los referentes a la aplicación hormonal, cirugías y algunas TRA. Algunos de ellos son la Inseminación Artificial Homóloga (IAH), Fertilización In Vitro con Transferencia de Embriones, Transferencia Intrauterina de Gametos (FIVTE) y técnicas relacionadas como la Inyección Intracitoplasmática de Esperma (ICIS) (INPerIER, 2003).

Como se puede observar, existe una gran cantidad de procedimientos para la regulación de la reproducción, cuyo fin –primero- es lograr la fertilización y –posteriormente- el embarazo. Por tanto, se puede decir que las prácticas y usos de la infertilidad desde la medicina, son determinantes en términos de soluciones fisiológicas, pero también conllevan consecuencias simbólicas, ya que si observamos en cada tratamiento, ya sea para la mujer o el hombre, el puente principal y único es el cuerpo en el cual se significan una serie de símbolos alrededor de la maternidad o paternidad. Esto último se desarrolla con detalle en los siguientes capítulos.

## **II.2 EL USO DE LA TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. VISIÓN ÉTICO-JURÍDICA**

En el apartado sobre prácticas y uso de la infertilidad desde la medicina, se explicó qué se entiende por las Técnicas de Reproducción Asistida *TRA*. Asimismo, se mencionaron cada una de ellas y su funcionamiento.

Si bien, en los últimos veinte años las *TRA* se han expandido a nivel mundial, el concepto de éstas ya tenía sus comienzos décadas atrás. A principios del siglo XX, se practicó la Inseminación Artificial (IA), y con ellos se produjo un aceleramiento en los estudios sobre óvulos y embriones humanos. El uso de las *TRA*, se incrementó a mediados de siglo XX; los primeros cuatro embarazos surgieron con Fertilización In Vitro (FIV) con ciclo natural. Lousie Brown fue el primer bebe nacido por dicha técnica el 25 de julio 1978. Y de esta manera. Después de dicho éxito, se abrieron clínicas de FIV en todo el mundo. México es uno de los países que cuenta con clínicas privadas que practican las *TRA*, así como en algunos hospitales públicos (Edwards, 2003).

En la actualidad, las técnicas de reproducción asistida, benefician a aquellas parejas que presentan infertilidad y mujeres solteras que deciden tener un hijo. La práctica de las técnicas de RA, se realiza en algunas instituciones de salud gubernamentales

pero sólo a parejas civilmente casadas que comprueben problemas de infertilidad. También existen instituciones particulares como las clínicas de Reproducción Asistida y genética, en ellas, se amplía la población que se atiende: parejas con infertilidad casadas o en unión libre, o mujeres solteras que deciden ser madres. Para éstas últimas, existe la práctica con donación de esperma. Pero a pesar del auge que tiene en la actualidad el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida TRA, aún no existe una apertura en la práctica como aquellos métodos convencionales de manejo, por ejemplo, “las indicaciones coitales, la inducción de ovulación, la cirugía endoscópica y la microcirugía, entre otras”, (INPer,2003:131) debido a la carga ética y jurídica que implican.

Por ejemplo, en el caso de las personas con diagnóstico de infertilidad que participaron en la presente investigación, algunas ya se atendían en el Departamento de Reproducción Asistida RA, con una o más experiencias en tratamientos; otras, ya se habían tratado con alguna TRA antes de ingresar al Instituto de Salud y la/os usuarios que se encontraban en los departamentos de Infertilidad y Esterilidad, y Andrología, en su mayoría eran candidata/os para ingresar al Departamento de Reproducción Asistida.

Es por tal motivo que considero importante rescatar parte de la perspectiva ética–jurídica en el uso de las TRA.

## II.2.1 ÉTICA: ACUERDOS Y DESACUERDOS

Si bien el fin de cualquier TRA es crear a un nuevo ser humano vivo, esto ha implicado controversias morales y éticas. En este sentido, el campo bioético<sup>4</sup> ha venido a jugar un papel primordial alrededor de los debates respecto a la relación entre la creación y/o preservación de seres humanos y la biotecnología. Sobre todo,

---

<sup>4</sup> Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales" (Reich,1978).

la esencia de la controversia tiene como referencia la discusión constante de la noción y condición de persona. Lo anterior se vive y se percibe distinto en las diferentes culturas, pues “las concepciones culturales de persona, sociedad y naturaleza” (Bestard,1998:77) le dan contenido a la manera de mirar y vivir los avances biotecnológicos.

En la actualidad las discusiones bioéticas son multidisciplinarias, puesto que las respuestas o soluciones tienden a diversas salidas relacionadas entre sí, que van desde el campo de la psicología, biología, química, el derecho, sociología, antropología y, principalmente, desde la filosofía (Vázquez,2004). Estos debates contemporáneos internacionales conllevan una variedad de posturas que enriquecen la discusión en el uso o no de los avances tecnológicos.

En el caso del uso de las Técnicas de Reproducción Asistida TRA, existen planteamientos en los cuales la discusión se torna en el principio de autonomía; es decir, de la dignidad de la persona, la cual tiene su contenido en la libertad de actuar y decidir en el ámbito de la medicina y la salud. Este principio de autonomía personal soporta un bien genérico, el cual consiste en la:

“...libertad de realizar cualquier conducta que no perjudique a terceros. De manera más específica, entre otros, están el reconocimiento de libre desarrollo de la personalidad; la libertad reproductiva; la libertad de residencia y de circulación; la libertad de expresión de ideas, actitudes religiosas, científicas, artísticas y políticas..” (Vázquez,2004:12)

Desde otro punto de vista, a quienes no se oponen del todo a las práctica del uso de la TRA, pero si tienen una serie de restricciones éticas y morales, primordialmente representados por la Iglesia Católica. Quien ha sacralizado el uso de dichas técnicas en aquellas parejas con diagnóstico de infertilidad que no pueden lograr un embarazo de manera “natural” y, por ende, un hija/o vivo, por lo cual acuden a la biología de la reproducción (uso de las TRA) como una alternativa. Pero desde la

postura dogmática, esto significa atentar contra el “cumplimiento natural” de la procreación, por lo que ha conducido:

“...a no pocos moralistas a excluir todo tipo de intervención humana en los procesos naturales, dando lugar a éticas dogmáticas que inevitablemente terminan confundiendo la moral con la religión. Este tipo de ética parece desconocer algo por lo demás obvio, a saber, que prácticamente toda la historia de la medicina puede leerse también como una lucha “contra” lo natural, no en perjuicio sino en beneficio de los individuos” (Vázquez,2004:16)

Aunado con la anterior controversia, se presenta la complejidad que representa el uso de las TRA en términos de familia y parentesco. Sabemos que la familia es una institución social que se manifiesta en múltiples formas derivadas de las características de la organización social de cada grupo y cultura, así como resultado de la dinámica social y cultural. En México, por ejemplo, en el caso de la familia cada vez es más notoria la presencia de mujeres jefas de familia,<sup>5</sup> como resultado de la alta tasa de divorcios o separaciones,<sup>6</sup> lo que lleva a conformar una forma más de familia que se caracteriza por la ausencia de la pareja. También se encuentra en baja proporción el caso de las parejas no infértiles que deciden no tener hijos/as.

Ahora bien, se sabe que uno de los objetivos principales de la familia radica en la “función reproductiva, tanto en el nivel material o biológico como en el cultural o de socialización” (García,2004:247). Esto implica que los integrantes de la familia tengan relación social, pero también genética y consanguínea; es decir, se está hablando de un tipo de grupo familiar que dejará herencia en todos los campos. Lo anterior se traduce como continuidad “legítima” de la sociedad y como menciona Bestard (1998), la familia tiende a concentrarse y las relaciones de parentesco adquieren un carácter exclusivamente personal. En este sentido, las TRA están

---

<sup>5</sup> Según el CONAPO, en 1995 los hogares encabezados por mujeres eran 3,425,218, y para el 2000 se incrementó a 4,717,066.

<sup>6</sup> INEGI, menciona que en 1990 el número de divorciados fue de 406,777, ya para el 2000, incrementó a 687,444. En el caso de la categoría de separados, en 1990, la cifra fue de 679,817; ya para el 2000, aumentó a 1,799,035

jugando un papel importante, pues el uso de algunas de ellas a veces llega a modificar la continuidad “legítima” de la sociedad. Pensemos, por ejemplo, en el caso de la mujer que decide ser madre a través de Inseminación Artificial o Fertilización *In Vitro* con donador, ella compondrá una familia integrada por su hija/o y sin padre. Más adelante se describen algunas técnicas relacionadas con el aspecto jurídico.

En el caso del uso de las TRA que sobrelleva el rompimiento de la continuidad “legítima”, provoca la confrontación en términos éticos, jurídicos y socioculturales sobre el contenido de la maternidad y paternidad: genética (sólo donación de gametos) biológica y social, de acuerdo a la cultura.

Lo anterior nos invita a considerar que las posibilidades contemporáneas de la procreación artificial introducen nuevos contrastes entre los procesos naturales y artificiales. En tanto que la procreación asistida en algunos casos ha convertido a la maternidad y paternidad biológica como categorías separadas de la maternidad y paternidad social (Strathern,1992). Asimismo, menciona Strathern (1992) que el entendimiento del parentesco está conformado por la combinación del conjunto de ideas, tanto del campo natural como del social. Desde esta perspectiva, la concepción de familia y parentesco parte del contexto sociocultural y no del biológico, genético o “natural”. Por tanto, la relación entre la creación y/o preservación de seres humanos con la biotecnología, desde la lectura antropológica, se torna compleja, pues es entender los contenidos de cada uno de los conceptos de paternidad y maternidad: genética, biológica y social, así como las “nuevas” relaciones sociales y, en concreto, el núcleo familiar que se conforma considerando la cosmovisión particular de cada cultura. Recordemos que el uso de la biotecnología deja en juego la línea de parentesco que le daría sentido a la condición social, cultural y legal de las personas involucradas y, por ende, su condición y noción de persona.

## II.2.2 CONTROVERSIAS EN EL USO DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Las combinaciones en el uso de la TRA son variadas, y con los avances biotecnológicos cada vez es más complejo tener respuestas desde la postura bioética y moral en el uso de las técnicas de reproducción asistida. Así como también se convierte la dinámica sociocultural más compleja. Tal vez lo conveniente para una mejor comprensión es tratar de analizar cada uno de los escenarios.

En el caso de la pareja que presenta complicaciones para conseguir la fecundación debido a la baja producción o actividad del espermatozoide, la solución inmediata sería por medio de la Inseminación Artificial Conyugal IAC. Esto es, introducir vía vaginal el espermatozoide de la pareja para que, de esta manera, se logre el embarazo. Esta técnica en la sociedad occidental causa menos problema desde la perspectiva ética y moral, ya que sólo se sustituye la relación sexual por la TRA. Y, si el punto de discusión fuera el futuro hijo/a, también se anularía puesto que éste genéticamente estaría relacionado con ambos padres (Fasouliotis, 1999). De hecho, esta técnica artificial es muy común, pero con controversias en su uso, es por eso que no existen en todos los países propuestas y leyes sobre Reproducción Asistida.

También, puede presentarse el caso de la ausencia de alguno de los gametos, es decir, que la mujer no produzca óvulos o en el caso del varón, espermatozoides. En este panorama se realizaría la Inseminación Artificial con Donador (IAD), a través ya sea de un óvulo o espermatozoides donados. Además, está la posibilidad de que lo anterior se practique mediante la técnica de Fertilización In Vitro FIV, la cual consiste en unir el óvulo y el espermatozoide fuera del cuerpo humano; ya fertilizado el óvulo y desarrollado los embriones en diferentes estadios, se trasladan a la cavidad uterina para que prosigan su desarrollo (Pérez, 1997). Con esta técnica, el o la hijo/a tendría características genéticas de uno de los dos padres. Digamos que por esta cercanía genética no se levanta tanta polémica en las diversas posturas de pensamiento. Pero tampoco es generalizado, ya que en países musulmanes, de acuerdo al Islam, la

donación de gametos es considerada como adulterio y puede ser causa de confusión en la dirección de las líneas genealógicas (Fasouliotis,1999). Es importante aclarar que dicha confusión genealógica no es exclusiva del Islam.

Otro caso del uso de la TRA es cuando ambas partes de la pareja no producen gametos, entonces tendrían que buscar donadores para ambos. Usualmente los donadores son parientes cercanos, comúnmente los hermanos. En este panorama, el hijo/a no tendría relación genética directa con ninguno de los padres. Y sería como una forma de adopción, sólo que la diferencia es que ambos padres son testigos y participan simbólicamente en el embarazo y nacimiento del hijo/a (Fasouliotis,1999).

En caso de que la mujer no tenga ninguna posibilidad de embarazarse por medio de IA o FIV, existe la posibilidad de buscar una madre sustituta o madre subrogada (MS), que es aquella que presta o alquila su útero para gestar al bebé. Esta solución puede darse de dos maneras: una es utilizando los gametos de la pareja solicitante y por medio de FIV, implantarlo en el útero de la MS. El hijo/a resultado de lo anterior, tendría relación biológica con la MS a través del embarazo, y genética con ambos padres (los que contratan el servicio). El otro caso sería que se fecundara el óvulo de la MS con el espermatozoides del varón contratista; en este sentido, el hijo/a tendría una relación genética y biológica con la MS y con el padre, genética y social.

Las TRA igualmente son utilizadas en otras circunstancias más allá de los problemas de infertilidad. Por ejemplo, dichos tratamientos también se han convertido como oferta para los y las solteras, quienes deciden ser padres sin querer o tener necesariamente una pareja o contraer matrimonio; está el caso de mujeres solteras quienes deciden ser madres sin la intención de tener pareja; o parejas lésbicas, que buscan el embarazo a través de IAD o FIV con donador o a través de la Transferencia de Gametos GIF. Esta decisión u opción ha levantado polémica, sobre todo en lo referente al contenido ortodoxo de familia, así como desde la lectura de las

representaciones simbólicas del cuerpo, pues dicha decisión elimina todo intercambio de los fluidos corporales.

Ahora bien, se presenta el caso extremo cuando una mujer sin problemas de infertilidad y por decisión propia, desea ser madre sin pasar por el proceso de embarazo y parto, por lo que acude a contratar a la MS. De aquí se derivan dos maneras de contrato: uno, cuando la mujer que contrata el servicio proporcione el óvulo para que sea fecundado por esperma donante y éste, a través de FIV, se coloque en el útero de la madre subrogada. En este caso, el embrión tendría características genéticas de la futura madre contratista (madre genética y social) y sólo se usaría el útero de la MS como espacio de crecimiento del futuro bebé. La MS jugaría el papel de madre biológica. El otro caso se da cuando la mujer que pide el servicio no dona su óvulo sino que éste es donado por la MS; ésta sería considerada tanto madre genética como biológica. Y la contratista sería la madre social.

Lo anterior nos hace pensar que la diversidad de usos en los tratamientos no sólo depende de las circunstancias biológicas y/o fisiológicas que presente la pareja, la mujer o el hombre, sino también, los cambios que se presentan en la estructura social, y especialmente dentro del sistema familiar.

### II.2.3 DESDE LO JURÍDICO. CONTEXTO INTERNACIONAL

El uso de las TRA no sólo toca aspectos bioéticos, sino también repercute social y culturalmente. Lo anterior, ha traído consecuencias que han llevado a una larga discusión a nivel mundial entre grupos que están de acuerdo con el uso de la TRA y los que no lo están del todo. Por lo anterior, se ha dado la necesidad de regular jurídicamente dichas técnicas, considerando en el debate, como punto clave, los aspectos éticos.

Las propuestas de ley para la reproducción asistida tuvieron sus inicios en Europa con una serie de informes propuestos por distintos países en los años ochenta del siglo XX. Entre los informes se encuentran el sueco sobre Análisis Ético y Jurídico 1982; el Informe Benda de Alemania; el español, Informe Palacios y el de mayor auge, el Informe Warnock en Inglaterra (García,2004). Este último informe ha tenido mayor trascendencia mundial.

Revisemos el Informe Warnock, el cual fue la base para las propuestas de ley y consumación de distintos países de Europa, entre ellas, la inglesa. Veamos brevemente parte del contenido de dicho informe (Warnock), en el cual se mencionan las prácticas que son permitidas: a) El uso de las técnicas se practicará sólo en parejas heterosexuales; b) Se acepta la donación de óvulos y embriones en anonimato y con autorización de un representante legal de gobierno; c) Define el número de donaciones de gametos por donante (10 como máximo); d) Los donantes no tendrán ningún derecho con los hijos/as; ya que los padres legítimos serán los que contratan el servicio; e) Rechaza la inseminación *postmortem*; f) Rechaza de la maternidad subrogada; g) Permite la experimentación con embriones en los primeros 14 días a partir de la fecundación (Doberning,1999).

La ley sobre TRA con mayor auge ha sido precisamente la Británica, de la cual se deriva una ley sobre la maternidad subrogada que permite su práctica, pero sin fines de lucro y sin sanciones para ambas partes interesadas. Ya para 1989, se propone la Ley sobre Fertilización Humana y Embriología, la cual se aprueba en 1991 por la Cámara de los Lores. Esta ley incluye, además de lo dicho anteriormente, la aprobación de la experimentación embrionaria en los primeros 14 días a partir de la fecundación. Respecto a la madre subrogada, la ley determina que ella será la madre sólo hasta que el hijo/a sea adoptado por los padres que pidieron el servicio; se aplica lo mismo el caso de la Inseminación Artificial con Donante IAD. En la actualidad no está regulada la transferencia intratubárica de gametos GIFT, que es una técnica *in vivo* y consiste en colocar ovocitos y esperma a través de laparoscopia

en la porción ampular de oviducto, para que ahí se realice la fertilización (Pérez,1997); sin embargo, existen propuestas para legalizarla.

Suecia fue el primer país occidental que legisló el tema de RA. En 1981 creó un Comité para el estudio de la Inseminación Artificial IA el cual emitió su informe en 1983. Existió otro informe paralelo de un Comité gubernamental (diciembre 1984) sobre cuestiones éticas, jurídicas y médicas de la Fertilización In Vitro FIV con el fin de orientar una ley en materia (ley 711/1984 del 14 de junio). Cabe decir que la Ley Sueca es muy importante ya que como pionera tuvo gran influencia en la legislación española (Citalan,2001).

En Noruega, se estableció en 1987 la ley de RA que contempla la IA y FIV. En España, la ley entró en vigor en 1988, y hubo otra ley que se promulgó en diciembre del mismo año, concerniente a la donación y utilización de embriones, fetos humanos y sus células (Doberning,1999). A partir de 1986, en la República Federal Alemana se permitió la IAH y IAD, así como la inclusión de medidas de regulación en la práctica de FIV. En Dinamarca en 1987, el Parlamento aprobó una ley sobre el establecimiento de un Consejo Ético y de Regulación de algunos experimentos biomédicos que contemplan las TRA y la experimentación embrionaria (The Danish,1989).

Bélgica, Grecia, Luxemburgo, Yugoslavia y Suiza son países que incluyen en el Código Civil el reconocimiento de la paternidad legal en el caso de la Inseminación Artificial Heteróloga (IAH), que es aquella en la cual ambos gametos son de la pareja; es decir, no existe donante. Bulgaria, Checoslovaquia, Hungría, Holanda, Portugal, Suecia e Inglaterra, reconocen la paternidad legal del varón a través de Inseminación Artificial con Donante (IAD).

Desde 1982, en Australia, uno de los países pioneros de la práctica y regulación de la TRA, se contempla un sistema de regulaciones en el uso de las técnicas por

estados, pero no cuenta con una ley nacional como tal.<sup>7</sup> De los países que no refieren con legislación están, Irlanda e Italia, este último ha presentado propuestas de ley desde 1984. Los países que cuentan con normatividad de tipo administrativo, es decir, que permiten realizar algunas TRA con los trámites pertinentes, sin contar con una ley como tal son: Hungría, Checoslovaquia, Portugal, Bulgaria, Rusia y Francia.

En el caso de EUA, en algunos estados ya está legislada la práctica de IA, respecto a la regulación sobre medicina reproductiva FIV, y la experimentación en embriones, que es más aplicable a la investigación que a la práctica médica.

En América Latina, Brasil es uno de los países que en los últimos años empezó a preocuparse por el tema de las técnicas de reproducción asistida y, por ende, de su legislación, razón que ha permitido la presentación de algunos debates que tienen como principales actores a legisladores y médicos especialistas. A diferencia de otros países, en las querellas están involucrados diferentes sectores de la sociedad, aglutinados en tres grupos principales: médicos, legisladores y representantes de la religión, según el orden de influencia respectivo. El primer proyecto de Ley en Brasil se realizó en 1993; el segundo, en 1997; y el tercero, en 1999. Los dos primeros fueron propuestos por el Congreso y el segundo por el Senado.

Las técnicas permitidas en la ley brasileña son la inseminación artificial, FIV y también se aprueba la maternidad subrogada. En este caso, al momento del nacimiento del niño, la madre que contrata pasa a ser la madre legal, lo anterior lo respalda el Código Civil brasileño (Guilhem,2001). Las TRA pueden ser utilizadas por mujeres casadas y por aquellas en unión libre, en la cual existe la figura paterna; pero están prohibidas para parejas lésbicas (Diniz,2002).

---

<sup>7</sup> Para más detalles se puede consultar <http://www.dh.sa.gov.au/reproductive-technology/other.asp#NHMRC> (documento de internet, consultado el 23 de agosto de 2005)

De los tres proyectos de ley propuestos en Brasil, en los dos primeros no se utiliza la categoría de niño, sólo se limitan a usar términos como pre-embrión y embrión. En los tres proyectos la mujer se presenta como alguien que requiere protección, situación que no es común en ningún otro tipo de ley brasileña. Sólo en la tercera propuesta, se respaldan los derechos y la salud reproductiva, por si se llegan a presentar consecuencias jurídicas y físicas del uso de las técnicas, así como en la falta de efectividad y dé como resultado un alto costo biológico, psicológico y financiero (Diniz,2002).

Hasta ahora, no se encontraron propuestas de ley de Reproducción Asistida en los países de África y Asia.

#### II.2.4 DESDE LO JURÍDICO. CONTEXTO NACIONAL

En la actualidad se calcula que en México existen 100 mil parejas con infertilidad. A esta cifra se le suman anualmente 24 mil nuevos casos. El porcentaje de la infertilidad se encuentra en igual proporción en el hombre y la mujer: 40% en cada caso y 20% en ambos (IVIM, 2007). Especialistas como el Dr. Gaviño, Ex Director de Biología de la Reproducción del INPerIER, menciona que “anualmente se registran dos mil casos de reproducción asistida, entre los centros privados y el Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana Isidro Espinosa de los Reyes” (Huesca,2003) lo que ha llevado a incrementar el uso de tratamientos de reproducción asistida. Paralelamente a dicho aumento están los avances biotecnológicos que cada vez proporcionan más opciones para “regular” las “afecciones” que se presentan en la procreación. Y con ellos, también un incremento de las dudas y cuestionamientos desde los distintos campos éticos, religiosos, morales y jurídicos.

Como ya se mencionó, en distintos países se dieron a la tarea de legislar la práctica de la TRA. Pero ¿qué sucede en México, en el ámbito legislativo? Ya que, si bien el

interés por considerar a las TRA como parte de nuestra vida contemporánea se ha venido dando especialmente desde el ámbito biomédico, pero habría que preguntarse: ¿qué se ha hecho respecto al tema desde el marco jurídico mexicano?

En México no se cuenta con una ley sobre RA; tampoco la legislación mexicana contempla normas sobre dichas técnicas a pesar que en la práctica se ofrece el servicio, tanto en instituciones públicas como privadas; pero por el hecho de no estar legislada, no hay sanciones jurídicas para quien la practique ni para quien la solicite. En todo caso, al presentarse alguna “controversia se tendría que resolver en el ámbito legal por medio de una interpretación”, con base en el Código Civil (Doberning,1999). Sólo en el Código Civil, artículo 360<sup>8</sup> del Estado de Tabasco se contemplan la maternidad subrogada y la reproducción *posmortem*.

En el año 2002, se plantearon dos propuestas de legislación: una de ellas elaborada por el gobierno del Distrito Federal; y la segunda, por el Partido Acción Nacional PAN. La primera propuesta apareció en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el día 16 de Julio de 2002, Título Segundo: Procreación Asistida e Inseminación Artificial y Manipulación de Genética; consta de dos capítulos: el primero, “Procreación Asistida e Inseminación Artificial”, que incluye cinco artículos<sup>9</sup> que regulan dicha actividad.

---

<sup>8</sup> Art.360. Salvo el caso de que se trate de un hijo nacido como resultado de un contrato de maternidad sustituta, el hijo de una mujer casada no podrá ser reconocido como hijo por otro hombre distinto del marido, sino cuando éste lo haya desconocido y por sentencia ejecutoriada se haya declarado que no es hijo suyo. (Código Civil del Edo de Tabasco)

<sup>9</sup> Artículo 149. A quien disponga de óvulos o esperma para fines distintos a los autorizados por sus donantes, se le impondrán de tres a seis años de prisión y de cincuenta a quinientos días de multa.

Art. 150. A quien sin consentimiento de una mujer mayor de dieciocho años o aún con el consentimiento de una menor de edad o de una incapaz para comprender el significado del hecho o para resistirlo, realice en ella inseminación artificial, se le impondrán de tres a siete años de prisión.

Si la inseminación se realiza con violencia o de ella resulta un embarazo, se impondrá de cinco a catorce años de prisión

Art. 151. Se impondrá de cuatro a siete años de prisión a quién implante a una mujer un óvulo fecundado, cuando hubiere utilizado para ello un óvulo ajeno o esperma de donante no autorizado, sin el consentimiento expreso de la paciente, del donante o con el consentimiento de una menor de edad o de una incapaz para comprender el significado del hecho o para resistirlos.

Si el delito se realiza con violencia o de ella resulta un embarazo, la pena aplicable será de cinco a catorce años.

Art.152. Además de las penas previstas en el capítulo anterior, se impondrá suspensión para ejercer la profesión o, en caso de servicios públicos, inhabilitación para el desempeño del empleo, cargo o comisión públicos, por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, así como la destitución.

Dichos artículos son parecidos al artículo 466<sup>10</sup> del capítulo VI, del apartado sobre delitos de la Ley General de Salud, pero que por cierto no existe un apartado específico sobre RA.

El segundo capítulo, referente a la Manipulación Genética, consta de dos artículos.<sup>11</sup> Este Decreto del Nuevo Código Penal en el Distrito Federal, entró en vigor a partir de noviembre del 2002. En esta propuesta de regulación sólo se mencionan las sanciones que se atribuyen en el caso del uso de la técnica de IA, y parte de la FIV, la cual no es aludida como tal, sino como procreación asistida, siendo que éste concepto incluye más técnicas. En ningún momento se hace referencia a cláusulas que permitan la práctica de las técnicas mencionadas.

La segunda propuesta de Ley fue planteada en el mismo año por los diputados del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. La estructura consta de dos primeros apartados, uno de ellos, las Consideraciones Generales, y el segundo, la Exposición de Motivos. Ya en el tercer apartado se exponen trece capítulos y 60 Artículos propuestos.

Considero conveniente mencionar los puntos principales que conforman la propuesta presentada por el PAN, con el fin de tener un panorama de lo que se contempla para la conformación de una posible ley en nuestro país. En dicha ley sólo se considera el

---

Art.153. Cuando entre el activo y la pasivo exista relación de matrimonio, concubinato o relación de pareja, los delitos en los artículos anteriores se perseguirán por querrela.

<sup>10</sup> Art.466. Al que sin consentimiento informado de una mujer o aún con su consentimiento, si ésta fuera menor o incapaz, realice en ella inseminación artificial, se le aplicará prisión de uno a tres años, si no se produce el embarazo como resultado de la inseminación; si resulta embarazo, se impondrá prisión de dos a ocho años. La mujer casada no pondrá otorgar su consentimiento para ser inseminada sin la conformidad de su cónyuge.

<sup>11</sup> Art.154. Se impondrá de dos a seis años de prisión, inhabilitación, así como suspensión por igual término para desempeñar cargo, empleo o comisión públicos, profesión u oficio, a los que: I. Con finalidad distinta a la eliminación o disminución de enfermedades graves o taras, manipulen genes humanos de manera que se altere el genotipo; II. Fecunden óvulos humanos con cualquier fin distinto al de la procreación humana; y III. Creen seres humanos por clonación o realicen procedimientos de ingeniería genética con fines ilícitos.

Art.155. Si resultan hijos a consecuencia de la comisión de alguno de los delitos previstos en los artículos anteriores, la reparación del daño comprenderá, además, el pago de alimentos para éstos y para la madre, en los términos que fija la legislación civil.

uso de las técnicas por parejas unidas en matrimonio civil, que en una de las dos partes se presente diagnóstico de esterilidad o infertilidad, sean mayores de edad y se encuentren en condiciones óptimas físicas y mentales.

Por tanto, desde esta propuesta, está prohibido que parejas que se encuentren en unión libre practiquen alguna técnica de reproducción asistida; asimismo para mujeres u hombres solteros. El argumento que justifica dicha propuesta para prohibir el uso de las técnicas de reproducción asistida en personas no casadas, fue considerado como base el contenido de los artículos 414,415 y 422 del Código Civil, en el cual se plantea que los hijos/as tienen derecho a una madre y un padre. Si traducimos lo anterior, entonces cualquier persona no casada por el civil no tendría derecho a realizarse ninguna TRA, ya que si lo hiciera, estaría violentando el artículo cuarto de la propuesta de dicha ley de TRA.

Pero podemos cuestionar un poco las contradicciones de la ley, ya que en el Código Civil sí está permitido el divorcio y son comúnmente las mujeres quienes se quedan con los hijos/as, y esto dentro del marco jurídico no se ve como delito, así como también está permitido jurídicamente en el artículo 390 del Código Civil, que una persona sin pareja pueda adoptar un hijo. Como se puede observar, el argumento de que una mujer u hombre soltero no tenga el derecho a utilizar alguna TRA, va más allá del argumento clásico de matrimonio o familia nuclear, pues perfectamente, como vimos, en el Código Civil se permite claramente la convivencia dual entre la madre y su hijo.

Esto nos lleva a preguntarnos ¿qué pasa con el derecho a la maternidad o paternidad en parejas que decidieron usar alguna TRA? ¿por qué no se permite que las parejas o las personas solteras logren la maternidad o paternidad? si sabemos que la reproducción humana es importante para la conservación de la sociedad, por qué negar que se busquen “otras formas” de conformación de grupos sociales, como es el caso de las diversas familias (mono y homoparentales).

Evidentemente, lo anterior no es cuestionable en esta última propuesta de ley; por el contrario, se defiende el concepto tradicional de familia: padre, madre civilmente casados. Lo anterior se reafirma con el contenido del artículo segundo, en el cual se rescata el artículo cuarto constitucional que hace referencia a la tutela: protección y fomento del núcleo familiar y paternidad responsable; el número y espaciamiento de los hijos/as, y la protección a la salud. Es importante considerar que esto último se hace extensivo al hija/o; es decir, se expone la importancia de velar por la salud de la mujer embarazada, así como del hija/o.

En este sentido, se habla del cuidado del hija/o, considerado como tal desde el momento de la concepción (embrión); poniendo al embrión como un ser humano con derechos humanos, cívicos y jurídicos, lo que implica una de las discusiones contundentes a nivel mundial en el uso de las técnicas por el hecho de la conservación de embriones y su manipulación.

Según esta propuesta, ¿cuáles serían las Técnicas de Reproducción Asistida TRA\* permitidas? Las técnicas aceptadas son: a) Inseminación Artificial Homóloga<sup>12</sup>,(IAH); b) Inseminación Artificial Heteróloga; c) Transferencia Intratubárica de Células Germinales Homóloga, GIF; d) Transferencia intratubárica de células germinales heteróloga,GIF; e) Fertilización In Vitro, FIV; f) Subrogación de vientre o Madre subrogada MS. Las técnicas que se prohíben: a) FIV homóloga y heteróloga, cuando se realice más de una fertilización; b) Madre subrogada, cuando el semen provenga de un tercer donante; c) Clonación; d) Cualquier técnica que ponga en peligro el embrión al crearlo fuera del proceso reproductivo normal.

En los siguientes párrafos se describe el sentido del por qué unas técnicas son aceptados y otras no.

---

\* Los detalles de los procedimientos de los TRA, se encuentran en el apartado II.1 Capítulo II

<sup>12</sup> Homóloga, se refiere cuando se utilizan los gametos (óvulo y esperma) de la pareja solicitante. Y heteróloga, cuando se recurre a un gameto donante.

Si bien existe aparentemente una apertura en el uso de las técnicas también plantea una serie de restricciones. Para regular lo anterior, proponen la conformación de una Comisión de Bioética del Distrito Federal, la cual realizará el papel de supervisor de los casos; es decir, la pareja tendrá que ser supervisada por dicha comisión con el fin de que cumpla con los artículos planteados en la propuesta. Para el uso de técnicas homólogas, la pareja tendrá que comprobar por medio de un certificado médico detallado los estudios y tratamiento a que se hayan sometido y estar libres de enfermedades. En caso de recurrir a FIV, tendrán que entregar una carta suscrita por el grupo multidisciplinario en la que se comprometan a realizar una sola fertilización, así como también al Juez de lo Familiar o Notario Público, pedir consentimiento escrito. De hecho, este último trámite se aplica para la intención de la práctica de cualquier TRA.

Lo mismo se aplica para el caso de las técnicas heterólogas, sólo que en éstas se tiene que anticipar la propuesta de adopción a la pareja solicitante. Este punto es interesante ya que la restricción, de entrada, gira en torno a la unión de un gameto ajeno a la pareja con uno de ésta, lo que simbólicamente se podría entender como adulterio y, por tanto, como una “anomalía” para la sociedad. Por lo que es más aceptable la adopción, ya que el hijo/o vendría de gametos ajenos a la pareja.

En el caso de la donación de gametos la propuesta de ley establece que tendrá que ser sin fines de lucro. Se autoriza a las personas mayores de dieciocho años de edad; si está casado, contar con consentimiento de la pareja, no presentar infecciones y no haber donado anteriormente. La donación sólo podrá ser utilizada por la pareja solicitante y la conservación del gameto tendrá cinco años de plazo. Dicha donación de gametos será inscrita en la Comisión de Bioética del Distrito Federal, anónimamente y por una sola ocasión.

En esta propuesta de ley se plantea la diferencia entre la gestación subrogada y madre subrogada. La primera se entiende como la mujer que presta su cuerpo para gestar al embrión de la pareja que solicita el servicio. La madre subrogada es

aquella mujer que aparte de prestar su vientre, dona un óvulo. Tanto la subrogación de vientre o madre subrogada se permite, pero sin fines lucrativos y comerciales. Y sólo se podrá contratar cuando la mujer solicitante presente infertilidad. En el mismo caso que en la FIV, se tendrá que proponer la adopción como primera opción. Para llevar a cabo cualquiera de ambas prácticas, tiene que pasar por el consentimiento del Comité de Bioética del Distrito Federal.

Respecto a la situación jurídica del hijo/o, tanto para el caso de las técnicas de reproducción homólogas como heterólogas, así como para la madre subrogada o donantes de gametos, queda excluido cualquier tipo de parentesco y filiación. La pareja solicitante será la que legalmente, desde el momento de la concepción, tenga derechos y obligaciones sobre el nuevo ser humano.

Dentro de esta propuesta de ley planteada por Partido Acción Nacional, existe un rechazo contundente a la clonación, ya que está prohibida la creación de embriones para fines de investigación o experimentación; tampoco se admite la manipulación del código genético, la mezcla de espermatozoides, la recombinación genética del humano y animales para producir híbridos, ni transferir embriones o células humanas a cualquier animal.

No podemos dejar de resaltar la línea en conjunto que tiene dicha propuesta. Pareciera ser que aún existe resistencia en aceptar las múltiples formas de familia derivadas de la práctica de las TRA, y los avances tecnológicos. Asimismo, se resalta la importancia de nombrar desde de la fecundación al embrión como ser humano con derechos y responsabilidades, asegurando con esto que la vida comienza desde ese momento. Este tema y varios más son los puntos de discusión que constantemente están presentes, puesto que tocan la parte ética y, por ende, determinan el cómo, cuándo y cuáles son las técnicas “adecuadas” que tendrían que ser utilizadas para llegar a la procreación.

Se torna interesante que el debate en torno al uso de las TRA ha llegado a preocupar a otros grupos partidistas, como es el caso del PRD. En mayo de 2004, el grupo parlamentario de dicho partido, realizó un libro intitulado: *Reproducción Asistida. Elementos para el debate legislativo*, coordinado por el diputado federal del partido, Rafael García (2004). La creación de dicho libro tiene como objetivo llevar a la Cámara de Diputados el debate, lo que implica ampliar la discusión sobre la posible Ley de Reproducción Asistida al ámbito nacional.

Uno de los puntos relevantes de la propuesta es el reconocimiento de la necesidad de una ley. Son cuatro los apartados que conforman la presente propuesta, dos de ellos teóricos y los últimos son recomendaciones y artículos. Uno de ellos plantea adiciones a la Ley General de Salud, y el otro desarrolla la propuesta de Ley de RA como tal. Son interesantes los complementos propuestos<sup>13</sup> que se plantean para

---

<sup>13</sup> 1. Se efectuará el estudio primario de infertilidad en todas las parejas que así lo soliciten en los hospitales estatales; incluyendo las técnicas de laparoscopia e histeroscopia en los centros que cuenten con los mencionados servicios.

2. Se efectuará inseminación intrauterina hasta por un máximo de seis ciclos, homóloga en principio y heteróloga en los casos que así lo ameriten o cuando la mujer carezca de pareja.

3. Se recurrirá para lo anterior a los centros autorizados por la Secretaría de Salud, como bancos de gametos humanos, entidades que tendrán que demostrar el uso de controles válidos tanto para certificar la salud de los donantes, como para evitar multiplicidad de muestras de uno sólo. También estarán obligados a efectuar un registro pormenorizado de los datos de cada procedimiento efectuado con cada muestra, así como de los resultados finales en términos de recién nacidos vivos. Las normas y procedimientos de los bancos se ajustarán a las normas internacionales aceptadas. Cada uno de los puntos mencionados tendrá que ser auditable.

Asimismo los donantes permanecerán anónimos, salvo por el registro en el propio banco, y no podrán conocer el destino final de sus gametos.

4. En caso de no lograrse el embarazo en los hospitales del Estado con lo mencionado anteriormente, se brindará orientación y apoyo a las parejas y/o a las mujeres acerca del procedimiento de la adopción.

5. No se autorizarán programas de fertilización asistida de alta complejidad a los hospitales del Estado.

6. Los bancos privados de gametos se ajustarán a la misma normatividad y obligaciones.

7. Los centros de reproducción privados podrán practicar las técnicas de alta complejidad. Se deberá contar con un compromiso por escrito de las parejas que accedan a estos programas, en el sentido de intentar procrear más de un hijo, para poder así fertilizar más de tres óvulos y que tenga sentido la criopreservación, favoreciendo con ello que no existan embriones residuales.

8. Se certificará también que los centros de reproducción privados se ciñan a las normas internacionales aceptadas para su operación.

Los registros mencionados permanecerán bajo custodia de los centros; su información será considerada confidencial y sólo podrá ser consultada por un consejo designado por el secretario de Salud, quien se comprometerá a garantizar la confidencialidad de los registros.

9. Se aceptará la criopreservación, tanto de gametos humanos como de embriones en las primeras fases de desarrollo, previa aceptación de la pareja. En el caso en el que por alguna razón hubiese

modificar la Ley General de Salud, ya que por un lado se contemplan los derechos y obligaciones que tendrían las parejas con diagnóstico de infertilidad. Y por otro lado, algo verdaderamente sorprendente es que se considera el derecho a que la mujer soltera solicite la práctica de las TRA. Ambos casos son la antesala para la propuesta de Ley de Reproducción Asistida.

Esta propuesta de Ley expresa la importancia de crear un Consejo de Fertilización Humana y Embriología (CFHE), conformado por especialistas e investigadores sobre la materia previamente nombrados por la Secretaría de Salud. Las atribuciones que tendría dicha Comisión serían las siguientes: 1) Determinar los estándares mínimos que deberán cumplir las clínicas de fertilización humana, así como el manejo y utilización de material genético y embriones 2) Otorgar y revocar permisos para crear, almacenar o utilizar embriones; almacenar gametos; centros de reproducción asistida y personas autorizadas para realizarla; desarrollar proyectos de investigación sobre la materia en estos centros y monitorear los resultados de las investigaciones 3) Obligar a los centros a publicar estadísticas sobre su actividad, especialmente

---

embriones remanentes, se le preguntará a la pareja, de antemano, qué destino desearían para los mismos, mencionando las siguientes posibilidades: sólo el descongelamiento, la donación de células para investigación en genética con fines terapéuticos, o la donación del embrión a otra pareja infértil.

10. También se les requerirá un registro pormenorizado de procedimientos, así como de resultados finales.

11. Los donantes de gametos se comprometerán por escrito a no efectuar ninguna reclamación con respecto a derechos sobre sus hijos biológicos.

12. Se podrá efectuar donación de embriones –con fines reproductivos– criopreservados en caso de que la pareja así lo manifieste, con las mismas obligaciones de los donadores de gametos.

13. Queda prohibida la clonación con fines reproductivos, no así la terapéutica.

14. Queda prohibida la modificación del genoma del individuo, que no sea con fines terapéuticos.

15. Se podrá tomar una célula previamente a la implantación para detectar defectos congénitos y/o genéticos graves y evitar así la implantación de ese embrión. También quedan permitidas las técnicas de diagnóstico prenatal (biopsia de vellosidades coriales, amniocentesis, etcétera) en caso de existir indicación.

16. Se aceptará el concepto de madre subrogada, sin que exista con ella relación que obligue al pago; es decir, su participación será altruista, de común acuerdo con la pareja, previo consentimiento por escrito y frente a testigos acerca de su voluntad en el sentido de no reclamar los derechos de maternidad del feto o el recién nacido.

17. Los centros de reproducción asistida tendrán la obligación de publicar anualmente, en algún medio impreso de circulación nacional, sus resultados en términos de embarazos logrados y de recién nacidos vivos, en relación con la población total a la que le efectuaron los procedimientos, cifras que serán auditables por la autoridad sanitaria en los términos antes mencionados.

sobre tasas de éxito y fracaso de los tratamientos aplicados, así como ser auditados para comprobar la veracidad de aquéllas.

Se puede observar que dicho Consejo no juega el papel de juez sobre la pareja infértil o la mujer que solicita el servicio; es decir, no tiene la capacidad para determinar quiénes son candidatos, por el contrario su misión es supervisar la infraestructura, manejo de material genético, estadístico, etcétera. De entrada, podríamos pensar que la creación del CFHE en términos de apertura es una buena propuesta.

Como toda propuesta de Ley, tiene prohibiciones y regulaciones. Entre las prohibiciones se encuentran: 1) Fecundación de óvulos humanos con fines distintos a la procreación; 2) Conservación, *In vitro*, de óvulos fecundados o embriones, vivos, más allá del día 14 posterior a la fecundación, y la utilización de embriones después del día 14; 3) Comercialización y uso industrial de los embriones o sus células; 4) Revelación de identidad de donadores de gametos; 5) Clonación con fines reproductivos; 6) Selección de sexo, salvo en los casos de antecedentes de enfermedades ligadas a los cromosomas sexuales; 7) Manipulación genética no terapéutica; 8) Transferencia de gametos o embriones no humanos al útero de la mujer; 9) Creación de híbridos y quimeras.

Las prohibiciones de la propuesta del PRD a diferencia de la del PAN, se centran en el uso del material genético y no se enfocan en el hecho de quién o quiénes tienen derecho al uso de las RA, como fue el caso de la propuesta del PAN. Sólo en el caso del apartado de regulaciones,<sup>14</sup> en el primer artículo se contempla que una mujer *en el caso de ser casada* tendrá que pedir el consentimiento del cónyuge para

---

<sup>14</sup> Las regulaciones abarcan diferentes temas como los siguientes: consentimiento del cónyuge, el estado de salud de la mujer, almacenamiento, utilización y donación de gametos y embriones ambos con fines reproductivos, adopción prenatal, requerimientos y características de la Madre subrogada o madre gestante, reproducción *posmortem*, criterios para realizar investigación con embriones o creación de éstos, filiación de los hijos.

practicarse cualquier TRA. Lo anterior nos hace pensar que cualquier mujer puede solicitar el uso de las TRA sin ninguna consecuencia legal.

Otro punto importante, es la apertura para la creación de bancos de conserva y donación de gametos. También se abre la posibilidad de realizar investigaciones genéticas que tengan que ver con las enfermedades humanas y medicina regenerativa, esto tendría supervisión de CFHE. Por otro lado, es aceptada la adopción prenatal (ver artículo 4), la práctica de la Madre Subrogada y la Reproducción *posmortem*.

Es interesante analizar para quién va dirigida dicha propuesta, ya que comúnmente se coloca a la mujer como actora de la situación (ver artículos 1,4 y 5 de la propuesta de ley) usando en pocos momentos el concepto de pareja o familia. Lo anterior rompe con el sentido de las propuestas anteriores, en las que se ha manejado el uso de las TRA sólo en parejas con infertilidad. Parece ser que en la propuesta del PRD, está claro y aceptado que las TRA no sólo son utilizadas en parejas infértiles, sino también en personas solteras, hombres y mujeres, dándoles reconocimiento a su derecho de uso.

Si leemos con detenimiento cada una de las adiciones y artículos nos hacen pensar que la propuesta realizada por el PRD tiene un enfoque más “liberal” en comparación con la del PAN. Pero lo que es cierto, es que cualquier propuesta de ley sobre reproducción asistida conlleva la discusión de “... dejar bien claro quién o quienes controlan los cuerpos de las mujeres, ya que sobre ellos se monta la institución social que dota de materia prima a todas las demás: la que se encarga de reproducción social, esto es, el parentesco” (Olavarría,2002:110)

Como podemos observar, las anteriores propuestas independientemente de su postura son avances para una futura Ley en nuestro país. Que les faltaría a ambas (PAN y PRD) contemplar la diversidad cultural en México, la perspectiva de género y las posibles consecuencias tanto positivas como negativas que conlleva el uso de las TRA.

## CAPÍTULO III<sup>^</sup>

### III.1 EL CUERPO SIMBÓLICO

El estudio del cuerpo en la actualidad como tema de análisis conjuga una diversidad de expresiones que le dan sentido a su estudio y permite conocer parte de las voces del contenido cultural. En las últimas décadas el cuerpo es uno de los principales ejes de discusión que permite profundizar en las nociones y autopercepciones sobre persona, dentro del campo de la cultura y la historia (Csordas,1994). Por ejemplo, Héritier, menciona que el “cuerpo humano (es el) lugar de observación de constantes –asientos de órganos, funciones elementales, humores-, presenta un rasgo notable y ciertamente escandaloso: la diferencia de sexos y el papel distinto de éstos en la reproducción (Héritier,1996:19). Lo que coloca al cuerpo en el centro de diversas discusiones que van desde la condición de persona hasta el análisis del género, asimismo, es situado como un territorio de experimentos en el cual se expresan las relaciones sociales.

En este capítulo se exponen las experiencias vividas de personas con infertilidad que se han sometido a soluciones médicas para su reproducción, considerando como tema de análisis el Cuerpo. Con base en una serie de interrogantes, se intentó reconstruir parte de sus experiencias y conocer, a través de éstas, los diversos significados de lo que implica la presencia de la infertilidad. Algunas de las preguntas fueron las siguientes: ¿cuáles fueron los estudios y tratamientos a los que se sometieron?, ¿qué sucedió o cómo fue visto y tratado su cuerpo al momento de los tratamientos y/o estudios médicos?, ¿cuáles fueron las percepciones que tuvieron en el momento de los tratamientos/estudios alópatas?, ¿cambió su cuerpo?

---

<sup>^</sup> A partir de este capítulo y en los subsecuentes, las voces de los actores están integradas con las teorías y reflexiones. En términos de formato las narrativas están en cursivas, entrecomilladas, y al final se menciona con seudónimo al actor. Los subrayados que aparecen, son entonaciones que decidí hacer según el contenido cultural analizado.

Pero ¿por qué el Cuerpo? Una de las razones principales por las que el Cuerpo es retomado como un sistema de análisis para el presente trabajo, se debe a que fue el medio principal por el que, tanto hombres como mujeres con diagnóstico de infertilidad, se relacionaron “íntimamente” con el personal de salud médico, la medicina alternativa, los medicamentos, tratamientos y estudios médicos y/o tradicionales a los que se sometieron, todo por un sólo propósito: la búsqueda de un embarazo a término (hija/o vivo).

Dicha relación “íntima” entre el médico y el usuario, a través del cuerpo de éste último, se debe a que el Cuerpo refleja la distinción de unos con otros. En este sentido, se determina el lugar que ocupa cada persona: paciente – médico. La relación dualista que se conforma tiene por esencia la concepción moderna–occidental del cuerpo que implica:

“...la ruptura del sujeto con los otros (una estructura social de tipo individualista), con el cosmos (las materias primas que componen el cuerpo no encuentran ninguna correspondencia en otra parte), consigo mismo (poseer un cuerpo más que ser su cuerpo). El cuerpo occidental es el lugar de la censura, el recinto objetivo de la soberanía del ego” (Le Breton,1995:8)

Dicha distinción, de unos con otros, es parte del reflejo que plasma el cuerpo, pues “...no sólo tiende a indicar un mundo que está más allá de él mismo, ese movimiento que supera sus propios límites, un movimiento fronterizo en sí mismo, parece ser imprescindible para establecer lo que los cuerpos son” (Butler,2002:11) y a su vez el entendimiento de unos con otros, esto es, el juego que le toca jugar a cada persona en su contexto cultural.

Por lo que el cuerpo, “es el signo del individuo, el lugar de su diferencia, de su distinción” (Le Breton,1995:9). La percepción del cuerpo desde este enfoque, tiene que ver precisamente con el “individualismo”<sup>15</sup> como estructura social, con la

---

<sup>15</sup> El surgimiento del individualismo se ha venido dando históricamente; a partir del Renacimiento en Europa y especialmente en Italia (mosaico del *Trecento* o del *Quattrocento*) los comerciantes y los

emergencia de un pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, con la regresión de las tradiciones populares locales y, también, con la historia de la medicina que representa en nuestras sociedades, un saber en alguna medida oficial sobre el cuerpo” (Le Breton,1995:8) y que, de hecho, esto es parte de la noción que se tenga de la condición de *Persona*. El campo de la medicina ha venido a jugar un papel primordial en la noción de *Persona*, y por tanto, en la concepción del cuerpo como más adelante se va a ver.

Para entender el cuerpo desde la concepción moderna-occidental, es necesario conocer el vínculo entre individuo y cuerpo, que es precisamente la fuente de la representación moderna de la persona. En las sociedades occidentales el individualismo se da desde un plano profano, porque hay que recordar que desde la concepción religiosa el cuerpo y la persona son uno mismo; sabemos que la relación dicotómica cuerpo-alma, encierra cierta universalidad y ahistoricismo. Es por tanto que la discusión y/o reflexiones sobre el cuerpo tienen que ser percibidas como una construcción sociocultural y ser interpretadas en momentos históricos específicos; es decir, el cuerpo debe concebirse como “una entidad integral constituida por diversas dimensiones de igual valor y complementarse entre sí. Esta complementariedad explica el poder reformativo simbólico que tiene la dinámica física del cuerpo, sin que haya determinismo biológico” (Venegas,2004:193).

El cuerpo infértil, también ha sido etiquetado de diversas formas precisamente por la variedad del poder reformativo simbólico, esto es, la ubicación de las implicaciones culturales que conlleva la falta de reproducción, ha nombrado al cuerpo femenino de diferentes maneras. Por ejemplo, en las sociedades occidentales se plantea la metáfora de percibir al cuerpo femenino como una máquina que tiene como función principal la reproducción. Esta metáfora del cuerpo como máquina está acompañada

---

banqueros fueron los prototipos del individuo moderno “cuyas ambiciones superan los marcos establecidos, el hombre cosmopolita por excelencia, que convierte al interés personal en el móvil de las acciones, aún en detrimento del <<bien general>>” (Le Breton,1995:9). La pintura se inspira del individualismo y pone énfasis en los retratos, ya que el rostro es reconocido como la parte más individualizada del cuerpo (Le Breton,1995), los artistas comienzan a imprimir su firma en los retratos (siglo XV) y pasan a ser considerados como creadores autónomos (Le Breton,1995).

con el dualismo mente/cuerpo; pero cuando el cuerpo no cumple con una de sus funciones principales, como es el caso de la reproducción, es nombrado el cuerpo infértil como defectuoso (Greil,2002). Siguiendo esta misma línea, también el cuerpo infértil, es etiquetado como cuerpo anómalo, entendiendo que toda anomalía está determinada por el esquema clasificatorio consecuencia de las condiciones sociales "...que demandan las clasificaciones concisas y exhaustivas y aquellas que alientan una actitud flexible ante lo que encaja y lo que no encaja" (Douglas, 1998:135). En este sentido el cuerpo infértil, "no encaja" en la "normalidad" de la reproducción social. La mujer infértil es considerada en ocasiones como una mujer anómala.

Fagetti (2006) en una investigación realizada en San Miguel, México, encontró que la percepción de la mujer infértil, es entendida en principio como víctima de un castigo divino, puesto que su cuerpo no es apto para la procreación. En este sentido, no se cumple con el ideal del ser mujer: ser madre. Por tanto, "el cuerpo infecundo es un cuerpo anómalo, equiparable al de la mula, el animal que también por un castigo divino se volvió estéril" (Fagetti,2006:282).

En otro sentido, el cuerpo es entendido como el símbolo de uno mismo, en el que a través del cuerpo nos identificamos como personas: mujer u hombres, por tanto el "buen" funcionamiento de cada una de sus partes garantiza entenderse como persona completa, y si uno de esos funcionamientos no responde correctamente, como sería el caso de la reproducción, se presentan confusiones de identificación como personas totales, personas completas (Greil,2002). Si observamos lo anterior, podemos pensar que el funcionamiento del cuerpo en su totalidad le da sentido al ser mujer/madre u hombre/padre; más adelante se profundiza este punto.

Esta última percepción del cuerpo como símbolo de uno mismo, nos lleva a otra percepción del cuerpo: la metáfora de cuerpo como propiedad. A veces las mujeres con problemas de fertilidad que están en tratamientos no tienen "libertad" de tratar su cuerpo como antes, esto es, gran parte de lo que tienen que hacer con él, como el tipo de comida, realizar o no ejercicios, tener o no una vida sexualmente activa,

etcétera, lo determina el médico (Greil,2002) lo que da un sentido de pérdida de decisión y por tanto, de propiedad del cuerpo.

Sabemos que el "cuerpo humano, desde la concepción hasta la muerte (e incluso *postmortem*) está controlado por la medicina" (Le Breton,1995:228). Por ejemplo, cuando se da la presencia de la infertilidad, la biomedicina "sale" al rescate para resolver cualquier "anomalía" que esté impidiendo el proceso de reproducción, sin dejar afuera la fecundación. Es decir, "de la concepción *In Vitro* a la ablación de órganos, la medicina y la biotecnología vinculan los procesos orgánicos, los orienta a voluntad. No sólo los estudian y los acompañan, los transforman" (Le Breton,1995:228) lo que permite que tengan el control total de lo que se debe y tiene que hacer con el cuerpo de las personas para lograr la fecundación. Este control de la medicina sobre la/os usuarios, en su mayoría se da por medio de los tratamientos y estudios, sin olvidar el momento de la consulta que es un espacio determinante en la relación médico-usuario.

Aquí tendríamos que considerar diferencias en la intención o metas que cada parte de los actores: médicos y usuarios buscan. En el caso del personal médico, la procreación "deja de ser el deseo de fundar una familia, de crear un vínculo social, de traer una persona al mundo. Se trata simplemente de conseguir que los folículos produzcan la suficiente cantidad de óvulos, que el semen contenga la suficiente cantidad de espermatozoides..."(Bestard,2003) de manera tal que permita que la pareja logre un embarazo. Hasta ahí es el compromiso que algunos médicos adquieren, hasta ahí es su meta, es decir, para el médico la intención es el triunfo de la procreación como tal, no importa lo demás, no importa lo que la pareja infértil viva, desee y resignifique fuera del quirófano, de la consulta, del Instituto de Salud.

Desde esta postura, el cuerpo es un objeto que tiene como fin la reproducción, "reconstruido a través de un proceso de control que, en ningún momento, toma en cuenta la dimensión simbólica de la paternidad, y del deseo del niño y que sólo se hace preguntas sobre el aspecto orgánico de la esterilidad: el cuerpo obstáculo, el

cuerpo que falla” (Le Breton,1995:231) pues no logra embarazarse, no logra reproducirse.

En otro sentido, respecto al tema de la reproducción, para la pareja infértil no sólo el embarazo es el fin; es decir, no es suficiente que a través de los estudios se dé mayor producción de espermias u óvulos, así como tampoco, que se logre la unión del espermia con el óvulo, sino que lo importante es la pareja en sí. Este es el motivo por lo cual buscan ayuda para regular su fertilización, es decir, lograr un hijo/o vivo:

*“Sería el complemento de una familia...sería pues no sé, llegar a tu casa con más ganas, con más alegría, de pensar en alguien que te quiere ver, y que tú quieres ver, y que puede jugar y platicar o disfrutar de su presencia, ¿no?;” (Rafael)*

Lo anterior es uno de los motivos por lo cual las parejas con diagnóstico de infertilidad se someten a distintos tratamientos y, comúnmente, por periodos prolongados; tanto es así que los estudios y tratamientos se convierten en la parte medular de la vida de las personas, como lo menciona una de las entrevistadas

*“...finalmente como que te acostumbras a seguir los tratamientos y bueno cuando es una regla del partido...” (Natalia)*

El cuerpo pasa a ser el centro de atención para el personal médico; es decir, es el mecanismo por el cual se lleva a cabo cualquier estudio o tratamiento al que se someta la pareja infértil y, por tanto, el cuerpo adquiere el papel protagónico dentro de la atención médica, de la cual se conjugan experiencias personales que permiten a la persona, mujer u hombre infértil construir y/o reconstruir representaciones

simbólicas de su experiencia en busca de la regulación de su fertilización. Esto refuerza la individualización que actualmente tiene la concepción del cuerpo que, entre otras cosas, es consecuencia del orden social, siendo el cuerpo "la huella más tangible del sujeto en cuanto se distiende la trama simbólica y los vínculos que lo conectaban con los miembros de la comunidad" (Le Breton,1995:153). Esto da continuidad el dualismo, la separación del cuerpo simbólico de la persona infértil con el personal médico, lo cual determina el destino de las y los sujetos, dándole sentido al discurso social. Un ejemplo claro de lo anterior es que a partir del dualismo, se aprecian dos tipos de cuerpos: por un lado, el cuerpo despreciado y, por otro, el cuerpo mimado. El primero, que no es acogido por la tecnociencia, y el segundo acogido por la sociedad de consumo (Le Breton,1995) que continuamente reproducen el proceso de individuación.

### **III.2 ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS: DIFERENCIAS GENÉRICAS**

Partimos de la idea de que el "cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma". (Le Breton,1995:13) Como bien, lo menciona Douglas: "el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico. La experiencia física del cuerpo, modificada siempre por las categorías sociales a través de las cuales lo conocemos, mantiene -a su vez- una determinada visión de la sociedad" (Douglas,1978:89). Y precisamente, la percepción del cuerpo va a depender del significado que se tenga sobre él, pues:

"...el cuidado que le otorgamos en lo que atañe al aseo, la alimentación, o la terapia, la teoría sobre sus necesidades con respecto al sueño y al ejercicio, o las distintas etapas por las que ha de pasar, el dolor que es capaz de resistir, su esperanza de vida, etc; es decir todas las categorías culturales por medio de las cuales se le perciben deben de estar perfectamente de acuerdo con las

categorías por medio de las cuales percibimos la sociedad ya que éstas se derivan de la idea que el cuerpo ha elaborado” (Douglas,1978:89).

Los significados que se obtengan sobre el cuerpo le dan sentido a las dimensiones culturales que cada mujer u hombre pueda tener en una cultura determinada. La concepción del cuerpo varía de acuerdo a cada sociedad; por ejemplo, en las sociedades tradicionales, de composición holística comunitaria, “las representaciones del cuerpo son, efectivamente representaciones del hombre, de la persona. La imagen del cuerpo es una imagen de sí mismo, nutrida por las materias primas que componen la naturaleza, el cosmos, en una serie de indiferenciación” (Le Breton,1995:22). En las estructuras sociales de tipo individualista las personas se encuentran separadas unas de otras, siendo la función del cuerpo el límite entre éstas, rompiendo de esta manera la solidaridad con el cosmos; en las sociedades de tipo comunitario, el cuerpo no es un elemento de individuación, debido a que lo que caracteriza a estas sociedades es la unión del grupo y la realidad con el cosmos y la naturaleza. De igual manera, en la concepción bíblica no existe una separación de la persona con el cuerpo, ambos son uno mismo y, por el contrario, en las sociedades occidentales el cuerpo cumple la función de la individualización (separación de la persona a través de su cuerpo) esto es, la concepción de persona se aísla de lo comunitario y del cosmos, llevándonos a la concepción del cuerpo de la modernidad en el que el “resultado de un retroceso de las tradiciones populares y de la llegada del individualismo occidental marca la frontera entre un individuo y otro, el repliegue del sujeto sobre sí mismo” (Le Breton,1995:23).

También la noción de *persona* es importante para entender las percepciones del cuerpo. Por ejemplo, en algunas sociedades africanas el cuerpo tiene diferentes sentidos en cada una de ellas; en el caso de determinadas sociedades rurales africanas “la persona no está limitada por los contornos del cuerpo, encerrada en sí misma....lo que nosotros entendemos por persona es concebido en las sociedades africanas como una forma compleja, plural”, (Le Breton,1995:24) lo que provoca una variedad más de los significados del cuerpo. Al tener claro lo anterior, podemos

entender la importancia que tiene la diversidad de percepciones de las personas con infertilidad sobre su cuerpo en momentos específicos: consulta médica, estudio médico, tratamiento médico, etcétera.

Vamos a ver cómo es el “mundo” de los estudios y tratamientos alópatas que regulan la fertilización, a través de los significados del cuerpo de mujeres y hombres que han recorrido este episodio.

En el caso de los hombres, la relación de su cuerpo con los estudios médicos básicamente se da a través de los fluidos del cuerpo, especialmente la sangre y esperma:

*“A las espermatobioscopiasji, como ocho, las demás has sido pruebas de sangre...” (Ernesto)*

A través de la sangre, los médicos exploran la condición bioquímica de la persona, como el nivel de colesterol, triglicéridos, etcétera, que pudieran ser obstáculos en la reproducción. Uno de los entrevistados nos narra:

*“Me sacaban sangre para ver si tenía alguna otra enfermedad. En una ocasión que detectaron que tenía infecciones, y alguna otra ocasión me detectaron.... colesterol, me dieron una dieta, la llevé al pie de la letra” (Rafael)*

Si bien, para los médicos los exámenes de sangre y sus resultados son parte de “la rutina” a seguir, para los usuarios representan la antesala de una esperanza para continuar con el siguiente paso: el tratamiento.

*“Optimista, iba con la ilusión de que ya ahora si, no he fallado creo que está todo bien, creo que ahora si voy a tener una buena respuesta” (Rafael)*

La espermatozoidoscopia, es el principal estudio que se lleva a cabo en el caso de los hombres. Este estudio, por la espera de los resultados en primera instancia, les causa incertidumbre. Uno de ellos lo expresa así:

*“Me volvieron a hacer los estudios, y me dijo la doctora que había mucha mejoría, mucha, mucha, que todo iba bien, me siguieron haciendo estudios de mis espermatozoides que iban bien, que de repente que bajaban y que de repente que subían, que no eran estables, que no caminaban, que habían muchos inmóviles, muchos muertos, que la cantidad...” (Rafael)*

Los resultados son determinantes para la continuidad o no de próximos tratamientos, pues si no hay existencia de espermatozoides, las posibilidades de fertilización de la pareja infértil son nulas. La representación de la presencia del espermatozoides es importante, pues según Fagetti (2002), simbólicamente el espermatozoides representa la “naturaleza del hombre” y si ésta no se encuentra en “óptimas” condiciones, la pareja infértil sabe perfectamente que las posibilidades de reproducción son bajas o, si dicha “semilla” masculina no existe, entonces el evento es nulo.

Asimismo, parte importante de la realización del estudio es pues, el “procedimiento” el cual consiste en obtener una muestra del semen a través de la masturbación. Para llevar a cabo el acto, se les proporciona dentro del Instituto de Salud un espacio acondicionado con toallas, televisión, películas y revistas para estimular la excitación

y lograr obtener la muestra de semen. Comúnmente los hombres tienen que hacer fila para ingresar al cuarto con los accesorios necesarios para lograr el hecho, pues la muestra lograda tiene que ser analizada en los primeros minutos después de ser extraída. El conjunto de procesos que define el “procedimiento” provoca en el hombre sentimientos encontrados:

*“Mmm... el pasar...mmm... cómo le diré... como... como invadido; como invadido a mi intimidad. Como tener que hacer algo que normalmente, cuando estamos en edad de hacerlo, lo hace uno a solas. Que uno va creciendo de acuerdo a la edad y a las circunstancias, y va uno pasando, como hombre, etapas. Y aquí me volví a regresar y me siento como invadido en algo que yo llegué a hacer, pero a escondidas, donde nadie me veía..., ¿Cómo algo privado?...., Algo privado; Y ahorita, me siento como en un lugar público! Porque es estresante agarrar, vernos entre diez cuates allá afuera, nos estamos viendo y sabemos que vamos a lo mismo, y que tenemos problema, y que vamos a llegar al cuartito ese, nos van a dar el frasco y ya...; y llegar y ajustar todo para obtener eso... mjh... así me siento” (Julio)*

En otros casos, necesitan de una preparación previa del cuerpo antes de llegar al Instituto de Salud, para la realización del “procedimiento”. Julio nos narra su preparación previa:

*“Un té de tila para relajarme, pues me relajo pero digo: “okay”, llego relajado, llego con mi mente tranquila y todo, pero me meto al cuarto a realizar la.... la masturbación pero.... pues en ese momento mi cuerpo no quiere. Ahí es donde siente uno, este...., como este....*

*como obligado.... como obligado a hacerlo. Pero yo estoy mandando, yo estoy diciendo: "hazlo, porque es.... es parte de lo que yo quiero", pero él se siente obligado. O sea, esto va junto (risas) pero, esto está diciendo: oye, la otra cosa está.... se siente obligado".*

Con la narración se puede observar que el *procedimiento* para la obtención de muestra es una experiencia intranquila; esto es, la obtención de esperma, "materia prima" para realizar con éxito dicho estudio, pero cuando no existe tal respuesta, se da una especie de desesperación, entonces es necesario "obligar" al cuerpo para conseguir la muestra de semen. Lo anterior nos confirma que la respuesta del cuerpo llega a ser importante, esto es, simbólicamente la presencia del fluido seminal construye una nueva esperanza de posibilidades de procreación en el varón y, por tanto, es necesario exigirle, *obligar* al cuerpo que responda.

Existen algunos estudios que implican contacto físico y directo y, por ende, mayor acercamiento entre el cuerpo del usuario y el personal médico. Por un lado, se encuentra el tacto de próstata, el cual consiste en la exploración de la próstata a través del ano para la búsqueda de posibles anomalías causantes en ocasiones de la infertilidad masculina. Es una experiencia en la cual resalta parte de las creencias genéricas de los usuarios:

*"Aparte, ya sabe, el machismo que tenemos por delante los mexicanos: "Oye, cómo me van a realizar esa prueba", pero.... pero pues ya estando ahí, ya con la explicación que me dieron, me satisfizo y aparte... es un estudio muy necesario para lo que quiero, para el fin que quiero, entonces este, pues no hay de.... no hay.... para adelante. Afuera el machismo, este.... hay gente que me vaciló, pero.... no me interesa, ellos se lo van a tener que hacer tarde o temprano, si quieren estar bien" (Julio)*

Para Julio, la realización del estudio no sobresale tanto la preocupación por el dolor y el mismo procedimiento físico como tal, sino, precisamente el significado que para él representa el manipuleo e introducción de un objeto por el ano, pues socialmente representa una práctica homosexual.

Por otro lado se encuentra el ultrasonido de próstata aunado con el tacto: En este caso los estereotipos culturales del ser hombre nuevamente se reafirman a través del contacto de su cuerpo con el de otro, sobre todo cuando esa intermediación ya trastoca las partes internas del cuerpo. Uno de ellos nos narra su experiencia:

*“...pues sí, me vieron pues todo mi aparato reproductor: mis testículos, mi...Antes que eso me estuvieron checando, por medio del tacto..., ¿Y qué sentías cuando te tocaba él... era médico o médica?..., Era.. uno, fue un médico, y otra fue una doctora...., ¿Y en el primero, con el médico qué sentías?..., Pues ya sentía un poquito de más confianza, porque era entre hombres. Siempre pasaba una lejana idea de que: "¡híjole, ojalá no sea joto este señor porque...!" (risas)...Que no sea joto porque... "¡híjole, no, no, no!" y cuando fue con la doctora: "¡Ay, Diosito Santo!" (risas) .. me estaba dando mucha vergüenza, el pudor se impone: "¡Híjole, a ver si termina pronto porque hijo...!".Luego, luego pasaba por aquí la idea de sentirse... porque le están uno acariciando, y yo sentía vergüenza...., ¿Y cómo sentías tu cuerpo?..., No, pues me sentía rígido, y un tanto tembloroso"(Carlos)*

Aunado a la carga social genérica que ya mencionamos, se encuentran los distintos significados que el usuario le da a su cuerpo de acuerdo al sexo que lo explora. Es interesante cómo, cuando es atendido por el mismo sexo, existe incertidumbre entre complicidad y desconfianza; lo contrario ocurre cuando es atendido por una mujer,

pues se vuelve más vulnerable. Aquí tampoco el dolor físico se expresa, se antepone las representaciones culturales de la sexualidad.

Como se puede observar, la manipulación física sobre el cuerpo del hombre es mínima durante los procesos de los estudios alópatas, pero evidentemente desde la mirada de las percepciones existe una serie de resignificaciones, sobre todo respecto al conocimiento y reconocimiento de expresiones de su cuerpo:

*“Que sí era mi cuerpo, pero que experimentaba yo algo nuevo. Aparte de lo bochornoso, experimentaba yo otras cosas, de que nunca había pasado. Y por ser primera vez, estaba yo completamente "desenganchado" en eso....., ¿experimentabas cosas nuevas, ¿te referías al momento de tratamiento, o..?....., Sí, al tacto sobre todo, al contacto con la piel de otra persona. Eso es a lo que me refería yo. De que pues con la esposa tiene uno relaciones, se acaricia uno... ya conoce. Pero con el simple hecho de que te acuesten en una camilla y te estén revisando, el contacto que tiene la persona contigo, pues sí, es otra cosa muy diferente.... En tu cuerpo, ¿no?..., Sí” (Carlos)*

Para Carlos, el contacto físico con la otra persona ajena a su pareja, significó una experiencia “nueva”, que no dejaba de ser ciertamente “penosa”.

Los estudios médicos para las mujeres son el pasaje más tormentoso en la búsqueda de la fertilización, pues es precisamente, mediante éstos, en que el cuerpo se convierte en la “máquina receptora” de objetos ajenos al suyo, que van desde una aguja hasta aparatos sofisticados. La amplia variedad de estudios que existen para la regulación de la fertilización, están abiertos a “formas de acercamiento” entre el cuerpo de la mujer y el médico, pues el contacto no se da sólo desde el exterior del

cuerpo, sino en su mayoría la importancia de los estudios es para “explorar” cómo se encuentran funcionando las partes internas del aparato reproductor. Una de ellas nos cuenta:

*“Y entonces el hecho de que hayan introducido una cánula pues... no la sentí; que me hayan puesto el pato, como lo mencionan, el espejo, y que abren parte del cuerpo, pues es como tomar una muestra de Papanicolaou, porque bueno ya me lo han hecho. Pero cuando inyectaron el líquido, pues es un dolor fuerte, fuerte pero rápido. Pero de ahí en fuera te piden que te muevas hacia la derecha, hacia la izquierda para poder sacar las radiografías.... y de frente. Entonces...pues en eso no me dolió, en todo eso a mí no me dolió en lo personal. Pero es molesto; es molesto porque te están introduciendo cosas que no las usas diario; en segunda, son doctores y tienes un poco de pudor; y bueno, en tercera, dices: “¿qué necesidad tengo de estar haciendo todo esto, por qué tengo que pasar por todo esto?” (Karla)*

Es interesante como históricamente el cuerpo de la mujer ha sido manejado para su exploración a través de objetos extraños, tanto así que se ha llegado a normalizar, pues “no importa” de entrada, la introducción de algún objeto extraño en su vagina, siempre y cuando éste sea “común” en la atención médica (como el pato o espejo), ya que el sentido de objetos extraños no comunes, representan experiencias nuevas no agradables en su cuerpo; creando nuevas interrogantes sobre su conducta en la búsqueda de su reproducción: “¿por qué pasar por todo eso?”.

Como ya se mencionó, uno de los principales fines de la realización de los estudios es conocer el funcionamiento interno del aparato reproductor, parte del mal son las Trompas de Falopio. Para conocer si tienen o no permeabilidad las Trompas de

Falopio, es decir, que pueda o no acceder el esperma a los ovarios a través del canal de éstas, es necesario realizarse un estudio específico, la histerosalpingografía:

*“Pues normal, pues lo tengo que hacer y ni modo. Quieres conseguir algo, pues lo tienes que hacer. Entonces ya me acostó, me abrió las piernas y ya me metió como una solución; ya, hasta me dijo va a sentir frío, frío y ya, me metió la solución y si se sentía frío... y ya. Me dijo: “ahorita va a sentir como calambres y dolores, dice, como si fuera a menstruar...” y ya, eso fue lo que sentí. Y ya, luego me metió como una sonda, yo creo que es por la que está viendo todo por dentro, y ya empieza a sacar las radiografías, porque te sacan las radiografías tanto de la cadera, de acá atrás y de acá enfrente, pero si son fuertes los dolores” (Marta)*

El conocimiento del cuerpo físico de la mujer por el personal médico no se da superficialmente, pues para conocer la “anomalía” del cuerpo femenino infértil, es necesario tratarlo por dentro, tomarle radiografías, dejando a un lado, el dolor y el pudor que la usuaria pueda vivir durante el tratamiento. Y esto último, es lo que permite, de alguna manera, a la usuaria conocer cómo su cuerpo puede llegar a responder ante dicho procedimiento interno.

En algunos casos, los estudios médicos, como la laparoscopia, no se centran sólo en la irrupción del cuerpo a través de la introducción de soluciones u objetos ajenos para observar al interior del cuerpo de la mujer, sino también es necesario “cortar al cuerpo” a través de aberturas para introducir los utensilios médicos. Nora nos cuenta:

*“¿Y qué te hacen, como un ultrasonido o cómo?... No, esa es a base de.... te hacen cuatro agujeritos en tu vientre, te.... por lo que me han comentado porque a mí me sedan. No sé ni qué es lo que*

*hacen conmigo y.... meten este....lamparitas, es como, como te ven todo por dentro, van filmando todo lo que te están haciendo. Y al final.... mmm....te hacen un dibujo donde te dicen qué es lo que tienes, con qué seguimos y si se puede o no se puede”*

En este caso, se da simbólicamente una separación del cuerpo de la mujer con ella misma, manifestándose parte de la visión occidentalizada del cuerpo: la individualización<sup>16</sup>, pues llega un momento en que no sabe lo que le hacen, describe más o menos el procedimiento. Pero es evidente que en este tipo de estudios el cuerpo le pertenece al personal médico, la usuaria queda a disposición de él; es decir, la relación del médico y usuaria se da a través de su cuerpo y los utensilios alópatas, la usuaria, sólo tiene que esperar la respuesta y saber, sí o no continúan con lo que sigue, provocando en primer término incertidumbre y, después, esperanza.

Respecto a los varones, en el caso de los procedimientos de algunos tratamientos, se da la misma dinámica que se presenta en los estudios respecto al trato diferencial del cuerpo de la mujer en comparación al del hombre, pues en éste último los tratamientos -en algunos casos- consisten sólo en ingerir medicamentos para elevar la cantidad o calidad de esperma:

---

<sup>16</sup> La concepción individualista del rompimiento con la comunidad y consigo mismo; en lo referente a esta última separación, el campo de la medicina ha tenido un papel fundamental; ya que en la Edad Media en la cual no existía una concepción individualista no se permitían las disecciones, “la incisión del utensilio en el cuerpo consistiría en una violación del ser humano, fruto de la creación divina. También significaría atentar contra la piel y la carne del mundo....el cuerpo no es aislable del hombre y del mundo: es el hombre y, a su escala, es el cosmos” (Le Breton,1995:46). El dualismo contemporáneo tiene sus orígenes con los anatomistas y en especial con el *De corporis humani fabrica* (1543) de Vesalio (Le Breton,1995), ya que a partir de este momento se empiezan a realizar “las primeras disecciones practicadas por los anatomistas con el de obtener formación y conocimiento muestran un cambio importante en la historia de las mentalidades occidentales. Con los anatomistas, el cuerpo deja de agotarse por completo en la significación de la presencia humana (Le Breton,1995:47). Con la conducta de los anatomistas se abre una nueva faceta en el entendimiento del cuerpo, ya que el cuerpo pasa a ser un elemento fundamental en los conocimientos científicos pasando a ser propiedad de los especialistas, lo que implicó quitarle a la persona autonomía sobre su propio cuerpo y, por ende, la separación de sí mismo.

*“...tiene que estar a veces al pie del cañón y la pastilla, y esto, y ya esto para que no se rompa el tratamiento. Porque a mi me dijo una vez un médico que, por ejemplo, que si mi horario es a las diez, ya sea que me tome la pastilla una hora antes o una hora después así no se rompe el tratamiento, ¿no sé si sea verdad o no? Entonces le digo que, a veces, yo soy el que está duro y duro” (Silvio)*

Es evidente que en este caso, no existe una invasión del cuerpo del hombre en saber sí responde el cuerpo a través de la producción y calidad de esperma. Pero sí se convierte en una válvula de esperanza. Uno de ellos dice:

*“O sea, el tratamiento es nada más tomarme un medicamento para que suba de calidad, nada más en eso trata el tratamiento este, bueno que me lo dieron por dos meses. Pero te digo que la doctora, con la doctora que estoy yendo nos dijo que sí, que había una mejoría mejor y que quién sabe qué. Y ya cuando fuimos a ver al doctor para ver lo de la inseminación... -no me acuerdo cómo se llama- ya el vio el expediente de los dos y... te digo que la doctora nos había dicho que sí, que ya había mejorado un poquito más, que nada más necesitábamos uno y que quién sabe qué. Pero ya cuando fuimos a ver al doctor, ya nos dijo que no, que no nos veía posibilidades. Y le habló a la doctora y la doctora me mandó a hacer unos estudios, nada más” (Abraham)*

Algunas veces existen factores que afectan indirectamente la presencia de la infertilidad, como es el caso de la obesidad, lo que implica restringir la alimentación a través de dietas. Por ejemplo, Abraham tuvo someterse a una de ellas.

*“Porque uno está acostumbrado a comer de todo, bueno ahí en la dieta, pues puede uno comer de todo, pero por ejemplo, controlan, te quitan el refresco, te quitan los dulces, tienes que tomar agua; dos litros mínimo. Tienes que llevar un control en... por ejemplo en la verdura, me parece que los... o sea porque a mí me separaron A y B las verduras, no me acuerdo ahorita cuál pero la A, me parece que tengo que comer cierta cantidad y en la B, sí puedo comer lo que yo quiera ¿no? Entonces, por ejemplo, el pollo, tengo que comer noventa gramos, creo, no me acuerdo cuánto en la comida, tanto en el desayuno, en la cena, tanto. Y pues uno no está acostumbrado a comer así, uno llega y: “Sabes qué sírveme dos piezas de pollo o tres piezas de pollo”, y “¿Sabes qué?... me gustó, ¡sírveme más!”. Y aquí en la dieta no, no puedes hacer eso, o sea nada más llegas y: “¿Sabes qué?, ¡tanto tienes que comer y eso es lo que comes!”. Tengo que comer dos tortillas nada más en el desayuno, dos en la comida y dos en la cena. Sí como arroz no como tortilla, si como frijoles no como arroz ni tortilla, o así van las cosas ¿no? Enton’s, realmente pues, como te digo, uno está acostumbrado a llegar el fin de semana y: “vamos a comer carnitas” (leve risa) y... y pues no”.*

El cuerpo no es invadido directamente, pero sí se da una especie de control de éste, pues existen cambios en las costumbres alimenticias, y por tanto, en los hábitos cotidianos, que son parte de las expresiones del cuerpo. Esto nos deja ver también que para los usuarios, estar involucrados en los tratamientos implica “sacrificios” que son -a veces- minimizados por el personal de salud, pues para éste, la dieta se convierte en una simple indicación médica; sus implicaciones sociales, culturales y familiares no son consideradas, pero para el usuario, es una especie de renuncia a su cotidianidad alimenticia.

En el caso de las mujeres, los tratamientos van desde hormonales hasta las técnicas de reproducción asistida (TRA). Cuando la alternativa es el tratamiento hormonal, a las mujeres les recetan tomar ciertas hormonas por un tiempo específico, con la toma se comienza el tratamiento, pero no sólo consiste en eso, pues parte del proceso del tratamiento es la calendarización de la pareja; es decir, se le programa a la pareja los días en los cuales deben tener relaciones sexuales y los días que no:

*“Sí...pues si es más difícil, porque hay veces, como yo creo, uno anda pensando tanto, pus como que hay veces, uno no tiene ganas de nada, ni nada, y a fuerza lo tiene uno que hacer, y hay a veces que a la mejor se va el estar pensando en el doctor y en los días, y es cuando si, y es cuando no debe uno de tener relaciones, entonces sí es también problemático porque hoy sí y mañana no, y que tres días no, que porque....o luego por los estudios, también se cruza ese que tiene que venir de abstinencia de tres a cinco días, y luego como nosotros salimos a vender, luego por ejemplo salimos a vender y pus no podemos, y ya llegamos y que ¡¿no?! ¡porque toca!, el doctor, y que esto y que el otro”(Paula)*

Podríamos pensar desde una perspectiva simplista, que la calendarización sexual es parte del tratamiento, pero evidentemente se convierte en una consecuencia más para la pareja infértil, pues el disfrute a veces desaparece y el acto sexual se vuelve mecánico. Profundicemos en esto último. Por lo que es importante rescatar las implicaciones y significados en la pareja al ser “organizada” su vida sexual por el tratamiento.

Una de ellas da a entender que no es lo mismo cuando tiene deseos de tener relaciones sexuales que cuando son programadas:

*“Porque tiene que ser ciertos días, y abstinencia otros días, para que lleguen más o menos, ¡bueno no sé para qué! pero, me imagino que sean mayor cantidad de espermias o no sé. El chiste es que tienen que ser unos días sí, unos días no, y hay que tenerlos controlados y anotados, o sea como que ya uno dice: bueno, pues es que eso ya no es placentero ¿no? tiene que ser a tal hora y de tal forma y no se qué, como que ya... como que no es placentero pues. Pero...cuando uno no está pensando en eso es muy diferente” (Sonia)*

Aquí vemos claramente que el acto sexual y el deseo corporal están ligados; es decir, si bien las mujeres se encuentran en tratamiento para la fertilidad, y parte de éste es tener relaciones sexuales programadas, el deseo y disfrute en la mujer -a veces- al momento del acto, se llegan a perder por la simple razón de ser “obligatorias” las relaciones sexuales. Lo anterior nos permite ver cómo para la mujer el acto sexual no sólo tiene como objetivo la reproducción, sino a pesar de la presencia de la infertilidad, el deseo sexual-disfrute es parte importante.

Es conveniente tomar en cuenta que existe una preparación del cuerpo para cada tratamiento a través de medicamentos, inyecciones, y obviamente los estudios previos. Por ejemplo, para la realización de la Inseminación Artificial (IA), la mujer tiene que prepararse:

*“porque antes de la inseminación tú sigues una serie de medicamentos que debes tomar, inyecciones, pastillas y demás, para presentarte en optimas condiciones, te hacen el proceso y,*

*después, ahí tienes que seguir tomando una serie de medicamentos por si se dio el embarazo, haz de cuenta, para reafirmar de alguna manera; bueno cuando viene tu periodo menstrual descartas el embarazo, es un hecho". (Natalia)*

La realización del procedimiento de la IA es un proceso complicado para la mujer, pues su cuerpo se somete primeramente a estudios previos para que se garantice su "buena condición", ya de los resultados depende la continuación o no del tratamiento, lo cual es el inicio de la expectativa; posteriormente, ingieren hormonales para provocar la producción de folículos (ovarios maduros) y se pasa a la etapa final, la realización de la inserción del esperma. Paula nos narra:

*"Le dicen a uno que en el segundo o en el tercer día que está menstruando uno tiene que venir... empieza uno a inyectarse lo que le mandan a uno...es hormona. En marzo hice una, y este me pusieron catorce ampollitas, dos diarias, por siete días después del tercer día, dos diarias, dos diarias, y este....el último día, un día y medio antes de la inseminación me ponen otra en el estómago... sí, que porque es subcutánea y que debe ser en el ombligo o en la pierna, en el brazo, y la primera vez que me la pusieron me la pusieron en el brazo, y si me dolió....y ya después este no quedé embarazada. Luego, luego me bajó como a los diez días de la inseminación.... luego, luego rápido, hasta se me adelantó"*

Como se puede observar, el procedimiento es largo y el cuerpo, en todo momento, se encuentra medicado. Simbólicamente el desenlace del tratamiento fallido se da con la presencia de la menstruación.

Lo mismo sucede cuando se realiza el tratamiento de Fertilización *In vitro* (FIV), en el cual el cuerpo está mayormente medicalizado, la mujer no puede realizar cualquier actividad por lo menos quince días, y la estimulación hormonal es mayor:

*“te estimulan menos (se refiere a la IA) que para el in vitro, porque ahí tienen que estar en cierto tamaño los folículos, no es de mucho tamaño como en el in vitro...Por ejemplo, acá en el in vitro, también tú sientes cuando están haciendo todo....; ¡¿Sí lo sientes?!....; Sí se siente. Bueno, cuando te.... te dejan ya los embriones no se siente; porque es más el dolor que sientes al estar pasando la cánula, que ya cuando los ponen. Porque de hecho un médico está viendo que estén en su lugar y el otro los está pasando; y los tienen por medio de un monitor, a ver que sí están en una posición buena... Y ya cuando te hacen la transferencia, ya cuando depositan los embriones te dejan reposando de tres a cuatro horas....; De tres a cuatro horas ¿Igual como en la inseminación?¡....; Sí; pero nada más que con la inseminación artificial te puedes salir caminando, y en esta no, te tienen que sacar en silla de ruedas, caminar lo menos que se pueda.... Y estar reposando....; Sí...; ¿Cuánto tiempo tienes que estar así?....; Eeeh...sin levantarte cuatro días, de cuatro a cinco días. Y ya después, ya caminar un poquito, poco a poco; pero sí no, no hacer nada pesado, hasta que te digan sí, sí o no....; ¿Y te dicen después de cuánto tiempo?....; A los ocho días te mandan a hacer un estudio hormonal, a ver cómo están tus hormonas. Y a los quince días te hacen la prueba definitiva, sí, sí, o no. Así es que en quince días se decide todo” (Nora)*

A veces a la pareja –conjuntamente- se le tiene que realizar estudios, para que pueda llevar a cabo el tratamiento indicado; es decir, ambas partes tienen que tener control de sus fluidos corporales:

*“Aquí me hicieron una capacitación de esperma, me hicieron un ultrasonido testicular y me estuvieron valorando poco a poco, también en cuanto a las infecciones. Que sí salí positivo en el primer in vitro, y me tuvieron en tratamiento... a los dos nos tuvieron en tratamiento medio año, hasta que me desapareció todo....; ¿Y han estado cuántas veces en fertilización in vitro?....; Esta es la segunda vez....; ¡¿Esta va a ser la segunda vez?!. En la primera es cuando saliste tú mal....; Mjh; que tuvimos que posponer todo un buen tiempo, hasta que estuvimos los dos bien controlados seguimos adelante” (Carlos)*

Como se puede observar, cuando se lleva a cabo el tratamiento de IA o FIV, la pareja tiene que realizarse estudios dándose una participación activa en ambos, pues de la condición en la que se encuentren ambos cuerpos genéricos, será el resultado del tratamiento. Cuando no es exitoso el tratamiento se simboliza con la presencia de la menstruación:

*“...bueno, cuando viene tu periodo menstrual descartas el embarazo, es un hecho” (Natalia)*

Lo que viene siendo curioso y contradictorio, pues social y culturalmente la menstruación representa: “la prueba palpable de la fertilidad. Si la mujer no regla, no puede concebir. La sangre que mana periódicamente del cuerpo femenino es

portadora de vida, su ausencia es señal de esterilidad” (Fagetti,2002:115). Pero para las mujeres infértiles, el sangrado menstrual después de cada intervención es su “peor enemigo”, pues les indica lo contrario, su incapacidad para procrear y, por tanto, les recuerda su padecimiento: la presencia de la infertilidad.

A través de las narraciones de las y los usuarios se expuso el trato diferencial del cuerpo infértil de la mujer respecto al del hombre dentro del Instituto de Salud. En conclusión, se puede decir que el cuerpo de la mujer, por el tipo y los numerosos tratamientos y estudios existentes para ella, tiende a ser mayormente invadido por el personal médico en comparación con el cuerpo del hombre. Pero lo cierto es que las experiencias, tanto para mujeres como hombres son distintas; lo que se traduce en ***experiencias vividas diferencialmente a través del cuerpo***. Es decir, el tipo de sometimiento, la cantidad y calidad de las distintas soluciones para la infertilidad, en el que el cuerpo es el centro o la “máquina receptora”, es lo que le da contenido a las diferencias simbólicas en que, mujeres y hombres infértiles, construyen sobre su cuerpo, lo anterior lo denominaremos como la ***Dinámica diferencial de trato del cuerpo genérico***.

Dicha dinámica del trato diferencial del cuerpo genérico podría ubicarse dentro del marco de la individualización propuesto por Le Breton<sup>17</sup>, pues como ya se narró: las experiencias son personales y genéricas. El cuerpo, como centro de “operaciones” del personal de salud, provoca cierto alejamiento entre el usuario y el médico, se da una especie de ausencia simbólica en términos estrictos en el momento de la atención por parte del personal médico, pero la persona infértil no deja de resignificarse, de darle sentido a lo que vive durante los procesos de los estudios y tratamientos.

---

<sup>17</sup> Esta nueva concepción del ser persona, el cuerpo “se convierte en la frontera precisa que marca la diferencia entre un hombre y otro” (Le Breton,1995:45). Por lo que el cuerpo se convierte en la forma de acceso de la presencia humana, en sí, “la definición moderna del cuerpo implica que el hombre se aparte del cosmos, de los otros, de sí mismo. El cuerpo es el residuo de estas tres contradicciones” (Le Breton,1995:46). Hasta aquí, el cuerpo ha sido un actor determinante en el proceso de individualización, rompiendo con la concepción comunitaria.

### III.3 Cuerpo Genérico

Los sentimientos y expresiones de las y los usuarios a través del cuerpo tienen sus matices de acuerdo al género, pues el cuerpo es el instrumento indicado para reforzar la individualidad en el marco de una estructura social, y más aún, implica una diferenciación a partir de la noción de persona, si partimos de las diferencias anatómicas y fisiológicas de la mujer y del hombre. Para entender, lo anterior es necesario analizarlo desde el discurso simbólico, es decir, cómo han sido observadas tanto las diferencias anatómicas como las fisiológicas desde las creencias y los mitos, ya que "...el mito legitima el orden social establecido" (Héritier, 1991:96).

Una de las usuarias manifiesta cómo percibe su cuerpo después de haberse sometido a varios estudios y tratamientos:

*"... Cuerpo agredido, un cuerpo que ha sido manipulado, un cuerpo que ha sido alterado en muchas situaciones, desde el simple hecho que te metes hormonas y te cambia todo, pues que ha sido agredido básicamente. Y ahora pues pobrecito" (Natalia)*

En el caso del varón:

*"No, nunca fue desagradable, que me iban a inyectar adelante, que me iban a sacar sangre adelante, no, no fue desagradable" (Rafael)*

Si comparamos las narraciones, observamos claramente algunas de las diferencias genéricas, pues para la mujer es evidente que su cuerpo es invadido, agredido, pues los estudios consisten no sólo en exponer los órganos reproductores internos, sino la

condición biofisiológica, cambiando el cuerpo y creando una serie de sentires particulares, dando por tanto, una experiencia desagradable. Por el contrario, en el caso del hombre, por ser la manipulación a través de la extracción de sus fluidos, la experiencia es menos invasiva, ya que es la única manera por su condición biofisiológica.

### III.4 AL RESCATE DEL CUERPO GENÉRICO

Los usuarios, de una u otra manera, buscan la apropiación de su cuerpo cuando éste se encuentra en “manos” del médico; dicha conquista a veces puede procurarse a través del dolor y manipulación, es decir, su cuerpo es del usuario al momento de sentir físicamente lo que le están haciendo, le dan contenido a lo suyo, a **su cuerpo**. Esto es, el significado de la apropiación del cuerpo se refleja en ocasiones por medio de los sentires físicos: *si yo siento, es mío*. Como nos cuenta Natalia:

*“Claro que muy tuyo, puesto que te dolía todo, claro es tuyo, y bueno, lo sientes de alguna manera como que lo estás molestando; y mira que tengo un cuerpo tan noble, de verdad que yo lo admiro, admiro muchas cosas mías, pero dentro de lo que más admiro es mi cuerpo, tiene una capacidad de respuesta y de reacción que pocos organismos he visto que así reaccionen, digo ¡que bárbara! ¡que suertuda! Porque pese a todo me he recuperado con una rapidez impresionante, de verdad yo agradezco mucho esto. Yo veo en las misma salas, entrábamos al quirófano cuatro personas que entraban a diferente quirófano, nos iban ha hacer el mismo estudio, por ejemplo, pues afortunadamente era una de las primeras en salir, en cuanto salía mi reacción era rápida, no había problema, ni con la*

*anestesia, ni con medicamentos, mi único problema es que soy de presión baja, es el único problema, pero una vez que salía”*

Podemos decir que a través del dolor físico, de la manipulación y la respuesta del cuerpo, se da una especie de autoconocimiento corporal, que lleva a la afirmación de la existencia del cuerpo. Otra manera de recuperación, es el reconocimiento de pertenencia en el momento de la atención médica:

*“Siempre he sentido mi cuerpo como parte de mí, como que no le pertenece a nadie, es mío, no siento que alguna persona me diga, o sea, porque me va hacer un estudio, ya parte de mi cuerpo es de esa persona”(Sonia)*

### **III.5 SENTIMIENTOS Y EMOCIONES CORPORALES POR UNA POSIBILIDAD DE EMBARAZO**

En los anteriores apartados, se mencionó sobre la importancia de las percepciones de los actores respecto al cuerpo físico, es decir, al trato que ha recibido. Lo anterior es una parte del conjunto de interpretaciones, pues si consideramos al cuerpo como un sistema social y cultural, las expresiones y, por ende, los significados, no sólo se dan a través de la experiencia del contacto físico como tal; sino que también los sentires\* y emociones del cuerpo que la persona experimenta al momento de la consulta, son parte de las percepciones al momento de ser atendida.

---

\* El término de sentires, debe ser entendido como aquellos sentires o sentimientos expresados por los actores en sus narrativas.

En ese sentido, en el presente apartado se intenta rescatar la simbolización de las emociones y/o sentimientos que los usuarios experimentan a través de las expresiones del cuerpo, al momento de someterse a los distintos tratamientos y estudios. Es decir, recuperar las representaciones socioculturales y genéricas de las emociones que construyen las personas con infertilidad al tener contacto con el otro: quien las atiende.

Partimos de que el cuerpo no sólo es una estructura física que funciona a través de venas, arterias o movimientos musculares, sino también se encuentra inmerso dentro de un contexto cultural específico, en el cual están “legitimadas” expresiones corporales, de acuerdo a situaciones o vivencias individuales; por tanto, los “sentimientos y las emociones no son estados absolutos, sustancias susceptibles de transportarse de un individuo y de un grupo a otro; no son –o no son solamente– procesos fisiológicos cuyo proceso secreto, se supone, posee el cuerpo. Son relaciones” (Le Breton,1998:9). Por lo que podríamos argumentar que las expresiones y los sentires corporales, desde una perspectiva cultural, son compartidos, pero es importante tomar en cuenta que las “emociones nacen de una evaluación más o menos lúcida de un acontecimiento por parte de un actor nutrido con una sensibilidad propia; son pensamientos en acto, apoyadas en un sistema de sentidos y valores” (Le Breton,1998:11). En este caso, podríamos entender la particularidad en que los usuarios colocan la presencia de la infertilidad en su vida.

Pues, la manifestación del cuerpo a través de las “percepciones sensoriales y o lo sentido, y la expresión de las emociones parecen la emanación de la intimidad más secreta del sujeto, pero no por ello menos social y culturalmente modelados” (Le Breton,1998:9). Ahora bien, estas emociones corporales, por el hecho de ser íntimas y personales, están alejadas en primer momento a ser expresadas verbalmente por los usuarios en tratamiento hacia el personal de salud y, en segunda, por parte de éste último, como no es “algo” físico, es decir, evidente o palpable para ellos en ocasiones existe la falta de reconocimiento de dichas emociones corporales vividas por la/os usuarios a los que atienden. Pero las expresiones y sentires no tienen

descanso, pues continuamente se expresan en cada estudio, tratamiento y consulta médica. En algunos casos la vergüenza y el pudor se dejan ver:

*“Es que son muchos nervios allá arriba, luego siempre sí es penoso, pus acostumbrarse a estar abriendo los pies y, luego, venir reglando y con la sangre y todo, y luego que estén viendo allá dentro todo”  
(Blanca)*

Es obvio que la vergüenza o pudor tienen un principio: la observación de las partes íntimas. Lo que nos lleva a pensar que el cuerpo es considerado como “algo” prohibido, en el que algunas partes no deben ser observadas por los otros, pues se dejaría ver la esencia de la persona, provocando la exposición de humores como reflejo de lo prohibido. El cuerpo observado y tocado se paraliza simbólicamente durante la consulta médica:

*“En el ultrasonido testicular también le ponen a uno gel en lo que es los testículos y pasan la máquina esa del rayo, y lo están... también fue una doctora y una ayudante; y ¡ay hijo!, igual, igual. Volví a revivirlo todo porque pues...ellas estaban revisando, estaban observando por la pantalla, y moviendo el aparatito y... “¡ya terminen, no sean crueles!” (se ríe)....; ¿en ese momento tú cómo sentías tu cuerpo....; No respondía a nada. Porque con vergüenza pues no responde uno a nada, se bloquea uno completamente”  
(Pablo)*

Pues si bien la persona alude a una inmovilización de su cuerpo al ser observado y tocado como consecuencia de la vergüenza, entonces la significación de los sentires y expresiones dan cuenta de la separación “voluntaria” del sujeto con su cuerpo; esto es, desde una perspectiva física, la persona infértil considera a su cuerpo inmóvil, evita sentir, pero los “rubores” no dejan de expresarse, la vergüenza vuelve al cuerpo inmóvil en el momento de la consulta.

La intención de someterse a los tratamientos y estudios es precisamente el camino para saber cómo se encuentran fisiológicamente; es decir, conocer cuáles son las posibilidades para lograr un embarazo, por tanto la esperanza también está presente:

*“Y ahora que me estabas comentando que te programan a lo mejor para inseminación artificial, ¿verdad?....; Ajá....; ¿Qué piensas de que van a pasar a eso?; Ah, pues de que hay probabilidades de que (risas)... de que podamos ser papás. Sí, porque si... hay una esperanza, porque sino ya me hubieran dicho tajantemente...” (Julio).*

Lo anterior, está aunado a las largas jornadas de tratamientos y estudios, pues al guardar las posibilidades de embarazo, el sometimiento se vuelve cotidiano. Más adelante profundizaré en ello. Pero cuando sucede lo contrario, la persona expresa desesperanza e incluso desánimo, como nos narra Karina:

*“Pues otras veces nos daban ánimos y decía que sí ya falta menos, y otras veces pues te bajan más la moral, porque más estudios y luego, otra vez te levantaba los ánimos, ahora si ya en dos o tres meses, ya van a poder intentar otra vez. Luego, otra vez, ya te*

*bajaba la moral; ya te mandaba a hacer otra vez más estudios, pues así hemos estado”.*

Por tanto, la condición fisiológica y orgánica se convierte en una incertidumbre que conjunta sentires y emociones contrapuestos, pero cuando el organismo no se encuentra “sano” la persona llega a deprimirse. Es importante tomar en cuenta que comúnmente la esperanza es uno de los primeros sentires que se expresan al inicio de cualquier estudio o tratamiento, seguido en ocasiones por otros sentires cuando se da el desenlace:

*“y sí nos preparan antes pero uno va con... con la fe de que sí vas a lograrlo y cuando no lo logras, pues sí te deprimes ...Sí, sí es mucho el... bajón que da tu... tu moral porque estás con tu pareja que: "ojalá que sí, ojalá que sí" y porque pues nada más de esa manera lo puedes lograr y... pues eso es lo que me pasa, que sí me... me deprimó mucho” (Marta)*

La perseverancia también se expresa al momento de la realización de varios estudios para la regulación de las “anomalías” de la reproducción. Pues no siendo tan fácil detectar las causas de la presencia de la infertilidad o en otros casos los resultados no son favorables, se tiende a realizar más de una vez los estudios o tratamientos correspondientes:

*“Hay veces que me dicen que salió bien, pues sale uno contento, con mi esposa: "oye, fíjate esto y lo otro...". Cuando me dicen: "hay que volverlo a hacer", pues sabe uno que hay que volverlo a hacer porque algo está mal..., ¿mjh? Y pues en la salida del consultorio,*

*pues... bien o mal, ¿no? Pero pues es..., es volver a..., otra vez, el otro día” (Silvio)*

Lo anterior, implica realizarse más de una vez el mismo estudio, y hay que considerar que un tipo de estudio no es suficiente en el proceso de la regulación de la fertilidad, sino la cantidad y repetición de ellos depende del diagnóstico de la persona. Es interesante que en cada nuevo estudio o repetición de éste, la esperanza de que todo resulte bien para continuar con otro paso sea perseverante por parte de la o el usuario. Nos dice Marta:

*“Pues yo pienso que lo mismo porque él lo desea tanto como yo, por eso es el mismo entusiasmo. Cada mes es lo mismo y lo mismo, teniendo la esperanza queriendo, a ver si ahora si se da. Te digo y le ponemos las ganas, pero no”*

Ahora bien, las emociones y los sentires corporales no se dan de manera unitaria; es decir, en un mismo acto. Por ejemplo, puede presentarse la esperanza y desesperanza, como en el caso de Lulú:

*“Pues esa vez del estudio yo pensé: ¡ay! ojalá y con esto encuentren qué es lo que está pasando y ya me pueda embarazar. Y más porque el doctor me dijo.... me dejó de llamar, no me acuerdo cómo se llamaba, dice, si no te embarazas, te doy de plazo de aquí a cuatro meses, y si te embarazas, me vienes a dar la noticia....Le digo, ¡ay, doctor! pues hágame la buena y, entonces, cuando me dio los resultados, me dijo, encontramos la trompa izquierda semiobstruida, entonces, con eso, como diciéndome “ya*

*encontramos tu mal” Ya con eso te la destapé, ya sabemos qué pasó y sí te vas a embarazar, yo estaba bien emocionada y dije qué padre ahora si ya, y cuál va siendo la cosa, que pasaron los cuatro o cinco meses y nada de nada”*

Esto nos hace ver que la persona constantemente se expresa desde su contexto cultural, a través de su cuerpo combinando emociones y sentires, como consecuencia de su propia experiencia y, por tanto, resignifica parte de su reproducción.

Si bien, los resultados de los estudios son un momento en el cual las emociones y los sentimientos se expresan, el mismo acto como tal, es decir, el estudio y/o tratamiento también son parte de las resignificaciones y sentires de la persona, entre ellas se encuentra la ilusión o el sueño de lograr “buenos” resultados:

*“¿Y cómo te sentías cuando te estabas inyectando?....; Pues con una ilusión, o sea, siempre traté de estar al pie de la letra, al pie de la letra, con una ilusión de que esto se diera, ya pasaron muchos años y no ha habido nada” (Javier)*

Por tanto, la disciplina se convierte en su mejor aliado, pues para ellos el empeño es parte importante para lograr que el proceso del tratamiento se cumpla:

*“¿Qué pensaba? Bueno, siempre lo haces con la ilusión de que puedas resolver el problema y que ya puedas quedar posiblemente embarazada, que es tu objetivo finalmente. Pero si es incómodo el estar tomando medicamentos, salir corriendo a ver al ginecólogo, el*

*que te revisen, otra vez te vuelvan a ver, es desgastante -tanto físico como psicológicamente y económicamente-”(Sonia)*

Si bien por un lado toda solución para la regulación de la fertilidad crea esperanza en las personas, también la cantidad de estudios y/o tratamiento provoca sentimientos de molestia e incomodidad:

*“Pero, ¡¿cómo es?! ¿tú llevabas los espermatozoides o cómo es?....; No, sí, me daban un recipiente allí, pasaba al baño....; Allí mismo en Peripato....; En Peripato, tenía que darles la muestra porque no tenía que pasar más de determinado tiempo, para que ellos los pudieran analizar....; ¿Y cómo te sentías...cuando estabas haciendo eso?....; Pues era un tanto molesto....; ¿Por qué?....; Pues, estar en el cuarto a solas... pero con el fin de lograr lo que tu quieres, pues ni modo tienes que hacerlo, pues le echabas ganas...para que todo saliera bien” (Ernesto)*

Podemos decir que los sentimientos como la vergüenza, desesperanza, molestia, esperanza, pena, etcétera, son parte de las expresiones del cuerpo que en ocasiones puede llegar a establecer parte de la conducta de la persona, como es mencionado por Turner (1989). Él nos dice que el cuerpo es "fundamental para las órdenes micro y macro de la sociedad. El cuerpo es el vehículo para las actuaciones del yo y el blanco de los rituales de degradación de la exclusión social. Las intimidades y las exclusiones se centran en el cuerpo como el medio para señalar al yo" (Turner,1989:68) lo que lleva a comprender al cuerpo como un sistema de expresiones a veces subordinados, encontrándose inmersa la desviación corporal que se caracteriza por expresar "lo no bien visto, lo no aceptado" como corporalmente normal.

Desde esta perspectiva, "la desviación de las apariencias del cuerpo (implica), sonrojos, rubores, secreciones no deseadas, que están sujetas a la vigilancia cultural, y aquellas "desviaciones" del cuerpo interior (la afección y la enfermedad) que son igual objetos de evaluación moral" (Turner,1989:68). Esta forma de control es parte del - orden social - por lo que se puede explorar al cuerpo infértil como "un estudio del problema del orden social y puede organizarse en torno a cuatro temas: Éstos son la reproducción y regulación de las poblaciones en el tiempo y el espacio; y la restricción y representación del cuerpo como un vehículo del yo" (Turner,1989:69). Lo anterior, presupone "la existencia en la sociedad occidental una oposición entre los deseos y la razón, la cual...se articula con un conjunto más amplio de dicotomías, en especial, las de privado/público y femenino/masculino" (Turner,1989:68)

Con base en lo anterior, podemos decir que las expresiones del cuerpo, al estar en tratamiento, no sólo se "normalizan" física y/o biofisiológicamente, sino que los sentires permiten conocer cómo la persona, da, coloca, expone.... en sí, cómo significa el estar sometiendo su cuerpo en las soluciones médicas desde un perspectiva "subjetiva". Y al ser subjetiva, pasa a ser parte íntima de las personas, por lo que no es expresada verbalmente; es decir, es algo tan oculto, privado, y por tanto, desconocido por el personal médico, que no llega a ser considerado como parte de la atención, quedando fuera una parte importante de las vivencias y representaciones de las personas infértiles: sus sentires corporales. Ya vimos que los sentires expresados son parte común de los procedimientos de solución, los cual denominaremos como: el **Sentir Simbólico Expresado**.

### III.6 DOLOR DUAL: Dolor evidente y Dolor Viviente

Hemos observado que el cuerpo de la persona con infertilidad, al pasar por los procesos de tratamientos o estudios, no deja de expresarse. También que dentro del terreno de la tecnología, comúnmente el cuerpo se convierte en una “máquina receptora”, en la cual los sentires expresados no son del todo vistos. Podríamos considerar como parte del conjunto de los *Sentires al Dolor*, pues su presencia es común, ya que se expresa en todo momento de la vida de la pareja infértil. Asimismo, pensar, por ejemplo, cómo viven el dolor, ya que "hay parejas o individuos estériles que soportan sufrimientos inéditos porque no pueden aceptar la condición que les tocó, ya que es posible modificarla" (Le Breton,1995:232) por la ciencia y por los médicos. Paula nos cuenta cómo es el proceso del estudio de la histerosalpingografía:

*“¿Y cómo es la histerosalpingografía?....; ¡Ay horrible!....; ¡A ver, cuéntame!....; Bueno, el chiste es de que meten un....contraste hasta las trompas, pero lo inyectan a presión, yo supongo, y cada presión que inyectan, se sienten unos cólicos horribles, horribles....; ¿Es frío ó cómo....?....; Pues no se siente frío o caliente, se siente el cólico, como que....pues como cólicos menstruales pero fuertes, fuertes, fuertes. A la mejor son como dolores de parto, pero como yo nunca los he sentido, a la mejor es algo así. Sí son muy fuertes; de hecho, cuando salgo de la prueba, siento que me tiemblan las piernas de puro dolor. La última, ¡nooo!, la segunda vez yo sí tenía ganas de llorar de plano, sí son muy fuertes. Y tengo un "umbral" muy alto al dolor ¿eh?¡¡, entonces ya para que sienta todo eso es porque de verdad es muy fuerte”*

En todo proceso de tratamiento al ser manipulado el cuerpo, de una u otra manera el dolor físico está presente, pero ¿cómo se da la presencia de éste? En primer término, es conveniente mencionar que el dolor, desde nuestro mundo moderno occidental, es visto como un problema médico; es decir, el dolor “es sólo una señal particular compleja que se transmite por los nervios desde el sitio de la herida hasta el cerebro. La herida crea en efecto el dolor y continua creando más dolor hasta que se la cura o sana” (Morris,1994:1), ubicando al dolor sólo en leyes generales que gobiernan nuestros cuerpos, la anatomía y la fisiología, dejando a un lado la cultura. Esto es, “la cultura en que vivimos y nuestras experiencias y creencias personales más profundas” (Morris,1994:2) son invisibles para el contexto médico. De hecho, la medicina por la “posición dominante que tiene en nuestra cultura, propende automáticamente a suprimir o a neutralizar todas las otras voces que disienten dentro de la propia medicina” (Morris,1994:2). Por tanto, el dolor físico podríamos entenderlo como el **Dolor Evidente**: *dolor concreto, algo aceptado, un proceso “normalizado” dentro de cada tratamiento o estudio médico.*

En consecuencia, por parte del personal médico a veces tiende a separar a la persona con infertilidad de sus sentires, dando una especie de anulación de la experiencia del dolor de cada actor, un dolor que “nunca es mera creación de nuestra anatomía y fisiología. Sólo emerge en la intersección de cuerpos, mentes y culturas” (Morris,1994:3). El rescate de dicho dolor fue nombrado por René Leriche como el **Dolor Viviente**, el cual lo define como “el dolor experimentado fuera del laboratorio y no reducido a un código universal de impulsos nerviosos (que) contiene siempre, en lo íntimo, el encuentro humano con el significado” (Morris,1994:4). Blanca nos narra cómo es ese Dolor Viviente:

*“¿Y un dolor más allá del físico, cómo podrías describirlo?....; Mmm....; Más allá del físico, ¡eh!....; (silencio 5 seg) Pues no... (silencio 5 seg) no, no... no... más bien el... el dolor es el... el que ahorita siento es el sentimental....; Ajá, ¿y ese cómo, cómo es?....;*

*Eeh... de no ver... bueno, de no lograrlo, ese es el... el que más me afecta. Es... quizás es...sea el principal en... en mi persona...Es el que... más me deprime, el que... en el momento. Ya...cuando el... el médico habla conmigo y me dice: "no te preocupes, hay más posibilidades, estás bien", ya te vuelves a levantar otra vez, pero sí... yo siento que ese es el dolor más grande que... que tengo"*

Y precisamente, cuando las personas con diagnóstico de infertilidad pasan por cada una de las etapas de cualquier estudio o tratamiento médico o alternativo, el dolor viviente es uno de los fenómenos no reconocidos y, por tanto, no entendidos por quienes las están atendiendo. Lo anterior, se debe a que el dolor viviente es parte del conjunto de representaciones simbólicas, pues su construcción está permeado por la cultura. Y por el contrario, el Dolor físico o Evidente, como es palpable, es "visto" a veces por los médicos, y principalmente por las y los usuarios. Nora nos cuenta:

*"Con la primera, muy mal, porque yo creía que era un.... una cirugía de riesgo, pero no. Nada más que sí se sufre mucho porque.... yo no sabía, hasta la segunda laparoscopia de que me dolió mucho y no podía respirar. Entonces la.... me ha tocado siempre la misma anestesia, me dice que.... no tanto, es de que nos maltraten de.... de nuestro cuerpo, sino el gas que nos.... que nos ponen para que no trabajen los intestinos, mientras ellos están trabajando. Así de que después tenemos que caminar todo el día, para que empiecen a funcionar los intestinos poco a poco, porque se paralizan los intestinos. Ese es el único dolor que se siente cuando te hacen ese estudio".*

Para complementar lo anterior, sería conveniente trabajar el tema de los dos dolores. En las sociedades occidentales el dolor ha sido dividido en dos tipos: el mental y el físico, lo que nos recuerda el dualismo de cuerpo y mente. El cuerpo produce el dolor físico y la mente el dolor mental. Esta forma de percibir el dolor nuevamente lleva a despersonalizar al cuerpo; es decir, no se considera la percepción que la persona tenga al momento de presentar, ya sea un dolor físico o mental.

Cuando se da la presencia de cualquiera de los dos dolores, no se puede negar la “necesidad de ofrecer medicamentos. A los médicos les debe parecer conveniente, incluso necesario, recetar una droga para el dolor físico y otra droga para el dolor mental. Sí el mito de los dos Dolores ... ayuda a que los médicos alivien a pacientes que luchan con una enfermedad crónica, vale la pena conservarlo por sólo esa razón” (Morris,1994:12).

En el caso de los varones, manifiestan una especie de indiferencia al dolor físico, lo que posiblemente tenga que ver con el tipo de invasión a su cuerpo, pues los estudios y tratamientos no son tan invasivos, en comparación con los que se aplican a las mujeres. Por ejemplo, existen algunos como el ultrasonido rectal, cuando se dan estos casos los hombres tienden más a negar el dolor físico vivido:

*“...hago a un lado el dolor, o sea si tengo que pasar por esto, okey, pero quiero lograr lo que pretendo y no me interesa, como dicen por allí, no importa que me tenga que parar de manos, y ver que tengo que hacer por lograr lo que deseo, lo hago, no, hago a un lado el dolor”(Carlos)*

Es decir, se da una aparente indiferencia a la experiencia del dolor físico vivido, consecuencia de la prohibición cultural, ya que en nuestro horizonte cultural, los hombres, a diferencia de las mujeres, no se les permiten expresar determinados sentimientos.

Tal vez lo anterior tenga una explicación por las contradicciones del tipo y cantidad de manejo que se da al cuerpo de la mujer y el hombre, pues los estudios y tratamientos son diferentes. Pero aunado a lo anterior, las diferencias genéricas son limitantes para expresar los sentires y emociones vividas a través de las experiencias corporales. En otro capítulo se profundizará sobre las diferencias de las experiencias genéricas.

Pero aquí, siguiendo con el tema de la presencia de los dos Dolores, enfocándonos más al Dolor Viviente, la pregunta sería: ¿cómo ir más allá de la solución inmediata del dolor físico y meramente fisiológico, cuando lo que nos interesa son las percepciones de los actores? Una respuesta es, precisamente, por medio de los significados que las personas tienen ante la presencia de cualquier dolor. Por ejemplo, en el tema que nos atañe, el dolor puede presentarse desde el momento en que la pareja se da cuenta que no puede procrear:

*“Pues me bajan la moral. Si yo le estaba echando las ganas, luchando por todo esto y que me digan que no, si era molesto, te decepcionabas, no” (Virginia).*

En el caso de los tratamientos, no sólo el proceso como tal, le da contenido al dolor viviente, sino el factor *tiempo* es otro elemento determinante para fundar dicho sentir. Por ejemplo, el haber pasado por varios eventos de reproducción asistida, no sólo implica el dolor físico, sino, existe un conjunto de sentimientos encontrados, como nos cuenta Lorena:

*“¿Y qué pasaba o qué sentías tú cuando veías que no funcionó la inseminación artificial?....; Pues se daba un tanto triste, porque finalmente tenías sueños, esperanzas, había la posibilidad de.... desafortunadamente, no se da. También estabas, igual que sabías que había la posibilidad de que no, no obstante, siempre estás con la ilusión, un poco triste, aunque no llegabas a la melancolía, el llanto, como he visto en muchas personas. Creo que estaba conciente de la probabilidad que teníamos...para que al final de cuentas, después de tres años, te digan: “sabes qué, tu doctor de hace cinco años tenía toda la razón, y deberíamos de haber empezado con el procedimiento que él te decía”; pero ya te hicieron perder cuatro años de tu vida más, entre tratamientos, medicamentos, estudios, para decirte exactamente lo mismo. Y es donde dices: no es posible que jueguen con el tiempo de la gente, no es posible.... cuándo te vas a concientizar de lo que estás generando, y de lo que hay detrás de cada uno de los seres humanos, finalmente”*

Como se puede observar, el dolor viviente, en un mismo lapso de tiempo, se llega a expresar por medio de humores contradictorios: ilusión con tristeza, o en el otro caso, el dolor viviente las lleva a exigir al personal de salud que consideren lo “*que hay detrás*” de cada una de ellas: el Sentir Individual. Conformado por sus percepciones culturales de lo que implica tener la condición de persona infértil.

Con lo anterior, se puede reafirmar, entonces, que en cada uno de los acontecimientos mencionados ante el problema de la infertilidad, el dolor está construido por lo que “*pensamos, actuamos y sentimos*” (Morris,1994:12). Lo que quiere decir que en el momento en que se presente un dolor físico o mental, no está ausente lo simbólico, por lo que se puede entonces decir que el dolor está construido por un conjunto de significados independientemente que su presencia sea física o mental. Con lo cual no podemos descartar que el dolor es:

“... también una experiencia subjetiva, quizás un arquetipo de la subjetividad, que sentimos sólo en la soledad de nuestra mente individual. Está, además, siempre saturado con la impronta visible o invisible de cultural humanas específicas. Aprendemos cómo sentir dolor y aprendemos lo que significa... en el dolor – por lo menos fuera del laboratorio – pueden ser los significados personales y sociales con los cuales nosotros y nuestra cultura lo dotamos” (Morris,1994:15)

La relación significado y dolor de los usuarios en ocasiones es ignorada por el ámbito biomédico, pues recordemos que los sentimientos, como el dolor, no en todo momento se expresan. Adriana nos dice:

*“Pues no es nada divertido, la verdad, la serie de tratamientos a que te someten son muy duros, algunos muy dolorosos. A veces mucho de tu pudor va de por medio, no te sientes cómoda con lo que te hacen, con lo que te introducen”.*

Esto radica por el simple hecho de que el Dolor, es siempre personal y siempre cultural, está, por eso, siempre abierto a la variable influencia del significado” (Morris,1994:27). Por eso, los significados del dolor no los podemos apartar de nuestro mundo social y cultural, y mucho menos, cuando el cuerpo es el centro de atención del ámbito médico ante la presencia de una enfermedad, malestar o padecimiento, ya que el significado, es “algo que existe dentro del cambiante proceso de la cultura humana y de la mente individual. Por lo tanto, nunca se le puede apartar con éxito del camino. El significado del dolor, como el de cualquier texto complejo, siempre permanece abierto a variables interpretaciones personales, sociales y (culturales)” (Morris,1994:29). El contenido del sistema de significados alrededor del dolor, es una manera de romper con el dualismo: dolor físico – dolor mente, lo que

conlleva romper con interpretaciones universales siendo el ámbito médico el único especialista.

Las experiencias vividas del dolor reflejan la incredibilidad de la usuaria al esperar el resultado después de un tratamiento, es decir, su actitud cambia de ilusión a incertidumbre:

*“El Dr. ... me dijo: que me fuera para allá, me da el resultado y me dijo que salió negativo....; ¿Y qué pensaste cuando te dijeron eso, es que no está, es negativo?....; Pues no me hice muchas ilusiones, sino yo nada más quería saber pues si efectivamente sí, sí o no....; ¿En otros momentos ya te había tocado lo mismo?....; ¡Ya! y las primeras veces si me había hecho ilusiones, y es que pensaba....; ¿Qué pensabas en esas veces?....; No pues me sentía realizada, yo decía: “sí encargué, qué padre, ya la hicimos”. Y hasta estaba planeando como decirles, no sé, pero pues al ver que no, no hubo nada, de nada. Digamos que esos días me sentía muy decaída y, por eso, esta vez ya no me voy a ilusionar, porque sino me voy a poner mal, y sí, no me sentí mal en el sentido de que me dijeran negativo, me sentí mal en la reacción que tuvieron, tanto el médico como las otras enfermeras, que estaban vete por acá y vete por allá”(María).*

El Dolor Viviente, también las lleva a tomar decisiones para continuar o no con los tratamientos, como en el caso de Cecilia:

*“Así es, cuando me dijo el doctor: “... te preparas para...” no doctor no pienso hacerme ni una más, si usted no me pasa al siguiente proceso, ahí muere. Realmente es desgastante, tanto económica*

*como psicológica y físicamente, así que no pienso someterme a otra inseminación, porque según él, su regla eran seis, para poderte pasar al proceso de la fertilidad in vitro”*

Entonces, podemos decir que la presencia del Dolor Viviente, dentro de los procesos de tratamiento para regular la fertilización es básico considerarlo, para entender parte importante de las dimensiones culturales de las personas con infertilidad, pues no son sólo sentires aparentemente dados, sino también pueden llegar a determinar la conducta de las personas ante su situación de solución reproductiva.

### **III.7 INTERVENCIÓN SOBRE EL CUERPO FÍSICO**

Si bien al someterse los usuarios a tratamientos o estudios médicos o alternativos construyen significados a través de las emociones y sentires, también tenemos que considerar la parte física, esto es, ¿qué pasa con el cuerpo físico como tal? Pues las vivencias en este aspecto no son mínimas en términos subjetivos, por el contrario, marcan el cuerpo simbólico de la mujer al extraer algunos órganos internos como consecuencia o solución de la presencia de la infertilidad. Acontecimiento que no sucede con los hombres, por la constitución biológica de su cuerpo.

En algunos casos, de acuerdo al diagnóstico médico, se determina y, por tanto, se da la “necesidad” desde la opinión médica de extraer partes internas del aparato reproductor de la mujer; es decir, se dan afecciones directas al cuerpo físico de la mujer:

*“Porque yo tenía obstruida una trompa, que fue la que me quitaron. Sí estaba permeable, pero el doctor tuvo miedo porque ya tenía líquido y le iba a afectar al ovario....; ¿Qué líquido, te dijo así nada*

*más líquido?....; Nada más que tenía líquido y no era normal. Y pues, de hecho, yo no quería que la quitaran, porque en muchas veces con el medicamento, la medicina alternativa te ayuda mucho. Pero le platiqué a mi esposo, y el doctor nos dijo que si dejábamos pasar el tiempo, posiblemente esa misma trompa se podía pasar a la otra, el líquido e iba hacer más difícil. Pero de todas formas, pasó lo mismo, o sea el que tenga una o las dos...porque ahora, ya no hay otra manera de embarazarme más que ésa... la de in vitro”(Georgina).*

Para la usuaria, dicha decisión de extracción no representa una curación a su padecimiento, sino se convierte en un obstáculo más para su reproducción, pues las Trompas de Falopio representan una parte importante para lograr el embarazo y, al ser eliminada, las esperanzas disminuyen y, por tanto, es necesario acudir a las técnicas de reproducción asistida TRA, como la de FIV.

Si bien para el personal de salud la extracción de algunos órganos o tejidos es parte de la solución, para las usuarias dicha decisión médica es consecuencia de los tratamientos a los cuales las han sometido. Lo que nos lleva a pensar, por un lado, que las mujeres no son ajenas a las posibles consecuencias que pueden tener en su cuerpo los tratamientos alópatas. Como en el caso de Juana:

*“Sí, que de hecho yo las tenía permeables, no entiendo el por qué, el por qué me pasó eso. Y también yo siento que con los tratamientos... es un cambio muy drástico para tu cuerpo, porque muchas veces vienes bien y sales con muchas cosas que no tenías. Y eso es lo que me ha pasado a mí, que yo entré aquí con un problema hormonal, nada más, y ahorita ya todo lo que me ha pasado: ya no tengo una trompa, ya... mi ovulación es buena, pero sólo con estimulación, porque así es muy lenta, mucho muy lenta”.*

Por otro lado, también las secuelas físicas y hormonales les dan un cierto conocimiento sobre el estado de su cuerpo. Lo anterior es interesante, pues a pesar de que la alteración corporal no es visible, la percepción y el sentir de transformación y/o afección son tangibles para ellas.

Otras de las consecuencias que llegaron a vivir algunas parejas al someterse a tratamientos, fue que tuvieron “gran” estimulación hormonal, lo que implicó que llegaran a presentar embarazos múltiples, convirtiéndose éstos en embarazos de alto riesgo, por ser de seis a siete “productos”:

*“Con la hiperestimulación, me puse muy mal....; ¿Con ella misma?....; Con ella misma, me hospitalizaron. Y ya cuando salí, ya estaba más o menos bien y le digo, bueno que ya .... ¡ah! y de ahí me embaracé por cierto....; ¿Te embarazaste?....; Sí, pero fue un embarazo múltiple, eran siete, aparentemente. Entonces, este... hicieron un legrado, y ya después de eso, fue cuando ya se me hicieron las adherencias: se me taparon las trompas y me las quitaron. Entonces, ya ahorita naturalmente no puedo tener hijos necesito una fertilización in vitro” (Andrea).*

Así pues, podemos decir que la experiencia física es evidente y palpable; siendo el cuerpo un espacio vulnerable que constantemente expresa emociones como el dolor, permitiendo regularmente a la persona con infertilidad conocer parte del funcionamiento de su cuerpo y condición.

### III.8 CUERPO PACIENTE. NORMALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS

Es importante tomar en cuenta que la cantidad de repeticiones en la realización de los estudios o tratamientos, depende del diagnóstico que presente la o el usuario, pero lo que sí es real para todos es que la experiencia no es sólo una; por el contrario, se repite una y otra vez, pues cada estudio, según las normas del propio instituto, tiene un promedio máximo de seis meses de validez. Otro factor que interviene en la repetición de la realización de estudios, es que antes de cada tratamiento, es necesario que se realicen nuevamente algunos estudios con el fin de ver los resultados actuales, lo que determinará proseguir o no con los siguientes tratamientos. Por tanto, se puede observar que la jornada de estudios y tratamientos está a la orden del día. Por ejemplo, en el caso del hombre que presenta alteraciones en la producción y calidad de espermatozoides, es candidato someterse a una rutina continua de tratamientos y estudios (espermatobioscopia):

*“Sí, si porque aquí es más, ya ahorita es apenas el día 14 me volví a hacer otra espermatoscopia. Aquí he realizado como tres o cuatro espermatoscopías, nunca me habían dicho que estaba mal, pues a raíz bueno, pues ya mi suegro es doctor, y nos recomendó aquí. Entonces fue cuando empezamos a venir, eso fue a partir del 2000, más o menos” (Gabriel)*

Ahora bien, en el caso de las mujeres, para cada tratamiento se tienen que realizar nuevamente los estudios correspondientes, aunque éstos ya se los hayan hecho anteriormente:

*“Porque aquí, hasta ahorita, llevo ya tres.... este....laparoscopias.... para ver cómo estaba de.... de.... de mi....¡ay! ¿cómo se le llama hombre?¡¡.... de mi matriz, del.... de todo mi aparato reproductor, eeeh.... Y vieron que.... lo que tengo es que también está muy cerrado el cuello, dicen que se contrae cuando uno se pone muy nervioso, entonces también me pongo muy, muy nerviosa y también eso es una de las cosas que no me ayudan. Pero con las cánulas especiales, les ayuda mucho y.... esos son los tratamientos que he llevado de las tres laparoscopias” (Virginia)*

En algunos tratamientos, la pareja tiene que realizarse estudios, por ejemplo, en el caso de tratamientos de reproducción asistida, Karina nos cuenta su experiencia:

*“Y lo revisan a uno en el tercer día, y luego por el octavo día, viene uno al ultrasonido para que lo estén a uno revisando si los folículos van creciendo y después del octavo....; ¿Y los tuyos si crecieron?....; Sí han crecido, y no quede embarazada....; ¿Y después cuando te hacen, en qué momento te hacen la inseminación, después del octavo?....; La primera fue a los doce días y la segunda o a los trece días....; A los trece días, ¿y en la tercera? Llevas tres inseminaciones ¡¿no?!....; Horita voy por la tercera....; ¿Apenas vas por la tercera, apenas te están programando?....; Sí, ahorita voy en el octavo día, yo creo es en esta semana....; O sea, en esta etapa ¡¿ya pasaste por lo de las inyecciones?!....; No, hoy todavía me tengo que poner....; Todavía te falta otras dos....; Otra dos y mañana otras dos, y el miércoles vengo a consulta otra vez, a ver si crecieron bien, y ya el miércoles me dicen cuando es la inseminación, si es el viernes o el sábado.... Nosotros pensábamos que iba a ser la inseminación por el viernes y no, que es mañana, y la otra vez se*

*atrasó fue hasta el día trece y ahora no es el once, y el doce, y le digo como que siempre si se descontrola uno, y horita que le diga a él peor, él tiene que entregar muestra, mañana dos y pasado dos”*

Como ya se narró, la cantidad de estudios y tratamientos por los que pasan, tanto hombres como mujeres, es extenuante, pero lo interesante es que el sometimiento de las soluciones para la fertilidad en algunos casos se llega a normalizar; la cantidad y el tiempo en tratamientos y estudios se convierten en parte de su vida, una actividad cotidiana:

*“En Perinatología ¿te han hecho inseminación?....; Tres....; Y afuera ¿cuántas?....; Van cuatro....; Llevas siete inseminaciones” (Natalia)*

Entonces, las consecuencias como las:

“manipulaciones médicas: sexualidad a hora fija para los exámenes médicos del día, sexualidad con un fin, culpa generada por esa esterilidad que permanece mientras dura el tratamiento, incapacidad de realizar el duelo por el hijo imposible, porque las nuevas técnicas o los nuevos intentos permanentemente plantean una nueva esperanza; años de existencia dedicados sólo a la voluntad de tener un hijo” (Le Breton,1995:232) provocan cambios en los distintos espacios de socialización: familiar, laboral y amistad, pero sobre todo en lo económico y psicológico. De esto último hablaremos en otro capítulo.

Podemos decir que, paralelamente a la experiencia corporal de los tratamientos y estudios, las personas van adquiriendo conocimientos prácticos de cómo son y qué tienen que hacer en cada proceso. Este conocimiento adquirido a través de la experiencia, al ser interiorizado por las personas como parte de su vida cotidiana,

sobre todo en aquellas personas que llevan varios años, llega a convertirse en practicas “comunes”, normalizando los procesos de las soluciones para la fertilidad y sus implicaciones tanto físicas, psicológicas y obviamente socioculturales.

Es interesante que, a pesar de la “normalidad” de experimentar, una y otra vez el mismo tratamiento, las emociones y sentires corporales se siguen expresando y a veces de diferente manera:

*“Un poco incómodos los estudios ¿no?, el hecho de que “¡páse aquí a este cuartito y mastúrbese en este botecito!” ¿No?....; ¿Tú cómo te sentías cada vez que te decían eso?....; Pues la primera vez me dio mucha pena, ¿no? la segunda creo que más pena todavía porque....; ¿ Por qué?....; Porque.... la primera vez, no sabía cómo iba a ser, era como que miedo, la segunda vez, como que me dio pena porque ya sabía a lo que iba ¿no? Y ya después me he acostumbrado, porque estudios, estudios y estudios” (Rafael)*

Lo anterior nos hace pensar que los sentires corporales empiezan a adquirir significados importantes, pues al conocer qué es lo que les van o están haciendo, se antepone corporalmente las expresiones y sentidos cargadas de contenido cultural.

Podemos concluir este capítulo diciendo que en cada procedimiento para la búsqueda de la reproducción, el centro de operaciones de las personas con diagnóstico de infertilidad es: su Cuerpo, “La Máquina Receptora”. Dividiendo al sujeto del otro a través de su cuerpo, lo cual podríamos entenderlo en dos sentidos. Por un lado, **el trato del otro (médico) hacia al sujeto total**, que tiene que ver precisamente con el trato que el personal médico le da a la persona con infertilidad a través de su cuerpo. Pues como ya se observó, la relación del médico con el sujeto “enfermo” se da por medio del cuerpo físico y sus fluidos (sangre, esperma...)

persistiendo en ocasiones indiferencia a los sentires, al pudor y/o vergüenza que las personas viven al mostrar su cuerpo desnudo a otra persona extraña, al dolor físico al sentir la introducción de un objeto ajeno, y más... es decir, la falta de reconocimiento del usuario infértil como un todo completo. Por el otro lado, se encuentra lo que podríamos llamar como ***indiferencia involuntaria del sujeto***, esto es, la separación que la propia persona infértil le da a su cuerpo en ciertos momentos: al normalizar el trato a su cuerpo, ya sea con tratamiento o estudios; significar al dolor físico como garantía de la consumación del tratamiento y una posibilidad de embarazo.

Es tal la cotidianidad en la práctica de los estudios y tratamientos, que la historia de las personas con infertilidad se modifica, su cuerpo se vuelve esclavo de cada acontecimiento para lograr al fin: la Reproducción. Como nos dice la Metáfora del Cuerpo como Máquina: El cuerpo infértil es un fracaso biológico y social, un cuerpo que no funciona (Greil,2002 ) y tiene que ser arreglado. Podemos reforzar lo que nos dice Héritier: “al parecer la materia prima de lo simbólico es el cuerpo, en virtud de ser el lugar primario de observación de datos sensibles” (Héritier,1991:102).

Por eso, el abordar las dimensiones corporales de las personas con infertilidad – percepción del cuerpo genérico, experiencias corporales en los tratamientos y estudios, la relación Dualista a través del cuerpo entre los actores (usuarios/médicos), las experiencias vividas diferencialmente entre los géneros, el funcionamiento de los fluidos corporales- desde la antropología simbólica, permite acercarnos al objeto de estudio a partir de los diversos significados de los actores que tocan la perspectiva de la concepción del cuerpo moderno, es decir, del cuerpo individualizado.

## CAPÍTULO IV

### IV.1 GÉNERO. UNA LECTURA ANTROPOLÓGICA

Sabemos que en la sociedad occidental la dominación masculina es evidente, la subordinación de la mujer se encuentra presente en los campos político, económico y simbólico (Héritier, 1991-b ). El papel subordinado que ocupa la mujer es universal, sin embargo, las simbolizaciones y conceptos culturales son variables e incluso contradictorios, es decir, las percepciones de los roles genéricos varían de una cultura a otra. Ortner menciona tres datos representativos que dan respuesta a dicha sumisión:

“1) elementos de la ideología cultural y declaración de los informadores que explícitamente desvalorizan las mujeres concediéndoles, a ellas, a sus funciones, a sus tareas, a sus productos y a sus medios sociales, menos prestigio que el concedido a los hombres y a sus correlatos masculinos; 2) artificios simbólico, como atribuirles una cualidad contaminante, que debe interpretarse con el contenido implícito de una afirmación de inferioridad; 3) los ordenamientos socioestructurales que excluyen a la mujer de participar o tener contacto con determinadas esferas donde se supone que residen los poderes sociales. Estos tres tipos de datos pueden estar, desde luego, interrelacionados en cualquier sistema concreto, aunque no es necesario que lo estén. Además, cualquiera de ellos bastaría para dejar sentada la inferioridad de la mujer en una cultura concreta” (Ortner, 2007 :3-4)

Pero vayamos al campo simbólico para entender la subordinación de la mujer desde la perspectiva antropológica. El discurso simbólico da elementos para entender las inequidad genérica universal, pues éste, parafraseando a Héritier, (1991-b) contiene juicios de valor que son particularmente considerados como naturales, estéticos, observables que representan cualidades o defectos femeninos atribuidos a su sexo. Dicho discurso simbólico “remite a una naturaleza femenina, morfológica, biológica y

psicológica. Estas series cualitativas están marcadas negativamente, o de manera desvalorizada, mientras que las series cualitativas masculinas correspondientes son positivas o están valoradas. Hay un sexo principal y un sexo secundario, un sexo <<fuerte>> y un sexo <<débil>>, una inteligencia <<fuerte>> y una inteligencia <<débil>>. Esta <<debilidad>> natural, congénita, de las mujeres, implica y legitima su sometimiento, incluso el del cuerpo (Héritier,1991:282)

Desde esta perspectiva del campo simbólico, en el presente apartado, se intenta rescatar desde la perspectiva de género, cómo las y los actores con diagnóstico de infertilidad perciben y, por tanto, entienden la presencia de la infertilidad. En este sentido, es interesante preguntarnos ¿cómo se perciben a si mismas las mujeres que presentan infertilidad, en una sociedad que en, cierto modo, las determina como tales a través de la maternidad? Para el caso del varón con infertilidad ¿cómo entenderse como hombre, cuando la descendencia es traducida como prueba de virilidad? En ambos casos: ¿cuáles serían los significados que han construido del rol de género a pesar de la presencia de infertilidad? O ¿cómo entender la frustración y desvalorización por no poder lograr sus expectativas reproductivas?

La diferencia socialmente establecida entre los géneros tiene como justificación natural: "la diferencia biológica entre los sexos, es decir, entre los cuerpos masculino y femenino, y muy especialmente, la diferencia anatómica entre los órganos sexuales" (Bourdieu,2000:24). Blanca lo describe de la siguiente manera:

*“No somos iguales en su forma de ser, en su forma de pensar y de cuerpo también, pues sí somos diferentes” (Blanca)*

Específicamente: "la capacidad reproductora (es) lo que hace la diferencia real entre lo masculino y lo femenino, y la dominación masculina... (lo que se traduce al) control, la apropiación de la fertilidad de la mujer, en la etapa en que es fértil" (Héritier,1991:96). Si bien en términos estrictos la capacidad reproductiva es el punto medular de la diferencia entre lo masculino y femenino, entonces lo anterior nos reafirma que para el caso de las mujeres, en la sociedad occidental la maternidad juega un papel culturalmente necesario para ser considerada como tal.

Mientras en el caso del varón, algunos de los roles están centrados en actitudes basadas en modelos de control, dominación, poder y competencia (Corsi,1989), los cuales tienen que ser demostrados en todos los espacios sociales para ser reconocido como un verdadero hombre:

*"...pues yo siento que la naturaleza o Dios quiso que fuera hombre. Significa también, es algo muy importante, siento que como hombre uno tiene más responsabilidad de que en la casa no falte lo indispensable, lo que es comida y vestido, que haya armonía, estar al pendiente de qué es lo que pasa, qué es lo que falta, siento que jugamos un papel muy importante" (Pablo)*

Esta diferencia real entre los géneros conlleva cierta asimetría entre hombres y mujeres en el desarrollo de los diversos ámbitos como el económico, político, cultural y social. Entonces, podemos decir que desde la antropología, el género "alude al orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual" (Lamas,1996:332). Por género se entenderá: "al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano, en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres" (Lamas, 2000:97).

Desde una concepción mítico-ritual, la oposición entre los sexos se inscribe en una serie de dicotomías: "alto/bajo, arriba/abajo, seco/húmedo, cálido/frío, activo/pasivo" (Bourdieu,2000:31). En la primera parte de cada dicotomía, se le relaciona al hombre y la oposición con la mujer o viceversa, según el contexto cultural. Dichas dicotomías describen la relación de dominación y, por tanto, de jerarquización entre los sexos:

*“Si es una mujer hogareña, ella tiene que estar en la casa, bueno porque a ella le gusta, claro, ella debe de estar en la casa, debe de tenerla en condiciones óptimas. Uno nada más sale a trabajar y que nada haga falta. Si la mujer es hogareña, claro, porque de lo contrario, pues ya sería otra rutina para ella también. Pero yo sigo insistiendo que sí hay mucha diferencia entre ser hombre y mujer”*  
(Ernesto)

Y precisamente veremos cómo las diferencias de entendimiento del cuerpo, le dan contenido al sistema genérico, ya que “las identidades subjetivas son procesos de diferenciación y distinción” (Scott,1990:39) por lo que "la diferenciación sexual implica no sólo anatomías distintas, sino subjetividades diferentes" (Lamas,2000:101) que están constituidas o determinadas por el contexto cultural. Por tanto, las construcciones binarias:

"...poseen un discurso ideológico, un *corpus* de pensamiento simbólico que tiene la misma función de justificar la supremacía del hombre a ojos de todos los miembros de la sociedad, tanto de las mujeres como de los varones, dado que tanto unas como otros participan por definición de una misma ideología inculcada desde la infancia" (Héritier,1991:96).

Entonces, el género se puede entender como “un artefacto de orden particular resultante de una serie de manipulaciones simbólicas y concretas que afectan a los individuos” (Héritier,1996:20) y que trae como consecuencia la asimetría entre géneros y, por tanto, una *valencia diferencial de los sexos*.

Por tanto, la perspectiva la *valencia diferencial de los sexos* es la base para entender las relaciones de género en el presente trabajo y, por tanto, el significado que cada uno tenga respecto a la infertilidad. Sonia lo escribe de la siguiente manera:

*“Porque... uno tiene dos cerebros (risas); uno ocupa más uno, que el hombre otro; o sea, ya está dicho, uno puede escribir y hablar por teléfono, y los hombres o escriben o hablan por teléfono. Pero porque ellos utilizan diferente tipo... el cerebro de diferente zona. Entonces yo digo... y aparte también, la cultura de las mamás y los papás que atienden a los niños desde pequeños; o sea: "¿sabes qué mi'jito? te lavas los trastes, pero al mismo tiempo vas guardando los otros; o te lavas los trastes y al mismo tiempo vas viendo la lavadora". Entonces eso no le enseñan los papás a los hombres, y a las mujeres sí. Entonces yo creo que ya desde ahí tú dices: "¡ay, me dijo mamá la lavadora, pero estoy haciendo la comida; ay, me voy a ver la lavadora!"; tú tienes que ir pensando en otra cosa que te encargaron o que vas a hacer; entonces desde ahí”.*

Para conocer cómo se entenderían las diferencias entre la mujer y el hombre, es necesario -por lo tanto- considerar las dualidades cuerpo-genéricas que se le han atribuido, entendiendo las “oposiciones binarias como signos culturales y no como portadoras de un sentido universal –su sentido radica en la existencia misma de las oposiciones y no en su contenido- en el lenguaje del juego social y del poder”,

(Héritier,1991:97) es decir, el contenido de las dualidades es el que le va a dar significado al sistema de género.

Héritier (1996), plantea que la relación idéntico/diferente se encuentra en los sistemas: “que oponen dos a dos valores abstractos o concretos (caliente/frío, seco/húmedo, alto/bajo, inferior/superior, claro/oscuro, etcétera); valores contrastados que vuelven a encontrarse en las tablas clasificatorias de lo masculino y lo femenino” (Héritier,1996:19). Las dicotomías, son como ya se dijo, signos culturales, por lo que pueden variar de acuerdo al contexto cultural. Dichas dicotomías conforman estructuras cognitivas que se “traducen en esquemas no pensados de pensamiento en *habitus*, mediante el mecanismo básico y universal de la oposición binaria” (Bourdieu en Lamas,2000:105).

Por ejemplo, para:

“...el pensamiento griego las categorías centrales son la del calor y frío, de lo seco y lo húmedo, las cuales están directamente asociadas a la masculinidad (lo caliente y lo seco) y a la feminidad (lo frío y lo húmedo) y de manera aparentemente inexplicable, afectadas de valores, positiva una parte y negativa la otra” (Héritier,1991:96)

Lo anterior legitima un orden social, ya que “los cuerpos masculinos y femeninos se consideran versiones jerárquicas y verticalmente ordenadas” (Bestard,1998:195-6). Otro ejemplo, desde una postura occidentalizada y biologicista es la explicación de los procesos de producción y reproducción (reproducción social) que tienen que ver con una doble complementariedad asimétrica entre géneros, esto es:

“...la oposición entre lo discontinuo masculino y lo continuo femenino se encuentran, tanto en el orden de la reproducción –con la oposición entre la concepción y la gestación-, como en el orden de la producción, con la oposición, que estructura el ciclo agrario, entre el tiempo de

trabajo y el tiempo de producción, dedicado a la gestación y gestación de los procesos naturales” (Bourdieu,1980:360)

Aquí sólo hay que recordar que una interpretación desde lo biológico es importante, pero no es única ni universal. En ambos ejemplos podemos ver que, en definitiva, el sistema de género en sociedades determinadas, está dado por el significado que se tenga del cuerpo. Una de ellas menciona al preguntarle:

*“...¿tú crees que hombres y mujeres somos distintos...; Distintos sí....; En qué sentido....; Yo creo que tanto en la forma de pensar, de cómo ven las cosas como físicamente, o sea lo que interpretan, como se ve, lo que piensas todo, todo....; Y físicamente ¿a qué te refieres?....; Bueno más que nada los órganos ¿no? me refiero a los órganos y la diferencia de que uno puede procrear y él no, más que nada en lo físico a eso me refiero y digamos a lo espiritual o a lo moral o lo que tiene uno por dentro pues, somos distintos por la educación que recibimos, por la forma de ser de cada uno, cómo te relacionas, cómo te desarrollas”(Karina).*

Por otro lado, uno de ellos comenta:

*“Pues es biológica la diferencia básicamente... es que, la mujer es la que tiene la capacidad de tener... los hijos mediante una mínima ayuda del hombre, que no por eso hace que la mujer sea más y el hombre menos por esas características de diferencia... Creo que la mujer... puede ser más sensible en muchas cosas... a la mejor por la misma, no sé si sea ya, por.... por costumbre que tienen que ver más al tanto de los hijos, de tantas cosas ó porque ya lo hace así por*

*naturaleza ¿no?...; ¿Tú crees que sea por naturaleza?....; Mmm yo creo que sí....; ¿Es por naturaleza?....; Sí, yo creo que si traen... diferente información....genética ¿no? para reaccionar así... A los cuidados, diferente a como lo hace el hombre ¿no?... y otra puede ser la cultura, la que, la mujer lo tiene que cuidar, tiene que estar en la casa....que no estoy de acuerdo” (Julio)*

Las interpretaciones al cuerpo físico determinan la posición social de la mujer y el hombre, pues al momento de percibir diferencias entre los géneros, señalan y ubican roles diferenciados.

La *valencia diferencial de los sexos* es la que aterriza precisamente las desigualdades entre los géneros y, por tanto, le proporciona su identidad. Dicha valencia se inscribe en el cuerpo, en la observación del funcionamiento fisiológico, es decir:

"...anatómica y fisiológica la diferencia de los sexos es un dato natural. De su observación se desprenden nociones abstractas cuyo prototipo es la oposición de lo idéntico/diferente, en la que se moldean tanto las otras oposiciones conceptuales de las que nos servimos en discursos de todos los órdenes, como las clasificación jerárquicas que el pensamiento opera y que poseen valor" (Héritier,1996:25)

Lo que lleva a tener o no control del cuerpo, entendido éste es su mayor expresión: Procreación, representación de los humores del cuerpo, formación del embrión. En el caso de la mujer, por ejemplo, el proceso de ovulación no puede ser controlado por ella misma, ya que se presenta en un período determinado; en cambio “la pérdida de sustancia espermática... es controlable, y muchos sistemas sociales e ideológicos preconizan y organizan este control” (Héritier,1996:25) y en primer momento, el hombre. Paula lo describe de la siguiente manera:

*“Pos siempre cambia más, porque, por ejemplo, tan sólo en la regla cada mes y ellos no, y nosotras si; y por ejemplo, ellos siempre están fecundos, creo, no, y uno nada más cada mes, no somos iguales. Y le digo a mi esposo, bueno, por ejemplo, una vez al mes y que no pegue, entonces eso si también, luego digo, mejor viera sido hombre, yo hasta le digo a él siento que sufriría menos si hubiera sido hombre, le digo a él siento que sufriría menos si hubiera sido hombre, le digo....; O sea tú te refieres a aquellos que están fértiles todo el tiempo....; Todo el tiempo y uno no, y tan sólo con una vez al mes, y luego que no puedo....; ¿ Cómo sientes, qué significa eso?....; Pus si siento, y por ejemplo, tengo que estar alerta a los días que son. Por ejemplo, dicen si aprende uno a reconocer el cuerpo, pos si hemos, bueno por los estudios y todo, hoy si, hoy no, y que por cualquier cosa si aprende uno a saber cuando esta uno fértil y cuando no”*

Por lo que se puede decir que en la desigualdad de género se presenta “lo controlable frente a lo incontrolable, lo deseado frente a lo sufrido- podría hallarse la matriz de la valencia diferencial de los sexos, la cual también estaría, por tanto, inscrita en el cuerpo, en el funcionamiento fisiológico, o más exactamente procedería de la observación de este funcionamiento fisiológico” (Héritier,1996:25). De lo anterior se derivan conocimientos “abstractos cuyo prototipo es la oposición idéntico/diferente, en la que se moldean tanto las otras oposiciones conceptuales de las que nos servimos en nuestros discursos de todos los órdenes, como las clasificaciones jerárquicas que el pensamiento opera y que poseen valor” (Héritier,1996:25).

La observación del funcionamiento fisiológico del cuerpo va tener como contenido el trabajo de construcción simbólica, el cual:

“...no se reduce a una operación estrictamente *preformativa* de motivación que orienta y estructura las representaciones, comenzando por las representaciones del cuerpo....; se completa y se realiza en una transformación profunda y duradera de los cuerpos (y de los cerebros), o sea, en y a través de un trabajo de construcción práctico que impone una *definición diferenciada* de los usos legítimos del cuerpo, ... que tiende a excluir del universo de lo sensible y de lo factible todo lo que marca la pertenencia a otro sexo” (Bourdieu,2000:37)

Dichos conocimientos nos llevan a confirmar “que es un hecho de observación general la dominación social del principio masculino” (Héritier,1996:24), puesto que se derivan de categorías cognitivas:

“...operaciones de clasificación oposición, calificación, jerarquización, estructuras en las cuales lo masculino y lo femenino se encuentran encerrados. Estas categorías cognitivas, cualquiera que sea su contenido en la cultura, son extraordinariamente duraderas puesto que son transmisibles y se inculcan muy pronto por la educación y el entorno cultural, y se perpetúan a través de todos los mensajes y señales explícitos de lo cotidiano” (Héritier,1996:27)

Recordando siempre que, el:

“...sistema mítico ritual desempeña aquí un papel equivalente al que incube al orden jurídico en las sociedades diferenciadas: en la medida en que los principios de visión y de división que proponen están objetivamente ajustados a las divisiones preexistentes, consagran el orden establecido, llevándolo a la existencia conocida y reconocida, oficial (Bourdieu,2000:20-1)

Lo anterior, es un modo de justificar las desigualdades entre los géneros y, por tanto, la dominación masculina a través del simbolismo que se le ha atribuido al cuerpo (diferencias anatómicas y fisiológicas) asimilando lo anterior como “naturales”, inscritas tanto en “la objetividad, bajo la forma de divisiones objetivas, como en la subjetividad, bajo la forma de esquemas cognitivos que, organizados de acuerdo a sus divisiones, organizan la percepción de sus divisiones objetivas” (Bourdieu,2000:24). Digamos que se conforma una especie de contrato sexual: en las mujeres hay “una perdida muy importante de soberanía sobre sí y sobre el mundo. Una soberanía que se refiere a las funciones que su cuerpo tiene capacidad de desempeñar en la sociedad y también a las codificaciones simbólicas que definen lo que el sexo femenino es en la cultura de que se trate” (Rivera,1995:75), como podría ser el percibir a:

“...la mujer ardiente, la mujer fría, la mujer contaminante... (que) remite a una naturaleza femenina: morfológica, biológica y psicológica. Tales series cualitativas están marcadas de manera negativa o desvalorizadamente, mientras que las correspondientes series cualitativas masculinas tienen signo positivo o están valorizadas. Existen por tanto un sexo mayor y un sexo menor, un sexo “fuerte” y un sexo “débil”, un espíritu “fuerte” y un espíritu “débil”. Tal “debilidad” natural y congénita en las mujeres legitima el que incluso sus cuerpos sean objeto de sujeción” (Héritier,1991:92)

Se puede decir que en “las categorías de género, las representaciones de la persona sexuada, el reparto de las tareas tal como las conocemos en las sociedades occidentales, no son fenómenos de valor universal generados por una naturaleza biológica común, sino construcciones culturales. Con un mismo <<alfabeto>> simbólico universal, anclado en esta naturaleza biológica común, cada sociedad elabora de hecho <<frases>> culturales singulares y que le son propias” (Héritier,1996:21).

## IV.2 Ser persona infértil. ¿Mujer? ¿Hombre?... Infértil

Se puede decir que “la identificación de la maternidad social con la reproducción biológica es el producto de un sistema de representaciones, de un orden simbólico que *crea* una ilusión de naturalidad, obturando el corte radical con su propia naturaleza, que la inserción en la cultura instauro en el ser humano” (Tubert,1991:49).

En ambos géneros “la función biológica de la reproducción adquiere, en el orden simbólico que define a la cultura, un valor que remite a campos semánticos complejos, definidos por articulaciones significantes, y no a un objeto supuestamente natural” (Tubert,1991:49) que define un comportamiento de acuerdo al género frente al sistema salud – enfermedad. Dicho comportamiento se da en cada uno de los elementos que constituyen a éste, como es el caso de la presencia de infertilidad.

La infertilidad es vista como un:

“...sencillo asunto femenino en la mayor parte de los sistemas de representaciones de las sociedades humanas (como obligaría a pensar, al parecer, la prueba objetiva de lo hechos biológicos aparentes, pero en realidad consecuente de razonamientos más complejos) se percibe pues, ante todo, como la sanción social, inscrita en los cuerpos, de acciones que infrinjan la ley, que se aparten de la norma y franqueen siempre límites siempre bien delimitados” (Héritier,1996:88)

Lo que lleva también a pensar que socialmente, el hablar en general sobre salud reproductiva está más dirigido a la mujer ya que, por un lado, al varón de cierta manera se le invisibiliza la parte reproductiva y, por el otro, a la mujer siempre se le relaciona.

Asimismo, la definición de las masculinidades varía de acuerdo a las culturas. A pesar que en la sociedad occidental se siguen dando discusiones sobre su contenido, existen algunos roles que definen lo que debe de ser un hombre, por ejemplo, el papel de productor y proveedor de los - otros - mujeres y niño/as; otro aspecto es la importancia de ser sexualmente viril. Aunque esta forma de ser o definir al varón puede cambiar de acuerdo al contexto socio-cultural y el momento histórico (Keijzer,1994).

Badinter, destaca una serie de criterios acerca de la masculinidad que sería conveniente considerar para entender las dimensiones culturales desde los varones, los criterios son:

- a) se rechaza la idea de una masculinidad única, hegemónica, lo cual implica que no existe un modelo masculino universal, válido para cualquier lugar y época, sino diversidad de masculinidades; b) la masculinidad no constituye una esencia, sino una ideología que tiende a justificar la dominación masculina; c) la masculinidad se aprende, se construye y, por lo tanto, también se puede cambiar (Badinter en Burin,2000:129).

Si bien el género es dado por las construcciones culturales, entonces, la capacidad reproductora es uno de los elementos que determina parte lo masculino y lo femenino. Esto nos lleva a algunas interrogantes ¿Qué sucede cuando no se presenta de manera “natural” dicha capacidad reproductora? Y por el contrario, ¿cómo entender el papel genérico cuando existe la incapacidad reproductiva?

Héritier (1996) propone el concepto del lenguaje de la ideología que permite entender con mayor claridad el simbolismo de la naturaleza biológica común. Para explicar lo anterior, inicialmente comenta que en todas las sociedades siempre “hay un sexo mayor y otro menor, un sexo fuerte y un sexo débil” (Héritier,1996:68), que conlleva una clasificación dicotómica como las que se han venido mencionando.

Es decir, una clasificación que “valora aptitudes, comportamientos y cualidades según los sexos, que se encuentran en toda sociedad” (Héritier,1996:68). Las dicotomías que se desprenden de lo anterior, refieren a un lenguaje de categorías dualistas más extensas que hacen referencia precisamente a la experiencia etnográfica, esto es, las dualidades pueden variar de acuerdo a las sociedades, sin perder de vista “la coherencia interna general de un lenguaje concreto, entre las relaciones varón/mujer, derecha/izquierda...” (Héritier,1996:69).

En el caso de las sociedades occidentales, algunas diferencias se centran en la dualidad, reproductora/ proveedor. Uno de ellos los narra así:

*“Significa que... el ser hombre... yo digo que es más obligación; el saber llevar las riendas de una familia. Obligación, porque la esposa se casa con uno, aparte del amor va depender de uno. Entonces... yo debo de ser el sostén, porque así debe de ser. Y yo debo de solucionar los problemas, por más difíciles que sean; si ella me ayuda pues que mejor, si no, yo debo de sacar las cosas adelante”* (Agustín).

Una de ellas lo narra de la siguiente manera:

*“Para mi ser mujer, pos mi cuerpo, y también en parte ser madre pero como no he podido, pos a la vez siento que si me hace falta ser para ser completa, y este, y en otro sentido también siento que mi esposo siento que pus, como que soy a medias”(Paula).*

En todo sistema de representaciones simbólicas, el lenguaje dualista es uno de los elementos necesarios para entender la traducción de las relaciones de fuerzas (Héritier,1996) y, por ende, la de los géneros. Ahora bien, el conjunto de representaciones debe funcionar como “sistema explicativo coherente para todos los fenómenos y accidentes propios de la vida individual (la desgracia, la enfermedad, la muerte), de la vida en grupo e incluso de los fenómenos relacionados con el orden natural” (Héritier,1996:69), así como del orden puramente biofisiológico.

La importancia de la propuesta sobre el lenguaje, precisamente invita a considerar la parte simbólica para explicar cualquier proceso de la vida, como puede ser lo referente a lo que atañe a la infertilidad, puesto que lo "importante es cómo la persona llega a convertirse en un ser moral y socialmente reconocido y cuáles son los elementos que simbolizan esta formación de la persona" (Bestard,1998:179). Para el caso de hombres y mujeres con infertilidad, para lograr ese reconocimiento se cuestiona su condición de persona, en dos momentos: el primero, percibirse como **mujer u hombre con diagnóstico de infertilidad**; y, el segundo, sería la **Redefinición**. En el siguiente párrafo se explica el primero, como mujer infértil:

*“Pues a veces, en ese sentido, no me siento como satisfecha, en el sentido de que no he podido dar a luz. Por eso le digo, no puedo embarazarme, más bien, no se si acuerda que le platiqué la vez pasada, que yo me sentiría realizada si pudiera embarazarme y tener un bebé, es lo único que me falta; porque lógicamente ya te casaste, ya tienes una pareja, tienes una carrera, ahora me falta lo último: un bebé, ¿no?!” (Sonia)*

Y como hombre infértil:

*“...yo creo que como ser humano tienes que aprender....la infertilidad significa sentirte vacío?, como sentirte que no estás completo, como que te hace falta un pedazo de algo, la infertilidad es sentirte que estás seco ¿no?” (Ernesto)*

A este primer momento lo entenderemos como la **Percepción del Ser Persona con infertilidad**, en el que se da la presencia del dolor viviente, traducido a *No Sentirse* como persona completa por la falta de la capacidad reproductora.

Dentro de este primer momento, existen varios sentires que reflejan el dolor viviente en ambos géneros, básicamente se resume en **no** sentirse personas completas:

*“¿Para ti como mujer qué ha representado.... pues no poderte embarazar?....; Pues, como que me falta algo ¿no?, todavía no, no concluyo lo que puedo hacer, lo que es... mi cuerpo es capaz de hacer. Todavía me falta eso, me falta tener un hijo....; ¿Y cómo te sientes, en ese sentido?....; Pues me siento incompleta, por eso lo quiero tener....; ¿Te sientes como incompleta?....; Mju, sí por eso lo quiero tener”(Lulú)*

Por supuesto, que la referencia de la carga sociocultural está presente, como lo describe Ernesto:

*“Pues yo creo que hay gente que lo ve mal, han de decir: “este cuate es impotente”; o clásico que nunca falta, o que: “su esposa está defectuosa” o no sé”*

Si analizamos lo anterior, respecto a la percepción que se tiene del cuerpo que falla por no poder reproducirse, se traduce como persona incompleta, pues socialmente no es “bien” vista la mujer u hombre que no se reproduce. Sobre todo en las sociedades occidentales, en la cual una de las funciones es la creación de la familia como institución reconocida.

Pero también, en otras sociedades la reproducción no del todo está ligada a los lazos familiares. Lévi-Strauss, menciona en su trabajo sobre la Familia (1991) que los nayar de la India, no fundaban una familia; el matrimonio era una ceremonia simbólica. Los hijos pertenecían a la línea materna, en este sentido la autoridad sobre la descendencia se daba por parte de los hermanos de la esposa. Lo anterior se debe a que los maridos se dedicaban a las actividades guerreras, dándole poca importancia como grupo humano al sistema familiar. En el mismo enfoque, dos tribus africanas: los masai y los chaagga, tenían una estructura de organización similar, pues los guerreros no debían casarse, pero sí vivían en organizaciones regimentadas, en la cuales tenían relaciones sexuales con mujeres pertenecientes al mismo grado de edad, dándose la reproducción a través de dichas relaciones, fuera del tipo de familia (Lévi-Strauss, 1991).

Otra manera de leerse el tipo no familia, es el caso de los wunambal, una tribu australiana. En este grupo se tiene el dogma de que los hombres no contribuyen en la procreación fisiológica, desligándose simbólicamente del lazo con los hijos, y de la

esposa. Bajo esta premisa, las mujeres son prestadas a otros maridos en las ceremonias religiosas. Por tanto, la familia se convierte en un grupo económico: él, aporta los productos de la caza, y ella, los de la recolección (Levi-Strauss,1991). Independiente de ser entendida la descendencia como parte de un sistema familiar o no, la reproducción sí se coloca como una “actividad” básica para la conservación de la humanidad.

Esta insistencia en buscar la reproducción en parejas con diagnóstico de infertilidad puede acarrear desesperación, no sólo por la infertilidad como tal, sino por todo lo que se desprende de la propia situación, es decir: visitas al médico, someterse a distintos estudios y tratamientos, presión social y económica, y obviamente la serie de resignificados genéricos con los que se enfrentan.

*“¿Cómo lo vives tú como hombre, cómo lo sientes tú como hombre la situación?....; Ahorita lo vivo, por el caso que a nosotros nos está tocando, un poco desesperante”(Gustavo).*

Aunado a las consecuencias contextuales, la desesperación también se da cuando el cuerpo se expresa, pues la presencia de la menstruación en espera de que no llegue, simboliza en el caso de las mujeres infértiles, no estar embarazada:

*“He subido de peso, luego me siento muy triste. Luego cuando empiezo a reglar empiezo a ponerme muy nerviosa y lloro, y luego hay veces que hasta siento que me voy hacer loca, que digo: tanta es mi desesperación, pero luego me calmo y digo, no, no, no porque si me empiezo a descomponer no voy a tener control de mi, de mi cuerpo ya después, y por eso me detengo. Pero después digo: horita bueno todavía me hago otra idea y dejo pasar por, me controlo*

*porque digo bueno todavía me da resultados el doctor que, pues que haga otras dos inseminaciones haber qué pasa y como que todavía no me des...pero no sé que vaya a pasar si no quedo embarazada, como que siento que todo se me viene abajo”(Juana).*

Lo anterior es una resignificación de la presencia de la menstruación. Es interesante retomar el tema de las resignificaciones de las funciones corporales, pues se sabe que la menstruación es símbolo de fertilidad: “la sangre que fluye del cuerpo femenino es señal de fertilidad de la mujer, de su capacidad de engendrar” (Fagetti,2002:93). Esto es, la presencia de la menstruación es parte de la definición del ser mujer con capacidades reproductivas. Pero ¿qué sucede cuando se presenta cada mes la menstruación, pero no llega el embarazo? Adriana nos dice:

*“bueno si soy mujer, y si reglo, sí soy mujer, ¡¿no?!, pero ya cuando veo que reglo, a la vez es alegría y a la vez es tristeza”*

Con la presencia de la menstruación, se refleja la ambivalencia de los sentires, por un lado, reafirma ser mujer, pero por el otro, les reafirma no poder ser madres. El cuerpo, se convierte nuevamente en protagonista, como nos dice Oliver:

*“Como hombre... como hombre me siento... (suspira)... me siento... me siento mal, porque... porque no he podido cumplir con un objetivo; porque mi cuerpo no me ha respondido como hombre...ajá”*

A través del cuerpo, se crean las expectativas, pero también desolaciones, pues al tener un cuerpo infértil, es asimilar que éste no responde a lo culturalmente esperado: embarazo, parto, lactancia, maternidad, paternidad.

Las representaciones ambiguas sobre el cuerpo, en la vida de las personas con infertilidad, les provoca no sentirse autoaceptados como tales:

*“De... (silencio 6 seg.). No sé, de qué cómo... que no valgo mucho. Hay veces que digo que sí, pero no... (silencio 8 seg.). Eso es lo que me pasa... (silencio 4 seg.)” (Virginia)*

Pues continuamente se comparan con aquellas personas que sí han podido lograr un embarazo e hija/o vivo. Como se puede ver, el no poder procrear los lleva a compararse con personas que sí lo han logrado, sintiéndose socialmente disminuidos, es decir, se colocan en una posición inferior ante el otro u otra:

*“A veces si dices, bueno se siente uno, pues, impotente de que, bueno, qué pasó o ¿por qué yo? Repito, a veces dices, bueno por qué yo no, pero bueno, ya sería una cuestión pero, si se siente uno menos” (Felipe)*

Dicha resignificación del ser persona, está aunada precisamente con el hecho de no sentirse realizadas o realizados como personas “normales; en ella:

*“...para ti ¿qué significa o qué significó en su momento, pues el saber que no podías embarazarte? ¿qué fue para ti, qué significó*

*para ti?....; Ha pues la verdad muy triste porque nunca me imaginé que bueno, uno dice, luego se pone a pensar, a mi no me va a pasar eso, entonces pues si me sentí como decepcionada, como muy triste, como que no iba, como que no me iba a sentir realizada".*  
(Lorena)

En él:

*" Pues es un... es un... es chocar con una pared, es no sentirse realizado para lo cual... para lo cual... se maneja que nace uno, ¿sí? Y como hombre para mí es muy frustrante a estas alturas y no poder complacer a mi pareja y poder darle lo que ella desea, y que yo deseo, obviamente también... así es. Es una pregunta muy difícil, ¿eh?"*(Gabriel)

Dichas percepciones los llevan nuevamente a sentirse como personas incompletas, a entenderse dentro de la sociedad como gente extraña a los demás, como nos dice Abraham:

*"En el modo de él, de mi, con la gente ya no seríamos raros, porque siento que como que somos raros, porque no tenemos hijos, porque toda la gente que platicamos: " y ustedes por qué no tiene hijos/as", entonces luego mi esposo si echa mentiras"(María). El sentirse personas incompletas los coloca en un estado vulnerable ante las reglas socialmente impuestas de lo que es ser mujer y hombre, "Como hombre sí me lastimaba, me lastimaba muchísimo....; ¿Por*

*qué?....; ¿Por qué?, porque estamos en un mundo donde se maneja mucho el machismo, e impera el más canijo*

Por supuesto que la diversidad de sentires y vivencias, entre otras cosas, los lleva a reflexionar y darle otro sentido a la vida y a los deseos, siendo parte del contenido del género:

*“¿para ti qué significa, como mujer, como mujer tener diagnóstico de infertilidad?....; Pues eso ¿no?, de que yo pensaba que podía hacer todo en el momento que yo quisiera y me doy cuenta que no. Que no es cuando yo diga, sino las circunstancias también, yo no lo decido ¿no? Nada más eso como que si me dio un poco de frustración y como que sen....de bajarme de la nube en que andaba y decirme ¿sabes qué? no todo es cuando tú digas ¿no? Hay cosas que... se dan o no se dan, pero no porque tú las decidiste. No más, más que eso es lo que me he dado cuenta, lo que me hizo saber, sentir todo eso” (Georgina)*

El segundo momento al que se hace referencia es a la **redefinición g**énerica, esto es, cómo las personas con infertilidad plantean que deberían de percibir, Ser mujer u hombre, dentro de la sociedad occidental:

*“Pues... yo siento que tenemos el mismo valor, porque no nada más para... para ser este... mmmh... mujer, tienes que ser mamá. Pero no lo ven así. Yo ya lo veo de esa manera. Aunque a veces sí, sí este... es muy difícil mmmh... de... no de aceptarlo, pero... pero sí de... de... de que te estén comparando con una...con las mujeres*

*que ya tienen a sus bebés. Es lo mismo, nada más que no lo ven ellos así, porque todavía creen que tienes que tener... lo menos dos hijos si no, no, no vale la pena”(Andrea). En el caso del hombre, “Ajá. La realidad es difícil, es dura, pero nos hace ser hombres, ser más hombres. Hombre no es aquel que se dice soy macho y tengo esto, sino aquel que se sabe enfrentar las circunstancias y trata de resolverlas. Créame que en estos seis años, cinco-seis años que he empezado con mi esposa en esto, lo hace a uno crecer interiormente, lo hace a uno madurar” (Emilio).*

Esta **redefinición genérica**, contiene simbólicamente la transformación y recuperación de, Ser mujer u hombre, resignificados genéricos que fueron construyendo como resultado de sus experiencias vividas en su condición de personas con infertilidad.

La conjunción de ambos momentos por los que pasan las personas con infertilidad (**percepción del ser persona con infertilidad, y redefinición genérica**) podemos entenderlo como la transformación hacia la **equivalencia genérica**. La cual, en general, la podemos sintetizar en la búsqueda de “nuevos” elementos para entender el contenido de los roles genéricos, dando reconocimiento a la diferencia con los otros por su condición de personas infértiles. En el cual no se deja de percibir del todo el estado de infertilidad como una “sanción social”.

## IV.3 LA REDEFINICIÓN GENÉRICA.

### IV.3.1 SER MUJER INFERTIL. LA RESIGNIFICACIÓN DE SER MUJER

*“Ua: ¿Qué significa ser mujer?!, pues es un reto. Somos un ser humano especial habemos diferente tipos de mujeres. Somos capaces de lograr lo que queremos, no importa tan grande sea el reto en este caso por ejemplo. Un ser humano con todas las capacidades para amar, para disfrutar la vida, para compartir, para ser de tu vida lo mejor que puedas, profesionalmente puede crecer tanto cuanto tu quieras, cuanto lo desees, aun cuando las mismas circunstancias te limite en algunas formas, pero a mi me gusta ser mujer, lo disfruto”*

*La Redefinición Genérica* del ser mujer que nos expresan las usuarias con infertilidad, nos refuerza la necesidad de entender la *maternidad* como una construcción cultural, como un sistema sociocultural:

*“Pus yo si me siento mujer, pero luego hay veces que la gente piensa que uno no es mujer...Porque no da uno hijos/as”. (Cecilia)*

Si una mujer no experimenta los procesos biofisiológicos “normales” de acuerdo a su cuerpo y socialmente bien vistos, la mujer y la maternidad no se reconocen como tales, y por tanto, la sexualidad, las relaciones sexuales y el cuerpo, son percibidos como instrumentos y como medios para conseguir una familia.

Cuando dicha triada no logra ser el medio para la conformación de una familia, algunas mujeres optan por voltear hacia otras alternativas que giran alrededor de su vida, como en el caso de Virginia:

*“Si nuestra vida fuera tener un hijo, sí, fuera, asaltar un banco, ir al..., pero como siento que hay otras cosas, entonces, este, mi vida no radica en tener solamente un hijo, sino en otras cosas, entonces hay que, hay que, entonces si no se puede aquí, hay que ser, hay que salir adelante. ¿no? en otras cosas que nos ofrece la vida también”.*

También, el haberse sometido a tratamientos y estudios para regular su reproducción, sin resultados positivos, las hace sentir como personas que intentaron e hicieron lo posible para lograr su deseo de ser madres. Karina nos dice:

*“Pues, que simplemente no se van a dar las cosas como yo las había imaginado. No obstante, he tratado de ser positiva en todo sentido: bueno no se puede, no tengo manera de lograrlo, tampoco me voy a aferrar a él, voy a ver qué alternativas hay. Si se da que bueno, y sino, pues por lo menos lo intenté y con esa filosofía vives”*

Pero a pesar de reconocer que su condición de persona infértil les resulta difícil, y no es lo esperado, intentan darle otro significado a su vida y que no gire sólo en torno a la maternidad:

*“Pues frustrada....; ¿Por qué?....; Porque no vas a poder desempeñar todos esos sueños que tenías. Finalmente, no obstante, vuelves a lo mismo: si no se da, tampoco mi vida se acaba allí, tengo que finalmente que hacer mi vida, no voy a vivir en función de ¡¿sí, me explico?! Como que dices, bueno okey, si esto es rojo y no lo puedo cambiar, pues vivo con el rojo, y voy a tratar de disfrutarlo así*

*tal cual como está, rojo. Pues de la misma forma no puedo tener un hijo, cuando no lo voy a tener voy a tratar de hacer mi vida lo mejor posible*”(Marta).

Como vemos, existen posibilidades de romper algunas funciones socialmente impuestas, compensando con otras actividades, pero lo que es cierto, es que la carga sociocultural de la maternidad se impone, pues no disfrutan dicha ruptura de la arbitrariedad funcional, por el contrario la padecen, como en el caso de Paula:

*“Pero tú como mujer, cómo te sentías cuando te dabas cuenta de que esperabas, como dices cada mes ¿no? esperabas el embarazo y de repente te dabas cuenta que se te atrasaba la menstruación, decías: ahora sí estoy embarazada ¿no? y de repente te dabas cuenta que no era así....; Pues me daba tristeza, pero no era de que ¡ay pobre de mí!, no, nada más me daba tristeza, nada más y ya intentaba para el próximo mes y así me la llevé cada mes, cada mes”.*

Lo anterior lo podemos entender como la **insatisfacción a la resignación genérica**, pues si bien, las mujeres hacen intentos por replantear su vida, la resignación no llega del todo, sólo por momentos.

Dicha **insatisfacción de la resignación genérica** nos lleva a poner nuevamente en el centro de la discusión al cuerpo. Esta discusión tiende a relacionar a la mujer con la naturaleza, como creadora de vida, sólo como cuerpo reproductor, como lo hemos visto, no siempre se da o se da a medias cuando la mujer logra el embarazo, pero no un hijo vivo:

*“¿Y cuántas veces te has embarazado?....; Ya con éstas van dos pero también tuve otro aborto”. (Nora)*

Este evento, también implica una serie de resignificaciones de ser mujer, pues el embarazo, no del todo, las hace sentir verdaderas mujeres y entonces se presenta el Dolor viviente, aunado a las culpas externas:

*“Oye ¿qué ha significado para ti como mujer, que si te has llegado a embarazar, pero no has podido concebir un hijo vivo, digamos? Para ti como mujer ¿qué han significado esos momentos, ese proceso?....; Como mujer muy triste, muy doloroso. Como nada más me engañan, igual y a la mera hora nada. Pero llega un momento, no sé qué con Dios, llega un momento en el que llegas a sentir, cómo te explicaré, dejas de creer, renegué. Llega un momento en el que sí renegué, me dio mucho coraje. Con el segundo, bueno desde los dos, con el primero y con el segundo. Te digo renegué, me dio mucho coraje y hable con él (con Dios) y yo esperaba pues me va a dar una oportunidad con el bebé y nada. Te digo y de ahí deje de creer, ya no iba a misa....; ¿Ya no vas a misa ahorita?....; Sí voy pero nada más cuando de veras me nace....; ¿Y antes ibas?....; No te voy a decir que seguido, pero si íbamos cada 15 días o 20 días, pero ahorita, ya tiene un buen que no voy” (Paula)*

### IV.3.2 SER HOMBRE INFERTIL. LA RESIGNIFICACIÓN DE SER HOMBRE

*“Uo: Pues yo creo que como... o sea, y se lo digo porque yo soy hombre, ¿no?; entonces entre los hombres jactamos eso de ser más hombres o más machos. En este caso pues ya después de que pasa uno por estas situaciones se da cuenta de que eso nada más es un ego, una falacia de una persona que en realidad no sabe lo que es la palabra (leve risa) hombre. Porque yo creo que hay veces que también se necesita ser muy hombre para estar en esta situación y afrontar las cosas como deben de ser”*

Para el caso del hombre, la *Redefinición Genérica* se centra en el papel de proveedor que socialmente se le ha impuesto, sobre todo en aquellos hombres que presentan directamente el diagnóstico de infertilidad, ya que pierden un poco el sentido del papel proveedor, pues se preguntan: ¿para quién trabajo? En este caso, Joel dice:

*“Para mí sí es un problema, porque desde que tengo uso de razón me he dedicado a trabajar, y a trabajar y gracias a Dios no me ha ido mal. Creo que tengo para darle la educación a un bebé y vivir más o menos, no excelentemente, pero si cómodamente. Entonces me pongo a pensar, para quién trabajo, si esto no se va a dar. Entonces hay a veces que sí me decepciono, hay a veces que digo: ya voy a tirar la toalla y voy a dejar de trabajar, ya no me voy a matar tanto, total vivir la vida cómodamente, no sé en que momento hasta aquí voy a llegar, y para quién trabajé para mis sobrinos, para mis cuñados, creo que no tiene caso”. (Joel).*

Lo anterior, lleva a pensar el peso que tiene el estar para los otros, el ser aceptado, por lo que podría ofrecerle al otro (al hijo/a). Es reafirmar que la realización del Ser persona, está en función del otro.

En el mismo sentido que las mujeres, las experiencias vividas durante largo tiempo en la búsqueda de la reproducción, lleva a los hombres a intentos de romper con la espera del hijo/a y que no sea esto la prioridad en su vida:

*“Yo actualmente no, o sea no espero tener un hijo, la verdad no es mi prioridad, dejó de ser mi prioridad hace mucho tiempo ¿no? O sea... sí..., sería bonito, pero no es..., no dependo de eso para mantenerme feliz. Estoy buscando la felicidad de una forma diferente....; ¿A través de qué?....; A través de mi conocimiento, o sea, disfrutarme a mí. O sea, si quiero... lo que he pensado, bueno ¿para qué quiero un hijo? ¿Para darle estudios? ¿Por qué, no estudio yo otra cosa? ¿Para, ropa? Pues me compro ropa. O sea disfrutar todo eso, realmente uno disfruta a través del hijo, y me he dado cuenta que mucha gente está sufriendo, según por los hijos, entonces digo, bueno, mejor me disfruto, voy a... tengo que disfrutar lo que tengo y lo que soy. Y ahorita no tengo un hijo y no soy papá, tengo que disfrutarme así y tiene muchas ventajas también, yo le veo muchas ventajas a no tener.... un hijo. Mucha satisfacción es tenerlo, pero no voy a querer lo que no tengo”. (Oliver)*

Es interesante que, en comparación con las mujeres, dicha Resignificación en los hombres, gire en torno a ellos:

*“...lo que voy ha hacer es a dedicarme a divertirme un poco, disfrutar un poco de la vida, ver las formas de otra manera, que no sea un hijo el que me detenga de hacer muchas cosas” (Gustavo)*

Como vimos en el caso de las mujeres, se da un intento de resignación al no ser madres y se proponen a hacer otras cosas para sustituir la ausencia del hijo/o, sin sentirse del todo personas disminuidas y esa sensación queda presente. En el caso del hombre, no es tan diferente, salvo que en ellos las soluciones de sustitución del hijo/o, se dan a través de dar explicaciones de lo qué es una familia:

*“Pues no, yo siento que es una parte, que es parte de la naturaleza que debemos de pensar que no todos vamos a poder tener familia. Hay quienes sí, hay quienes no, no por eso va dejar uno de ser menos hombre. No me siento inferior, tampoco me siento a sí..., ni modo, no se pudo, las ganas se echaron y no se logró lo que se quería. Pero no me hace sentir menos el no poder tener un bebé”.*  
*(Felipe)*

Por tanto, el no tener hijos/as, no tener descendencia, aparentemente no es objeto de no sentirse menos personas, pero la presencia de la desilusión o resignación no es nada fácil, pues recordemos la constante conducta de estar para los otros, esto es, Ser a través del otro.

### IV.3.3 RESIGNIFICACIÓN DEL ROL DE GÉNERO

El orden simbólico permite jugar con la oposición de la naturaleza de lo social, por lo que se puede decir que la "reproducción biológica y la diferencia sexual no constituye un dominio separado que asegure la base de la continuidad social" (Bestard,1998:179). Si lo anterior lo vemos desde la conformación de los géneros y la conformación cultural de la relación entre éstos, podemos decir que no se debe únicamente a que a la mujer se le relacione con el orden de la naturaleza por su capacidad reproductora o en el caso del hombre al orden cultural por su "capacidad productiva y apropiación de los bienes naturales" (Bestard,1998:179).

Siguiendo con lo anterior, entonces las explicaciones de inequidad entre los géneros surgen al analizar las dinámicas de los significados de los sistemas culturales a través de la historia. Sin caer en el error de la existencia de una explicación universal asimétrica de los géneros, por lo que es necesario considerar las particularidades culturales de sociedades específicas (Collier, 1987).

Precisamente, la explicación desde lo simbólico, nos permite entender otras formas de las distinciones genéricas, que son arbitrarias en la sociedad occidental y que abren nuevos caminos para entender y explicar el comportamiento de mujeres y hombres en los distintos ámbitos de la vida, como es la salud reproductiva en una cultura determinada.

Lo anterior nos lleva a reflexionar que las diversas relaciones sociales, que pueden ser las de parentesco, en las cuales están inscritas la producción y la reproducción, nos llevan a pensar que:

".... relacionarse con una determinada lógica generativa que marca el modo en que la persona llega a ser persona, que incluye tanto dimensiones físicas como cosmológicas de la procreación y que se encarga de resolver cuestiones tales como el modo en que aparece la

vida, de qué está compuesta, en qué consiste los papeles masculino y femenino, cómo las persona se relacionan unas con otras, o qué vínculo mantiene con el mundo no humano y con el cosmos" (Bestard,1998:179)

Si hablamos desde la lógica generativa, la determinación del papel genérico y, por ende, del comportamiento, se debe en primer momento a las relaciones sociales que culturalmente están construidas para identificar a la mujer o al hombre. Por ejemplo, desde el ámbito de la vida cotidiana, entendida ésta como el "conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres (y mujeres) particulares, los cuales a su vez, crean las posibilidades de la reproducción social" (Lagarde,1993:246), se dan una serie de aspectos diferenciados para cada género, por ejemplo:

a)...para los hombres, la vida cotidiana es el espacio de su reproducción particular como hombres concretos; b) para las mujeres significa el espacio de su realización como seres humanos concretos, en ella reproduce a los otros, a sí mismas y a su mundo; existen por medio de la maternidad. (Lagarde,1993:246)

Ahora bien, el contenido de la fisiología corporal de la mujer y del hombre se expresa por el trabajo de la construcción simbólica, lo que trae como resultado una definición diferenciada de los usos del cuerpo de acuerdo a su sexo. En el caso de la mujer, por la capacidad reproductora, entendida ésta como el embarazo, en la cual se le ha atribuido que su papel principal como mujer: es ser madre. Lo que ha llevado a entender la maternidad como un hecho natural, de aquí se vea clara la relación dicotómica: mujer/naturaleza o madre/natural. Pero es pertinente mencionar que la,

"... definición de la maternidad como hecho natural es una representación ideológica (lenguaje de la ideología) que proporciona una imagen totalizadora y unificada de la mujer-madre, de una identidad sólida y coherente al servicio de las ilusiones narcicistas. La ecuación mujer-madre-naturaleza encarna en la mujer el mito

paradisiaco de la satisfacción limitada, la omnipotencia propia imaginaria con otro cuyo deseo es absoluto, con el que cada sujeto se identifica plenamente” (Tubert,1991:51)

Lo que si es verdad, es que las parejas con infertilidad *resignifican* su rol genérico; se dan una especie de recuperación genérica convincente a su alcance.

*“...hemos aprendido a vivir en pareja con nuestra situación y tratamos de hacer nuestra vida lo más divertida y afable posible”.*  
(María)

## **IV.4 La concepción de la infertilidad en la pareja. Ver al otro/a**

### **IV.4.1 Ser Pareja**

Si bien la infertilidad se presenta dentro de la pareja como un “obstáculo”, en la continuidad de los roles culturalmente establecidos como es la procreación, entonces, es ineludible conocer las percepciones de la pareja desde diferentes condiciones, por ejemplo: los significados de la pareja como tal, la infertilidad como adjetivo para entender el concepto de pareja, así como las consecuencias y soluciones que conlleva la presencia de la infertilidad al interior de la pareja.

En algunos casos al expresar los significados sobre la pareja, tanto para la mujer como para el hombre, la pareja es concebida como apoyo. Para ella:

*“Y para ti que significa la pareja....; Híjole!! pues para mi, él significó mucho, porque fue un cambio muy marcado, él ha representado mucho para mi, me ha servido mucho, porque he convivido cosas muy bonitas, tristes y alegres o sea de todo y hemos salido adelante”*  
(Nora).

Y para él:

*“La pareja, yo creo que es algo muy importante, una parte de ti, la mitad de ti. Porque bueno, aparte es tu amiga, tu esposa, tu amante, tu confidente, tu sabes que cuentas con el apoyo de ella incondicionalmente, tanto en las buenas, como en las malas”.*  
(Carlos)

El tipo de apoyo que se espera de la pareja tiene una peculiaridad en las personas con infertilidad, pues uno de los pilares para sobrellevar la “crisis” de la falta de reproducción es la compañera o compañero. En ese sentido, el matiz que le colocan a la demanda de apoyo, está relacionado con los sentimientos que se vuelcan en lo emocional. Cecilia nos comenta:

*“En muchas cosas: ahorita lo necesito como para que me apapache, para que esté conmigo, para que me sienta yo segura, para que tener alguien en quien llorar, en quien me ayude; es lo mismo cuando se tiene un hijo”*

Pero también, es “vista” a la pareja como complementariedad:

*“Yo creo que es una parte de tu ser, cuando tu has entregado tu amor a alguien, te sientes bien con ese alguien, quieres compartir con él toda la felicidad, tristeza, el apoyo cuando lo necesitas, e igual apoyar cuando él lo necesita. Es alguien con quien te entiendes a la perfección, que a veces con una mirada basta para que sepas que piensa y que siente, o ya te entiendes tan bien con él, que a veces con un guiño sabes que significa”. (Georgina)*

Es importante decir que la concepción de pareja está permeada por su condición de “no reproductiva”, ya que si observamos, el percibir a la pareja como Apoyo o Complementariedad, éstas, se traducen en elementos fundamentales para sentirse fuertes ante la situación por la cual están pasando. Es decir, la percepción cultural de lo que es Ser pareja tiene como referencia la condición social y cultural en la cual se coloca la pareja con infertilidad, cómo se miran y cómo se sienten:

*“Pues algo muy importante, alguien con quien puedas platicar, con quien puedas salir, te pueda escuchar, yo siento que es lo..., pues a la mejor no sea lo máximo pero creo que si es importante el tener una pareja con quien puedas platicar sin límite de muchas cosas y todos los temas habidos y por haber, puedes comentarlos con ella, y que te tengas que apoyar en ella, que tú la apoyes, que estés al pendiente de ella, no, siento que es muy importante”(Mario)*

Siguiendo con lo anterior, el verse en la práctica como pareja infértil conlleva consecuencias en la dinámica, pues los ritmos determinados por los tratamientos, la incertidumbre de lograr o no el embarazo, etcétera, presentan desenlaces en el estado de ánimo y la vida sexual de la pareja. En el siguiente apartado se describen algunas consecuencias de la pareja, que son parte del ver al otro.

#### IV.4.2 Consecuencias en la pareja

Las parejas con infertilidad que se encuentran en tratamientos para la reproducción, ya sea en períodos largos o cortos, en el mejor de los casos, terminan por cambiar algunas dinámicas de su vida cotidiana, pero también llegan al extremo de enfocar su vida cotidiana exclusivamente, a la lógica del tratamiento:

*“Sí, si cambia... pero igual, es parte de todo eso ¿no? O sea, ella tiene que, ese día observa ya mucho sus tiempos ¿no?, que antes era algo que yo no notaba, todo el tiempo estaba que tal pastilla, tal esto, y siento que luego no podemos platicar, porque ella nada más está en ese tema. Pero ni modo que no se concentre en ese tema si es lo que... lo que está buscando. "Ton´s" luego, lo acepto que es así, pero sí es diferente ¿no?, constantemente: "¡híjole! la pastilla de esto y el horario y la cita del doctor, y a la mejor me dan la cita y no me dejan salir de ese estudio, a la mejor no, mi período de menstruación no llega para cuando ellos lo están calculando, a la mejor cae en sábado o en domingo y.." Todo eso, o sea, si me ... me.. hace distraerme de...otras actividades que me gustaría hacer, luego ¿no? Pero, estamos en..." (Emilio).*

Dichos cambios en la dinámica de pareja se traducen en la reducción de espacios de convivencia, convirtiendo el deseo de lograr el embarazo, como el centro de su relación como pareja. Lo anterior se viene en cascada, pues la disminución de espacios y momentos de convivencia como pareja, trae “nuevas” consecuencias, como por ejemplo: afección en el estado de ánimo. Abraham dice:

*“Yo creo que siempre, siempre; nada más que pues el... el querer tener un bebé, pues sí, muchas veces estamos tristes. Pero ya, vemos la mejor solución para salir adelante. Porque sí nos ponemos a veces tristes, lo platicamos”.*

Pero también la propia situación suele causar cansancio como lo describe Oliver:

*“No sé, ahorita yo tengo como que... como que está el... sí me lo aplaza después de 35 años, ya como que me voy a, me voy a [...] lo que haga después de eso yo creo va a ser molesto [...] porque ahorita está dentro de los planes esperarnos, hasta esa fecha. Entonces no lo, no lo veo, no se me ha hecho cansado ¿no?, lo hago con mucho ánimo, cuenta mucho... el ánimo para no cansarse ¿no? y no sentirse que se desgasta uno ni nada. Pero a la mejor ya si rebasa eso, ¡oye! ya es mucho gasto, es mucho tiempo y voy a empezar a molestarme”. (Oliver)*

Parte de la dinámica de pareja es su vida sexual, la cual también se ve afectada por la presencia de la infertilidad. Recordemos que el fin de la pareja con infertilidad es lograr reproducirse, y por tal, el objetivo de tener relaciones sexuales es el embarazo, anteponiéndolo al placer y el deseo sexual:

*“Por... me bajó emocionalmente la noticia. Le baja a uno la autoestima y... y... y yo creo que, el libido tiende a decaer. Sí, porque pues el asimilar la noticia sí... sí, pues tendría que tener alguna repercusión emocionalmente, y sexualmente, pues yo creo que va de la mano.... ¿Entonces dejaron de tener relaciones un tiempo?....; Sí; bajó la frecuencia, bajó la frecuencia” (Julio).*

Lo anterior se intensifica cuando la pareja se encuentra en tratamiento, pues en algunos casos, los pasos a seguir en el tratamiento, determinan los días y las horas para el acto sexual. Karina nos narra:

*“Pero pues hay veces que no se llegaba ni a un principio, porque... o sea, como que yo también lo veía ¡qué aburrido!, ¡qué monótono!, la rutina. Entonces, ya de ahí dije: “¡no!”, porque aparte pues va mermando la relación; empiezas a tener problemas, así como que... el marido a veces decía: “¡ay, hoy toca; pero hoy no tengo ganas ni quiero llegar!”, o llego tarde; o llega tarde de trabajar, o yo llego tarde o... ¡no sé!. Entonces eso también aburre ¿no?”*

En ese sentido su vida sexual se convierte como en una condición “obligatoria” para la pareja, esto es, al ser calendarizada la vida sexual de la pareja, como parte del tratamiento, le resta importancia de ser vista como un “encuentro” de deseo o placer.

Ahora bien, culturalmente la procreación es considerada como parte de la “realización” de la pareja. Cuando dicho rol no se llega a lograr, en algunos casos la relación de pareja se disuelve:

*“Pues tratamos de hablar mucho. Y hemos quedado en un acuerdo que si viene o no viene, pues ni modo; pero creo que nos queremos... (Se le corta la voz) y hemos hablado, ¿no?; pero pues... yo, yo..., yo siento que esto en cualquier momento se puede romper”. (Ernesto)*

Lo anterior, nos lleva a pensar que la presión social que se ejerce sobre la pareja sigue siendo importante, como nos dice Rafael:

*“Cuando... hay veces que cuando no ve uno avances, y por falta de información ¿eh?, se desespera uno y la relación con la pareja como que se enfría, como que pierde uno la motivación, y como que hay veces que dice uno: "bueno, pues ya estuvo, si no se va a dar, mejor que encuentre..., lo que anda buscando con otra persona". Yo he llegado a pensar así, ¿eh?”*

Es claro, que la descendencia o la infertilidad son detonantes en la estabilidad del sistema de pareja. Podemos decir que la percepción del Ser “satisfactoriamente” pareja, en gran medida se logra con la presencia de un hijo, y cuando éste no existe, lo “ideal”, en algunos casos, es el rompimiento de la pareja, siendo entonces la infertilidad un factor de divorcio. Lo que nos lleva a pensar que la obtención de descendencia sigue siendo un factor cultural de gran peso para la definición de persona, esto es, en algunos casos la descendencia determina la continuidad o no de la pareja.

Otra de las soluciones que considera la pareja, es la continuidad de ésta a través de la convivencia, “pasando a segundo plano” la reproducción negociación. Por tanto,

también la pareja “rompe” con ciertos roles de lo esperado culturalmente como el Ser Pareja.

En ese sentido, en ocasiones, el Ser pareja no se lo limita al hecho de la reproducción, sino a la convivencia como tal:

*“Yo siento que en el sentido de, yo he platicado con él y le he comentado que, en dado caso que se diera la situación de que no se pueda tener bebé qué haría, y yo le dije: que si él estaba de acuerdo en adoptar, y entonces él me dijo que sí, que no solamente se casaba para tener familia y ya, no sino que se casó porque existe unión en la pareja, existe amor y que pues, que sino se puede tener familia: adoptar. Es más, él me dice que no me preocupe, porque siento, que si yo siento que, más como que se echa la culpa”. (Lulú)*

De alguna manera, asumen que el Ser Pareja, es la unión de personas que van construyendo su relación más allá de la reproducción “natural”, pues lo que es cierto es que al buscar soluciones como la adopción para subsanar parte del rol culturalmente impuesto, la pareja se “salva”: de la separación como única opción.

Ante la situación de las parejas con infertilidad y en el sentido de buscar soluciones ante la falta de reproducción, a veces se deja de ver como “algo” importante la presencia de los hijos para percibirse como pareja:

*“¿Y en la pareja, cómo... sientes qué ha cambiado la pareja?....; Mmmh pues sí... pero, a favorable....; A ver cuéntame....; Porque ahora ya sé exactamente que cuento con él, que no...que incondicionalmente está conmigo y todo, o sea muy padre. Y que no*

*me presiona nada, y no me dice ¡ay no! Sino tienes hijos nos separamos, no para nada. Al contrario, dice que ya no vea lo del tratamiento, pero que, si yo quiero pues él me apoya. Eso es... muy bueno". (Marta)*

Dándole sentido a la importancia de convivir como pareja, más allá de la reproducción. Como menciona Nora:

*"Pues no, tengo un esposo que en todo sentido apoya, muy positivo, y piensa que de alguna manera si la reproducción no se dio, la situación no es... Creo que ha servido para unirnos más, unimos nuestras fuerzas para lograr nuestro objetivo. No se ha logrado, pues ni modo, ahora unimos nuestras fuerzas para afrontar la situación, y continuar viviendo porque no puedes quedarte estancado, entonces, vivir de la mejor manera"*

Con lo anterior, se puede entender que no todas las parejas con infertilidad concluyen su relación, pues la percepción de entender a la pareja más allá de la reproducción, garantiza la continuidad de ésta. Esto es, la presencia de los hijos no determina en algunas parejas con infertilidad su condición como tal, sino que, le dan un contenido diferente en comparación con aquellas parejas que sí han logrado la reproducción humana. Considerando lo anterior, podemos decir que las percepciones del *Ser Pareja*, son distintas cuando no existe la reproducción que cuando sí está presente. Pues el hecho de no cumplir como pareja con la reproducción social, lleva a que ésta se perciba diferente, es decir, "*resignifican*" el *Ser Pareja* en su contexto sociocultural específico. En este intento de resignificación, si bien la percepción de ser pareja cambia, en esencia sigue preponderando la dicotomía: pareja/familia.

Por ejemplo, dentro de esta “resignificación” a través de los roles del ser pareja, se da la “lectura” de su vida sexual:

*“¿Y tu vida sexual ha cambiado?....; No, bueno si, es más tranquila en el sentido de que muchas parejas, por ejemplo, te puedo comentar de las amigas y de lo que tú quieras, tienen miedo de tener relaciones, porque allí es al revés, se embarazan con tanta facilidad. Nosotros no, no tenemos ningún problema, ni un trauma, nada que te limite”. (Sonia)*

Si observamos en la pareja con infertilidad, se da un cierto rompimiento entre lo sexual y la reproducción, pues el hecho de estar “concientes” de su condición fisiológica, los lleva a ejercer su vida sexual desde otra percepción, pues saben de entrada que el tener relaciones sexuales no es sinónimo reproducción. Si bien, lo anterior no es voluntario, lo asumen con cierta “ventaja”, en comparación con otras parejas que no presentan infertilidad.

Uno de los motivos que fortalece a la pareja con infertilidad son los sentimientos. Pablo lo describe así:

*“Eso significa para mí... saltar muchos, muchos obstáculos en la vida. Significa que... yo sigo amando a mi esposa, igual que desde el primer momento. Sí nos hace falta un hijo, lo siento indispensable, pero si no ha llegado y nos sentimos tan bien unidos como ahorita, creo que sí estamos superando todo eso. Porque lo que nos dice la familia, los amigos, los problemas de los hospitales, no nos han hecho daño. Quiere decir que tenemos un amor muy sólido entre los dos. Y si ya llegado el momento hay necesidad de adoptar un bebé,*

*pues lo hacemos, simplemente lo hacemos. Y seguir tan bien como ahorita. El hecho de que hemos tenido tantos problemas no quiere decir que nos distanciamos un poco; al contrario, nos ha unido más, bastante”.*

Como se puede observar, colocan los sentires como elemento determinante para la continuidad de la pareja. Lo anterior, nos lleva a pensar que los *sentires* presentes en la pareja infértil, juegan un papel primordial en la manera de manejar su situación. Por tanto, la percepción de los *sentires* en las diversas situaciones de la pareja infértil, nos permite conocer parte de su visión del mismo.

A veces la pareja con infertilidad suele buscar apoyo con especialistas como una opción más para sobrellevar las consecuencias que la presencia de la infertilidad les ha dejado:

*“Sí tenemos un arranque los dos, que hay a veces que nos gritamos, que nos decimos, y si nos sentimos un poco neuróticos, es cierto que es porque no hemos logrado lo que hemos querido, hemos decidido. Bueno hemos platicado acerca de ver un psicólogo, no hemos decidido, no tenemos una persona así, no queremos una persona conocida, pero de alguien que tengamos alguna referencia, para poder llegar a ella, y si, si sentimos que nos hace falta visitar a un psicólogo, es necesario que lo tengamos que hacer”. (Agustín)*

Lo anterior nos hace pensar que evidentemente la percepción de la presencia de la infertilidad para la pareja no es nada sencilla, y por tanto, tiende a buscar soluciones específicas, las cuales no son inmediatas, sino que están determinadas por los significados propios de lo que implica la infertilidad.

#### IV.4.3 ¿Cómo se ve al otro/a?....

Si consideramos todo lo que se ha dicho sobre el contenido socio-cultural que se le atribuye a cada género, que la infertilidad trunca los roles socialmente impuestos: la mujer no pueda ser madre, siendo uno de los roles genéricos que se le ha atribuido; o en el caso del hombre, el no ser padre por falta de la descendencia que culturalmente se traduce en la falta de reafirmación de su virilidad. Es interesante conocer cómo entre los géneros se perciben, tomando en cuenta que están en una situación análoga.

Es importante señalar que en el Instituto de Salud, se llega a presentar la infertilidad, tanto en la mujer como en el hombre, así como en ambos. Cuando se le preguntó a la pareja, cuando la mujer es la que presenta el diagnóstico, él menciona:

*“Decidí vivir con mi pareja....compartir cosas, entre ellas, sí podemos compartir tener un hijo ¿no? pero no.... no la veo como que tenga un defecto, o sea no la veo.... que esté falta de....o sea que le haga falta eso, porque tiene otras características que son muy buenas ¿no? Es una característica, que la veo como mala, pero no le veo.... también tiene sus ventajas, como te decía al principio, no la descar... no la descalifico ¿no? de... pobrecita, ni la conmisero, o sea ¿no? Me gustaría que se sintiera más segura, que no quisiera tener a ese hijo ¿no?, yo no sé si sea un instinto de querer tener hija/o”. (Javier)*

Cuando se da lo contrario, ella comenta:

*“Sí. No sé que ha de pensar totalmente él; pero sí debe de ser diferente. A lo mejor él me dice: "¡no, tú no te preocupes!, si no se da*

*pues no"; pero yo no sé en realidad qué es lo que él piense. Porque bueno, a la mejor no lo expresa conmigo como pareja, a lo mejor por no preocuparme más, o por no... angustiarme más, o para... no sé, a la mejor es un pensamiento totalmente diferente. Porque sí bueno, yo sí lo pienso... lo vives diferente, porque uno es la que... uno es la que, quiere tener a un bebé, quiere esto, quiere lo mejor; pero con un hombre yo digo que sí es totalmente diferente. No sé en qué sentido pueda ser diferente para él, porque no me lo ha dicho; y no sé cómo lo está manejando él en... en... pues a lo mejor no sé si le comente a sus amigos, o a un amigo en especial ¿no?; pero debe de ser diferente. No sé si sea más difícil para un hombre o para una mujer, eso no lo sé". (Natalia)*

Es obvia la preocupación y comprensión que verbalizan los compañeros de la persona con diagnóstico de infertilidad, no demuestran sensaciones de culpa hacia la pareja. Lo anterior posiblemente tenga que ver con que indirectamente también lo viven.

Otro aspecto sobresaliente en la construcción de la percepción del el otro, es a través de los que ellas o ellos creen que siente la pareja, o lo que consideran conveniente; es decir, la subjetividad genérica al otro, con respecto al que impera en los significados propios.

En cada instante, la arbitrariedad de las diferencias genéricas, se encuentra presente, pues es curioso que a pesar de que ellas o ellos sean los que presenten el diagnóstico, no desaparece la importancia que se da a la relación mujer- maternidad- naturaleza:

*“¿Y tú crees que las mujeres viven diferente la infertilidad que los hombres?....; ¡Ah, caray!; yo definitivamente pienso que es diferente....; ¿Sí, por qué?....; Por lo que he platicado con mi esposa, siento que ellas lo sienten más, las mujeres.....; Ah, ¿sí?....; Siento, sí. A lo mejor es una frase muy trillada, porque la mayoría de las mujeres dicen que lo más maravilloso que les puede pasar es dar a luz a un ser. Pero yo siento que es parte de su proceso evolutivo de la mujer....; ¿El embarazarse...?....; El embarazarse y dar a luz a un ser. Por eso siento que para las mujeres es más difícil la infertilidad, en el caso de... o sea que lo piensan más, y buscan más alternativas ellas. Yo por una mujer estoy aquí”. (Joel)*

Llama la atención el hecho que en ocasiones para describir al otro, lo hacen a través de las diferencias genéricas en la atención médica. Al buscar otras alternativas o la “ayuda” en otros lados como es el ámbito médico para realizarse como madre o padre, puede llevar a construir “nuevas” representaciones simbólicas respecto a su cuerpo, por que éste, en forma simbólica, deja de pertenecerles, pues se medicaliza y constantemente es tratado por el personal médico, lo que puede llevar a resignificarse como mujer u hombre. También el personal médico responde al contenido cultural, pues la presencia de infertilidad en la pareja, en primer momento se le atribuye a la mujer:

*“ Yo creo que también eso es parte de la cultura que no tenemos, parte de la cultura que no se le da a los hombres y parte de la cultura que es muy machista. Y aparte de la cultura que bueno, que las mujeres: “bueno, ¿vas a hacer esto?, tienes esto, tienes que hacer esto”; y ahora ¡rápido!, así las cosas. Y para los hombres como que más lento, es más así, más... ¡ay, que difícilísimo!; o sea, en algunas cosas son muy ineptos” (Lorena).*

Entonces si la infertilidad es vista como un “anomalía” para la reproducción, no es extraño que ésta se relacione en primer término con la mujer.

Es curioso cuando él es quien presenta el diagnóstico, pues pareciera que es más difícil aceptar su diagnóstico en comparación con la mujer, asimismo son mayores las dudas para acudir al servicio médico. Dos de ellas comentan sus experiencias:

*“Entonces ya desde ahí, piénsalo; en primera le hicieron un estudio, un ultrasonido de testículos y se lo hizo una doctora. Entonces ya desde ahí dice: “¡pues qué onda!”; le digo: “¡ay, de qué te quejas!, acostúmbrate, total; para que veas lo que uno siente”; de lo que se trata, bueno, ya te sacaron sangre y te la saca un doctor, o te toma el estudio de Papanicolau un doctor; o que la Histerosalpingografía doctores”. (Andrea)*

*“Entonces, pues llega el momento en que dices, como mujer dices: “bueno, son doctores, son doctores, son doctores”; o sea, no los ves como hombres ¿no?; son doctores, se especializaron en esto y por esto están aquí; o sea, uno lo empieza... aparte si uno siente otro tipo de trato pues inmediatamente ¿no?; pero uno dice: “son doctores, son doctores, son doctores”. Entonces uno se tiene que hacer a la idea de que son doctores; uno se tiene que hacer a la idea de que te tienen que hacer infinidad de cosas. Y ellos no, ellos como que todavía se rehúsan; ¡y se enojan a veces!: “¿por qué tengo que venir?””. (Juana)*

La invisibilidad de la función reproductiva de los varones como norma de identidad, hace pensar que la reproducción no es un eje de entrada, para definir a los hombres como es el caso de las mujeres. Por tanto, las “anormalidades” alrededor de la

reproducción están lejos de su realidad y, como consecuencia, viene la negación de la infertilidad.

#### IV.4.4 La Infertilidad. Un Asunto de Pareja

Existe un tipo de solidaridad en el que integrantes de la pareja se sienten como personas infértiles, independientemente de cual de los miembros de la pareja presente el diagnóstico, simplemente comparten el hecho de no tener hija/os.

Lo anterior lo reflejan cuando hacen mención de las demanda hacía el Instituto de Salud:

*“No pues básicamente esa es mi inquietud, qué como es posible que se me impida el acceso a la pareja a la consulta y este caso que es fertilización. Pues definitivamente es algo que es entre los dos, eso para mi es inconcebible. Por lo demás, en este momento “no” nos causa un estrés muy grave, pretendemos ser esposo... Lo que pasa es que quedan muchas dudas, no es igual como que estuvieras ahí para saber como están los resultados, ya si hay duda, pues yo le puedo preguntar: si una trompa está obstruida qué posibilidad hay de que se pueda con una o si o se puede destapar la otra, miles de cosas que se pueden preguntar”. (Gabriel)*

Para la pareja infértil, el hecho de que una parte de la pareja sea quien acuda a consulta no implica que la otra no esté interesada o le sea indiferente la situación de salud de su pareja, por el contrario, se considera parte de la situación de la salud. Lo anterior, es una manera de expresar parte del diagnóstico de infertilidad y no sólo de la situación como tal.

Existe una exigencia de la pareja con diagnóstico de infertilidad en compartir la consulta. Por ejemplo, Mario no dice:

*“De hecho, entrar a las consultas, bueno, ya si uno viniera con un montón de chamacos, pues está bien, si que nada más pase la paciente. Pero en estos casos, son cosas serias y si directamente la relación de pareja eso se tiene que manejar. Eso de vete sola a ver como te va también, no me parece....Entonces, si falta mucho más afinar esta relación entre la pareja y no se puede decir entre la paciente y el doctor es la pareja y el doctor tiene que ser así, es lo principal”.*

La exigencia de compartir como pareja la consulta se debe a que el diagnóstico de infertilidad es percibido como algo que va más allá de quien lo presenta biofisiológicamente; pues es entendido como un asunto de pareja, es decir, simbólicamente la parte de la pareja que no presenta el diagnóstico como tal, se percibe también como infértil. Lo anterior rompe con una parte de la percepción biomédica sobre el entendimiento de la infertilidad en términos de quien lo padece, desde este sentido se individualiza el diagnóstico, dejando de lado a la pareja como sistema integral.

Ya que al entender a la pareja con diagnóstico de infertilidad como unidad, entonces se tendría que atender a los miembros de la pareja a la par, como bien es demandado por los propios usuarios:

*“Si porque te digo, ya sería iniciar allá los dos, y hablar con la doctora: sabe qué, ya nos dijeron esto, y nos hicieron esto, y esto, y haber si ya inician con los dos. Es como dice él, es que vieran iniciado con los dos al mismo tiempo, porque se supone que por eso*

*somos pareja, somos matrimonio, una vez tú, una vez yo, dice, así si viéramos ido los dos al mismo paso en los estudios, dice, pero después de un año ya no”. (Gustavo)*

En conclusión, la percepción de la infertilidad desde la perspectiva de pareja separa las explicaciones biofisiológicas que se determinan desde el discurso médico. Se entiende la infertilidad como un “problema” común, lo que podríamos nombrar como **Infertilidad compartida**, pues simbólicamente ambos se sienten infértiles independientemente de quien presente el diagnóstico, por el hecho de no ejercer la paternidad o maternidad.

En este capítulo, se describió los diversos matices que las dimensiones culturales – autopercepción como mujer u hombre infértil, significados del rol de género desde su condición de persona infértil- le dieron contenido al concepto de género. Siendo uno de los hallazgos importantes la dualidad entre la interpretación del funcionamiento corporal y la condición de persona.

La condición de persona desde la lectura del género, demostró que existe inequidad del trato del cuerpo de la mujer con respecto al del hombre por parte del personal médico, favoreciendo a este último. Asimismo, en la mujer recae en primer momento la responsabilidad de la presencia de la infertilidad, y por ende, el inicio de los estudios y tratamientos. De tal manera que la inequidad, esto es, la *valencia diferencial de los sexos*, es un eje temático para comprender objetivamente las dimensiones culturales de las parejas con infertilidad desde contextos culturales específicos.

## CAPÍTULO V

### V.1 REGULACIÓN DE LA INFERTILIDAD. CONFORMACIONES DE PARENTESCO

Sabemos que dadas las concepciones culturales del parentesco adquieren formas específicas de entender y darle contenido, lo que hace más complejo el impacto de la práctica de la tecnología reproductiva. Pero no quiere decir que el análisis, y “la explicación cultural del parentesco no puede separarse, por tanto, ni de un análisis atento de los procesos de cambio de la sociedad contemporánea ni de las ideas que nos permitan pensar los cambios y las nuevas situaciones” (Bestard,1998:18).

La intención de este capítulo es un ejemplo que responde a la ubicación del parentesco en la actualidad como resultado de los procesos sociales, desetiquetando la institución de la reproducción humana (Olavarría,2002). En este sentido, Olavarría (2002) plantea tres tendencias para repensar la teoría del parentesco en la actualidad:

“1) el nuevo rostro que ha adquirido la historia social gracias a los estudios históricos en torno a la familia y las ‘sociedades de casa’; 2) las recientes discusiones sobre la articulación de las distintas esferas del poder y la dominación, han tenido que echar mano del herramental teórico con que la antropología cuenta desde hace más de un siglo, para entender las relaciones entre los sexos, las generaciones y los grupos; y, 3) el reconocimiento a finales de los ochenta, en el sentido de que sexualidad, género y parentesco forman un único tema de estudio: el que se refiere a la institución de la reproducción humana (Olavarría,2002:100-1).

Y precisamente el presente capítulo se ubica en la última propuesta planteada por la autora. En el caso de los estudios sobre reproducción humana desde la antropología médica, se ha considerado ampliamente la discusión sobre los procesos sociales, lo cual permite el puente entre lo biológico y lo cultural. Pero a pesar de lo anterior, en la actualidad se reconoce la necesidad de articular lo anterior con los patrones de organización del rol de género, y éstos, asociados con las dinámicas socio-políticas. Ya que permitiría a los estudios antropológicos de la reproducción humana, informar ampliamente la visión de la antropología médica y social, contribuyendo al análisis del comportamiento de la reproducción humana (Browner,1990).

Desde la percepción biomédica, la reproducción como proceso biológico, es un proceso natural de la humanidad, la cual es necesaria para la perpetuación de la especie. Ahora bien, la perspectiva de la antropología médica, respecto a la reproducción, es secularizar al naturalismo, es decir, considerar que los diversos procesos que:

“entendidos meramente como fisiológicos de la reproducción como: la menstruación, el coito, concepción gestacional, embarazo, puerperio, aborto, infertilidad, esterilidad y menopausia, no pueden ser entendidos sólo desde el enfoque biofisiológico, ya que dichos procesos son filtrados por las experiencias de las ideas culturales e inevitablemente determinados por la actividad social, por las condiciones materiales de cambio y las relaciones sociales”  
(Petchesky en Browner,1990:216)

En tanto la reproducción como proceso social, se refiere a las relaciones y actividades en la perpetuación de los sistemas sociales. De hecho, existen controversias en el uso del concepto de reproducción, ya que existen diferentes enfoques para dicha noción, por lo que surge la necesidad por continuar explorando cómo las distintas dimensiones son determinadas e interrelacionadas social y culturalmente. Por ejemplo, en algunos estudios se hace referencia a las relaciones entre lo simbólico y la estructura de la sociedad, y éstos con paradigmas de la

maternidad, es decir, la influencia construida social y culturalmente de la estructura de los roles maternos, del nacimiento (parto) y lo relacionado con las actividades reproductivas, constituyen las nociones del comportamiento mujer- maternidad (Browner,1990) lo mismo, referente a la de hombre-paternidad.

Dicha reproducción esta simbolizada en la Familia, pues la familia es un sistema que implica “la continuidad de la producción y reproducción de relaciones sociales de naturaleza íntima” (Salles,1998:92). La dinámica social y la exigencia sociocultural por la conformación de la familia, han proporcionado alternativas que permiten la realización de tal sistema social; siendo la adopción la alternativa legalmente aceptada. Pero también, existen alternativas “ilegales”, por ejemplo, la compra o regalo de un niño/a, o la búsqueda del embarazo a través de una tercera persona, que comúnmente es la hermana, etcétera. Más adelante, se profundizará en los puntos anteriores. Pero antes de entrar de lleno a las conformaciones de parentesco, mencionaré algunos significados expresados por los entrevistados referentes a la Maternidad y Paternidad.

## **V.2 SIGNIFICADOS DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD**

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, parte del rol de género de la mujer tiene que ver con la maternidad, la cual se desarrolla simultáneamente en el plano corporal y el simbólico, en el cual se inscribe a la mujer en la sucesión de las generaciones (Tubert,1991) . De la siguiente manera lo define Cecilia:

*“¿Y qué significa entonces ser madre para tí?...; Pues yo creo que, pues la realización de toda mujer, no sé, yo creo que la mujer, ya por nacer, digamos mujer, eso es lo que busca: ser mamá”.*

La reafirmación de ser mujer a través de la maternidad, implica toda una serie de significados. Como lo percibe Georgina:

*“Bueno yo creo que te conviertes en la responsable de un ser que puedes moldear con todo tu amor, con toda tu entrega, con tus valores, con tu filosofía de vida, tus experiencias, al que puedes entregarle, finalmente, parte de tu ser, Todos tus sueños, orientarle, enseñarle valerse por si mismo, no sé, son una serie, así como que cada palabra es más profunda de lo que te puedo decir”.*

Dichos significados que definen lo que tienen que cumplir, se resumen en *estar para los otros*: ser responsable, entregar parte de lo que son, etcétera. Pero también, aunado a lo anterior, y digamos que se antepone, es la importancia que se le da a la posibilidad del embarazo:

*“¡Mhm!, pues es lograr lo que anhelo. Y aparte tener la confianza de que puedo, de que puedo tener un hijo, tener la posibilidad de sacarlo adelante; y sentir la posibilidad de estar embarazada. El hecho de estar embarazada, pues implica muchos cambios, diferentes sensaciones y diferente actitud. Entonces, quiero sentir eso; quiero tener la oportunidad de ver, de sentirme así, de sentirme diferente”. (Juana)*

Es claro que el evento del embarazo es necesario en la mayoría de las mujeres que desean ser madres, ya que las expresiones corporales significan tener un cuerpo vivo, el cual se ha “‘empleado’ para engendrar, formar, parir y alimentar a los hijos” (Fagetti,2002:126). Pero cuando no se da el embarazo, se sienten como personas

diferentes respecto a las que sí lo logran, por tanto, la maternidad está completamente ligada al proceso de embarazo, pero nuevamente la lectura desde lo cultural se antepone a la función biológica como elemento básico para poderse definir como personas, como mujeres.

Con lo anterior se afirma que la mujer infértil representa simbólicamente, un cuestionamiento al binarismo basado en la diferencia de los sexos en cuanto a la función reproductora. La mujer con infertilidad es catalogada como una mujer-sexual, ya que no es lo mismo desde la arbitrariedad del papel de los géneros, la mujer-madre a la mujer-sexual, que de hecho son consideradas como diferentes y más allá, son opuestas. (Tubert,1991)

Lo que lo lleva a construir significados referentes a la paternidad, como es expresado por Gabriel:

*“Yo digo que es la realización como hombre, como... de mi matrimonio con mi esposa, yo diría que es lo máximo ya ser padre. Experimentar ya tener un hijo en brazos, yo digo que es... algo muy bonito que... ya no lo cambiaba por nada. Sería eso”*

También para los hombres con infertilidad, el tener un hija/o sería la realización como personas, especialmente al vivir en pareja.

Entre las percepciones de ser padre, se encuentra obviamente lo socialmente aprendido de lo que debe de ser. En la siguiente cita se observa como lo percibe Abraham:

*“¡Huy! pues la más grande ilusión de este molesto momento en la tierra en la que estamos de paso. Yo he hasta soñado con un niño, con bebés de que, bueno lo mejor que pudiera darles ¿no? Tiempo, sobre todo tiempo, cariño más que nada y lo mejor que pudiera darles de vida , sustento, comida, ropa no se lo demás. Yo creo que a veces sale un poco sobrando. Pienso que lo más importante es salud, amor y cariño hacia la persona o hacia el bebe, no”.*

Es evidente la presencia del papel de proveedor que se le ha atribuido al hombre: dar sustento, alimento, vestido, salud; sin dejar a un lado, la importancia que le da el ofrecer cariño.

Un punto importante y de reflexión, es que para los hombres también el proceso biológico es primordial, está presente en la percepción de ser padre:

*“Bueno yo repito, a lo mejor la dicha, tanto para como uno como hombre, como para la dama es tener uno propio”. (Joel)*

Se hace referencia al proceso biológico: concebir un hijo/a, lo que se traduce a una hija/o propio. Sin olvidar que las “relaciones referidas a la maternidad y a la paternidad, son culturalmente construidas a pesar de que encierren actos naturales como la concepción y parto” (Salles,1998:93)

La presencia de infertilidad implica la redefinición del papel de ser padre, y sobre todo, de la maternidad tal y como están determinados por el contenido cultural, generalmente se acepta "que la paternidad es una función simbólica (y) la maternidad es considerada, por el contrario, como una función natural" (Tubert,1991:XIV). En el caso de las parejas con infertilidad, se sigue dando la regla

social de lo que podemos llamar como: la **dualidad parental impuesta**, ya que si analizamos los significados de ambos, responde a la dualidad de lo socialmente determinado para cada uno, pues el contenido de la maternidad y la paternidad, gira entorno a la importancia del **embarazo/descendencia, responsabilidad/proveedor**.

En la redefinición del papel de ser madre o padre, también la tecnología juega un papel básico. Por tanto, es necesario conocer la mirada médica y su relación con el parentesco.

### **V.3 EL PARENTESCO Y LA MIRADA MÉDICA**

La incapacidad de procreación desde la mirada médica, ha llevado a la búsqueda de soluciones para convertir a la mujer en madre y al hombre en padre, y aquí aparecen soluciones para la regulación de la infertilidad.

Como ya hemos visto en otro capítulo, en los tratamientos para la regulación de la fertilidad está implícito el sometimiento del sujeto: "el cuerpo como lugar de gestación se medicaliza. Se borra la diferencia entre el cuerpo del discurso del sujeto, que como tal está abierto al infinito juego de la significancia y el cuerpo del discurso científico" (Tubert,1991:3). Las personas con infertilidad se someten a la serie de procesos de los distintos tratamientos con la esperanza de la fertilización, para que de esta manera se "borre" el problema fisiológico, y por ende, cumplir con lo genéricamente esperado, es decir, dejar de ser personas con incapacidad de procrear. De lo anterior, se expresa convertir "al médico en una hacedor de milagros capaz de *normalizar* a aquellas que no responden al ideal cultural. De este modo, la ley moral se transforma en ley científica"(Tubert,1991:XVI). En tanto que la "gestión de la existencia humana (por) la medicina toma así una postura *normativa*, autorizándose a regir las relaciones físicas y morales de los individuos y de las sociedades en las que éstos viven". (Tubert,1991:7)

Aquí lo interesante es saber ¿cómo las personas con diagnóstico de infertilidad perciben y resignifican las relaciones de parentesco? Ya que el parentesco está considerado como un hecho de la sociedad, fundamentado en los actos culturales, y los parientes más próximos reconocidos son aquellos que, por un lado son descendientes sanguíneos, es decir, el pariente es consecuencia o prospecto de la procreación (Strathern,1992). Felipe le da contenido a lo anterior de la siguiente manera:

*“Pues yo creo que ella quiere tener un hijo biológicamente suyo... sino, no. O sea, siento que no está muy a gusto sin hijo y quiere tenerlo, pero que sea naturalmente de ella, o sea, está dispuesta a batallar, con ...con una criaturita siempre y cuando sea de ella, sino, no”.*

Para el ámbito médico, cada uno de los procedimientos es considerado “natural”, debido a que es una asistencia para “normalizar o resolver” la “anomalía” que presenta la persona infértil. En este sentido, el “desarrollo tecnológico se presenta como una medicalización cada vez mayor, no sólo del cuerpo, sino también de la vida, la sexualidad y el deseo.

El saber científico con la cooperación de sus recursos técnicos, interviene como una fuente de poder y las representaciones de nuestras funciones vitales de nuestra sexualidad y del sentido de nuestra vida, están atravesadas por esas relaciones de saber-poder” (Tubert,1991:XI) Lo cual coloca al cuerpo y al rol genérico en juego constantemente.

De hecho, “las disputas en torno a las definiciones de la paternidad y la maternidad que hoy se producen en el contexto de las tecnologías de procreación asistida, no parecen poder solucionar mediante referencias a la naturaleza de lo hechos de la

vida. Es la misma biología la que plantea la cuestión a la cultura: el referente de los términos de parentesco, ya no puede ser el viejo modelo natural de la genealogía”: (Bestard,1998:201) en el cual el padre social era el biológico; como el legal se le consideraba padre natural al que tenía hijos sin ninguna intervención médica; y, padre biológico, es el que aparece a partir de la reproducción asistida (Strathern en Bestard,1998). Con lo anterior, se puede ver cómo la reproducción pertenece al ámbito de la cultura.

## **V.4 TIPOS DE RELACIONES DE PARENTESCO**

### **V.4.1 PARENTESCO Y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. PROCESO ARTIFICIAL**

En el capítulo Visión Ética-jurídica, se analizaron las implicaciones legales sobre el uso de las técnicas de reproducción asistida (TRA), tanto para el personal de salud, como para las y los usuarios. Ahora, mencionaré algunos alcances del uso de dichas técnicas en el parentesco.

Si bien, la reproducción es un hecho social, entonces, es un “campo donde prevalece la pluralidad de elecciones, la manipulación y la intervención (desde el control de la fertilidad al de la esterilidad)” (Bestard,1998:203). Dicha pluralidad de elecciones ha llevado a las parejas a tomar como opción las técnicas de reproducción asistida, por ejemplo, la Inseminación o *In Vitro*, en el que se dejan a un lado las relaciones sexuales como medio para el embarazo y el logro de un hijo/a vivo, es decir, efectivamente el inicio de la reproducción se convierte en un proceso artificial:

*“Para ti ¿qué significa embarazarte por medio de la inseminación artificial, por ejemplo, o cualquier reproducción asistida, invitro..y no por medio de relaciones sexuales?....; No, pues, más que nada, es*

*una ayuda, el complemento, ya si no podemos, por lo que hemos intentado, pues una ayuda más que nada, pero ojalá que quedara* (Mario). En el caso de ella, *“Sí, al principio si decía yo como no será mejor que fuera por relaciones ya que quedará embarazada, y ya, pero ahorita me da lo mismo, ya hasta se me hace como que siento que es más fácil por inseminación y por in vitro, ya me hice la idea que por relaciones no voy a quedar ya siento que es más fácil, a demás más directo”*. (Lorena)

Es interesante cómo las parejas con infertilidad que se someten a la reproducción asistida, separan el acto sexual de la concepción, lo que sería una manera de resignificar el inicio del proceso de reproducción, esto es, se da una aceptación de las vías alternas para la procreación en el que las relaciones sexuales pasan a segundo término, colocando la procreación en primer lugar. Lo anterior nos lleva a pensar sobre la importancia que tiene la descendencia para constituirse como personas socialmente completas, que no es lo mismo que tener un hijo/a como tal. Más adelante en el apartado de adopción profundizaremos en el punto.

En el caso de los tratamientos que se realizan con donante de espermia o donante de óvulo, son considerados como padre o madre genética, pues su aportación es exclusivamente de los gametos, quienes proporcionan una parte genética. En este caso, dicho donante no pasa por los procesos “naturales” de la reproducción: embarazo y parto. Por lo que ambos donantes pierden todo derecho y obligación con el nuevo individuo. Desde esta perspectiva, podemos decir que sí existe un vínculo con el nuevo ser en términos de herencia genética, pero no desde lo social, es decir, de entrada no se conocerán, no compartirán, no serán una familia socialmente reconocida.

Pero a pesar de lo anterior, es interesante cómo la genética, sigue teniendo un gran peso para definir el parentesco, pues la transmisión de genes se resume simbólicamente en la herencia que implica la identificación en primer momento con los padres “¿A quién se parece?” y posteriormente con los parientes.

Entonces, se puede afirmar que las tecnologías de procreación implican “la disolución de la idea de que la reproducción es un proceso natural” (Bestard,1998:203). Lo que nos deja reflexionando sobre cómo la tecnología que pareciera que está separada de lo cultural, tiene un gran peso en lo social y lo cultural y viceversa. Pues la conformación de familia, sugiere a las parejas disociar el acto sexual como el inicio del proceso reproductivo natural, para trasladarse al plano de lo artificial.

#### V.4.2 PARENTESCO Y RECONOCIMIENTO SOCIAL

También, existe lo que se denomina como maternidad biológica, que sería el caso de aquella mujer que presta o alquila su útero a la usuaria con infertilidad, quien lo solicita. A la mujer que lleva este tipo de actividad, se le considera madre sustituta. En este caso la mujer que alquila su útero, a diferencia de la donadora, sí vive el proceso de embarazo y parto, pero no la lactancia, ya que después de parir tiene la obligación de entregar el niño a la mujer que la contrató, quien a su vez se convierte en la madre “real” del nuevo ser, es decir, esta última será la que se hará cargo del bebé, y quien socialmente será reconocida como la madre legítima, por tanto, la madre sustituta podría perder todo derecho social, cultural y legal sobre el hijo/a, pero sobre todo la parentalidad. Lo anterior también depende el marco jurídico de cada país, ya que por ejemplo un caso que tuvo eco a nivel mundial, fue el de Baby M en Estados Unidos. Este caso se presentó en 1985; la pareja Stern, realizó un contrato de maternidad subrogada con la señora Whitehead, quien fue inseminada con el esperma del señor Stern. Al nacer el hijo, la pareja y la madre subrogada entran en disputa legal, otorgándole todo derecho legal sobre el hijo a la señora

Whitehead, invalidando el proceso de adopción de la pareja quien contrató el servicio de subrogación (Moctezuma, 2007) .

Desde esta perspectiva, la cultura se antepone otra vez a lo biológico, pues el valor del parentesco, se lo da el reconocimiento social. Con lo anterior, podemos decir que la maternidad se separa de la gestación, parto y lactancia, lo que implica en la actualidad que ser madre, no necesariamente es vivir el proceso de embarazo y parto, sino precisamente se reformula la conceptualización de lo qué es ser madre y padre, y se da una ambigüedad acerca de lo que es ser madre natural o padre natural, y ahora se hace hincapié en la reformulación de maternidad y paternidad sociales (Strathern,1992). Dicha percepción de la paternidad social, la describe Emilio:

*“...para mí, no nada más es decir, concebimos el hijo y ya, es ser padre ¿no?! No, es cuidarlo, verlo crecer, atenderlo desde ser niño a ser grande, cubrirle todas sus necesidades y quererlos y mimarlos. No nada más ser padres, es concebir una persona, y no, como es clásico, andan regando hijos por todos lados, y decir: yo tengo tantos hijos si, pero no sabes ni cuándo, no sabes de ellos, no nada más decir: yo por esto soy el macho y tengo tantas mujeres y tengo tantos hijos regados por ahí”.*

De hecho, en algunos países se le ha dado sustento legal a la definición de lo que es ser madre o padre, para el caso de las personas que se practicaron algún tipo de RA; un ejemplo es la Ley Británica de Fertilización y Embriología Humana (British Human Fertilization and Embryology), la cual considera que a la persona se le puede nombrar madre o padre al momento que adquiere los derechos legales del niño y al donador sólo se le tiene que considerar como tal. Por tanto, el parentesco pasa a ser

considerado como una construcción social de los procesos naturales (Strathern,1992).

Esto último por supuesto que no está resuelto por la biología, es decir, ésta:

“...no puede resolver.... la cuestión de quiénes son los ascendientes reales. El proceso natural, antes único e indivisible, se halla ahora fraccionado en distintos procesos independientes. Se establece una distinción entre ascendientes reales y genéticos, o bien, entre madre sustituta y madre real. La donación de esperma hace al donante padre genético y la donación de óvulo hace a la donante madre genética, porque la concepción se separa del acto sexual”.  
(Bestard,1998:205)

Esta separación del acto sexual y la concepción no rompe con la filiación, ya que con los nuevos modos de reproducción, los hijos llegan a pertenecer a un grupo socialmente definido. Tanto el parentesco, la alianza matrimonial, las modalidades de familia y los sistemas de filiación, no son resultado de la biología, es decir, no son biológicamente fundados, no son naturales y, por tanto, no son universales, (Héritier,1986) independientemente de donde venga la descendencia ya sea, a través del acto sexual o por alguna técnica de reproducción asistida.

#### V.4.3 PARENTESCO Y OTRAS SOLUCIONES SOCIALES

Cuando a las parejas infértiles se les agotan las posibilidades de un embarazo a través de los tratamientos alópatas (hormonales y reproducción asistida) y persiste el deseo de ser padres, a menudo buscan otras alternativas que el propio contexto les ofrece. Una de ellas, es la adopción, que a decir verdad, en su mayoría es la última opción que consideran las parejas con infertilidad entrevistadas, pero también se da el caso de aquellas parejas que definitivamente nunca lo harían.

Para las parejas con infertilidad, la adopción como alternativa para la composición de la familia deseada es un tema de controversia, precisamente porque se relaciona con una serie de creencias sobre el contenido de los genes. Por otra parte, una especie de variante a la adopción, pero no legalmente realizado, es el intento de adquirir un niño/a a través de la venta o regalo.

Pareciera ser que esta última manera de búsqueda no es común, pero más adelante veremos cuáles son las soluciones cotidianas a las que acuden las parejas infértiles; reflejo de la desesperación por conformar una familia, y ser aceptados. Están aquellas parejas que deciden adoptar:

*“Oye y de la adopción ¿si han pensado entonces?....; Sí, si hemos pensado y de hecho le dije: bueno en las últimas veces que platicamos, yo le comenté (porque ya ve que checan mucho eso de la, el sueldo) bueno la cuestión económica le digo no. Yo creo que ahí no la vamos a hacer, dice por qué, lo poquito que estás sacando y van a decir cómo vas a mantener a tu hijo, y dice él: pues no, pero lucha es que la que no se hace o algo así. Dije bueno. Dice: pues por algo están pasando ahorita las cosas hemos salido adelante. Él también pues ha subido en la empresa en donde está, entonces vienen cosas mejores, no quitamos el dedo del renglón de adoptar”.*  
(Andrea)

En algunas personas las preocupaciones giran entorno a los obstáculos administrativos, dejan a un lado las explicaciones biofisiológicas y las demandas culturales sobre la importancia de la construcción de una familia “natural”.

Digamos que un mecanismo similar a la adopción, es la compra o regalo de un hijo/o, pues es una opción no legal pero “frecuente”. Agustín nos cuenta su experiencia:

*“...así le digo, pues así hemos andado en varias puertas y muchos nos dicen, no pues te echamos la mano, una señora que es muy buena gente en Tepejil del Río, este le platicamos nuestra vida porque hemos ido allá como tres años allá a la venta cada año y nos dice: ‘¿qué no tienen familia?’, no, ya le platicamos nos pasa esto y una vez nos habló por teléfono; ‘¿ qué creen?, pues les hablo para esto, tengo una amiga que trabaja en el Centro de Salud, aquí en Tepejil, y dicen que allí si van este..., niñas, señoras, bueno niñas muchachas’....; ¿Jovencitas?....; De dieciséis años, ándele, que luego van a la escuela que ya les paso eso, y que luego no quieren sus hijos y allí los dejan y entonces habló. ‘Hablo para haber si les conviene que me den sus datos y que en cuanto alguien aiga, yo les habló y ustedes vienen’; y le dijimos bueno, si, si, nos gustaría”*

Varias parejas eligen este tipo de opción, ya que en el caso de la adopción, el trámite administrativo llega a ser tedioso y desgastante. Esta es una de las tantas razones por las cuales las parejas con infertilidad deciden no continuar por esa vía. Paula nos cuenta con detalle la tramitología al intentar adoptar:

*“A que si estábamos bien casados por el civil y por la iglesia, que si éramos un matrimonio estable y les dijimos que si. Y “¿cuántos años tienen?”, tengo 32 fue hace como un año más o menos, hace como dos años....; ¿Tú tenías como 31?....; Y el tenía como 41, si hace como 2 años fuimos a preguntar. No pues nos preguntaron “¿cuántos años tienen?” no, pues yo 31 y él 41; “ no, es que ya están grandes”, no pues si”. Y ya nos dijeron: “¿y cómo lo quieren?” si se puede, uno recién nacido pues sí recién nacido, y dijo: “no pues recién nacido no se puede, porque ustedes ya están grandes, así que les daríamos uno de tres a seis años de edad”. Dice y “se*

*tendrían que esperar de un año, a año y medio para poder entregárselo, porque primero tenemos que hacerles un historial para que nos digan cómo son ustedes como pareja, si se llevan bien o se llevan mal, o si hay golpes en su casa, tendría que ir con una trabajadora social a platicar con ustedes a su casa para ver cómo es que son ustedes como pareja, porque si ustedes son de pleitos y de agarrarse a cada rato, pues que vida le van a querer dar a la criatura, tanto es por ese lado, y por otro lado, es un estudio socioeconómico y un estudio psicológico, y ya, basándonos nosotros en eso, vemos si ya se puede dar la adopción o no”*

Pero por qué la adopción se presenta como la última opción. Una de las razones se resume en la siguiente cita:

*“A ti ¿te gustaría adoptar?....; Sí, en caso de que sí, de plano que nos digan no pueden o digamos cierto límite en una fecha que de plano no, no vemos nada. Si nos gustaría adoptar” (Blanca)*

La adopción se convierte en la última esperanza para conformar una familia, pues prefieren someterse a todos los tratamientos posibles antes de considerarla. El deseo de un hijo/a natural en este caso es permanente; digamos la resignación de lograr el embarazo por medio de tratamientos es un componente que determina la decisión a la adopción en las personas con infertilidad.

Asimismo, se presentan aquellas parejas que a pesar de que las dan de alta en los tratamientos para la regulación de la fertilidad, y que queda como única opción la adopción, consideran nula la alternativa. El deseo de un hijo/a natural, es más

significativo en términos de conformación del sistema de familiar y parentesco. En este sentido se reafirma lo que dice Hérítier,

“parecería que se trata de un deseo de descendencia y de un deseo de realización que de un deseo de un hijo, y de la necesidad de cumplir con un deber para consigo mismo y para la colectividad más que la reivindicación a un derecho a poseer” (Hérítier,1986: 43).

Lo anterior, nos lleva a pensar en la importancia que conlleva la dualidad de hijo/descendencia en el sistema de parentesco, pero también la extensión de persona, es decir, en la preservación de la herencia, tanto de la posible madre, como del posible padre.

Entre las razones por las cuales no llegarían a adoptar, se encuentran varios motivos que se centran principalmente en las demandas socioculturales como parte del juego social y de sobrevivencia de lo que es “bien visto” o lo que no. Sonia, nos comenta:

*“Otras alternativas para tener un bebé ...no sé, pensando por ejemplo en adopción....; Sí me lo han dicho pero no, yo no quiero.... ¿Porqué, no te gustaría?....; En primera, porque sí es un bebé que no lo quisieron sus papás, seguramente desde el vientre sintió el rechazo. Yo no sé qué problemas me va a traer de conducta, a la mejor después me reprocha: “ es que tú ni eres mi mamá”, eh.. Mi familia, a la mejor, este, me lo hagan menos, eh... A la mejor yo no lo voy... lo voy a mal educar, porque.. digo, no, si lo reprendo van a decir que... o él mismo lo va a sentir o yo lo voy a sentir, que porque no es mi hijo, por eso lo reprendí. Como que son muchas cosas en contra que si fuera un hijo no, no lo sentiría así. Por ejemplo, se parece a... mi sobrino, se parece a mi papá, este bebé no se parecería a nadie. O sea, muchas cosas que yo veo en contra”*

Si observamos, el rechazo social es una continua preocupación y obstáculo para no considerar la adopción o regalo o venta de un niño/a como alternativas. Tal vez, esto se deba a la importancia que socialmente se le da al proceso reproductivo (embarazo y parto) para la conformación de parentesco, nuevas alianzas, esto es, se prioriza la descendencia directa. Pues la descendencia directa garantiza al nuevo ser reconocimiento inmediato dentro del sistema familiar, y por ende, el reconocimiento de parentesco con aquellas personas que conviven, de lo contrario, el rechazo está asentado. Lo anterior está ligado a las exigencias que toda sociedad externa tiene, resumido en la necesidad social de “definir reglas particulares de filiación, es decir, aquello que garantiza la legitimidad de la pertenencia al grupo y permite establecer lo que funda la identidad de la persona humana como integrante de una continuidad biológica y social” (Héritier,1986:41).

Sí bien se da el rechazo social, también es importante rescatar una de las razones principales por las cuales las mujeres con infertilidad no desean adoptar. Lo cual se relaciona con el significado del ser mujer, esto es, al rol de género, aunado con la apreciación de lo que representa “tener” el hija/o:

*“¿Y tú crees, entonces que hay diferencia pues tener un hijo natural que uno adoptivo?....; Yo sé que sí, lo que.. yo creo que sí lo llegaría a querer mucho pero, sí sentiría que no es mi hijo, sí sentiría que a la mejor es este.. pues no sé, es parte de la familia, pero no mi hijo....; No lo sentirías...; O no lo sé, pues es que no lo sé, porque igual y sentiría que ese ser pequeñito depende de mí, pues a la mejor sí, no sé, no sé, pero....prefiero que no, igual y ya a la mejor me dicen aquí, ¿sabes qué? no puedes tener hijos, a la mejor lo voy a empezar a pensar. Pero ahorita, todavía hay la probabilidad de que puedo tener un hijo propio”. (Nora)*

Ahora bien, este sentir de no percibirlo como su hija/o nos lleva a lo mismo, a la ausencia de vivencia del proceso reproductivo: embarazo, parto y lactancia. A pesar de que no podría percibir al niña/o adoptivo como su hija/o, es interesante que sí lo pudiera considerar como parte del sistema de parentesco, sólo por el hecho de filiación, entonces, el lazo sanguíneo sigue siendo el elemento que caracteriza la pertenencia, y por tanto, nombrarlo como hijo propio.

Lo anterior es común, pues la importancia de la vivencia corporal que deja relucir los significados del proceso de embarazo, siendo un canal de herencia genética, es habitual en estos casos. Por ejemplo, Karina nos dice:

*“¿Y ser madre significaría alguna diferencia entre...?....; Claro, porque no vas a sentir lo que yo te acabo de comentar hace rato; o sea, no. Pero....; ¿Te refieres al embarazo?....; El embarazo, el... pasar eso; o sea yo no quiero saltarme pasos, en cuanto a mi tratamiento. Yo no quiero estar aquí y saltar hasta acá, porque lo de en medio dónde queda, tengo que pasar todo”.*

Pues el vivir dicho proceso implicaría sentir como propia al hija/o, de lo contrario sería solamente como “alguien” más de la familia. La importancia del proceso reproductivo para percibir al hijo como “verdadero”, tiene que ver también con la transmisión de los fluidos: la sangre de la madre al hijo a través del cordón umbilical, la transmisión de la leche materna en el proceso de lactancia, etcétera; lo que garantizaría una alianza directa, y por tanto, el reconocimiento del parentesco. En este sentido, en términos simbólicos se puede entender por qué la pareja considera la adopción como última opción para resolver el “problema” de la presencia de la infertilidad y de la reproducción social.

En el caso de los varones, igualmente se da dicho sentir. De la siguiente manera lo expresa Rafael:

*“Y tú crees que hay diferencia entre ser padre, ahora sí que adoptivo que no, a ser padre natural, ¿habría diferencia en ejercer la paternidad?....; En la responsabilidad como padre no, o sea, sí ser responsable, en el cariño tampoco, pero sí hay diferencia, porque no es mi hijo biológico, o sea, es la única diferencia que yo le vería, lo demás sería... sí sería su papá ¿no? y sería mi hijo. Pero como que ahí es una relación de que a la mejor hasta que... él quiera ¿no?, decía "no, es que no, es que ya... la verdad es que no eres mi papá y me quiero independizar" o algo así, a la mejor ahí ya deja de ser mi hijo ¿no?”*

Lo anterior nos lleva a pensar que sí se da un tipo de parentesco con el hijo/o adoptivo mientras dure la filiación. Esta aseveración es resultado de la percepción que tiene la pareja infértil sobre la adopción, pues un hijo/o adoptivo no es considerado como propio, como hijo/o de sus *entrañas*. Tal vez lo anterior, se deba a la fuerza del lazo biogenético.

Aunado a lo anterior, las *creencias culturales* sobre el origen del posible bebé adoptado, igualmente son determinantes en la decisión. Así lo percibe Natalia:

*“También puede ser de que este bebé... rechazado por sus padres, yo no sé si es hijo de mariguanos, prostituta o no sé de quién, que igual me sale también de malos sentimientos ó.. de muy mal carácter. Cosas, o sea, que no se me hace que... yo no voy a poder predecir”.*

El conjunto de creencias en este caso, está inmerso en el contexto biofisiológico centrado en la genética. La lectura de lo que implica la herencia, lo relacionan con la sangre, pues para las parejas con infertilidad, la sangre es la que transmite los genes de las personas, y por tanto, lo que define cómo van a ser en general, en la sociedad; en lo particular, en la familia, y por ende, como hija/os. Cuando sabemos que los gestos y el carácter son parte de la cotidianidad social, son conductas culturalmente construidas y aprendidas:

*“¿Por la cuestión de la herencia, tú te refieres a la sanguinidad ó a qué te refieres con eso?....; Sí, a herencia genética. Y además, de que si ésta mujer, la mamá, igual no quería al bebé, o sea, estoy segura de que no quería a su hijo, y fumaba, tomaba, también a la mejor le trae daño orgánico, no sé. No sé, o sea, yo no sé de quién va a ser hijo ese bebé”. (Natalia)*

Hemos visto que la negación de llevar la adopción como alternativa, conlleva una serie de significados socioculturales en el que las funciones corporales vuelven a ganar terreno:

*“En la escuela en una ocasión llegó una señora y me dice: oiga maestro, usted que no puede tener hijos. Está una señora y tiene muchos hijos, ¿no quiere un bebé que acaba de nacer? este, adóptelo usted ¿no?! Déjeme intentarlo a ver qué pasa....; Y ¿por qué, no te gustaría? o ¿por qué piensas que no?....; No es lo mismo no sería mi sangre, a lo mejor si tuviera un bebé que fuera de nosotros y llegara esa circunstancia de que llegara una señora y yo no puedo tener, a la mejor si lo aceptaría, pero en este momento no, no”. (Agustín)*

Aún en la actualidad en sociedades occidentales, el contenido de parentesco está completamente ligado con la sangre, pues de alguna manera garantiza la herencia genética y simbólica: padres e hijos/as comparten el mismo fluido corporal, la sangre.

La representación simbólica de la importancia de la consanguinidad es precisamente entender que el:

“...niño que nace vivo y caliente, portador de la pequeña cantidad de sangre que su cuerpo puede contener, procede de un acercamiento, sin el que la reproducción humana es imposible, a lo largo del cual pasa del cuerpo masculino al cuerpo femenino, una sustancia que es consiguientemente necesaria para la creación de un nuevo ser vivo, pero que no es sangre, la <<semilla>, el esperma” (Héritier,1991:159)

Por tanto, la consanguinidad implica la presencia del hombre a través de su esperma, colocándolo en la condición de Padre “verdadero”, he ahí la importancia de la consanguinidad y el esperma.

Lo anterior ha sido demostrado por Héritier (1991) al estudiar el pensamiento de los Samo en Burkina Faso, en el que efectivamente el hombre deposita el “agua de sexo” (esperma) al momento del acto sexual. El esperma dentro del cuerpo de la mujer se transforma rápidamente en sangre, cuando un “niño es concebido, el esperma del marido se transmuta en sangre se transfiere al niño aportándole la dotación sanguínea indispensable, soporte del hálito vital, del calor y la vida” (Héritier,1991:162). Otro ejemplo, que trabajo la misma autora, es referente al pensamiento griego o el indio en el que la sangre juega un papel fundamental, pues la:

“...cadena de transformación pasa del alimento a la sangre, y de ahí, por el efecto de una cocción diferente según los sexos, al esperma y a la leche. El hombre produce esperma porque su naturaleza es cálida y porque posee también una aptitud para la cocción intensa de sangre,

cocción que la transforma en el residuo más puro y denso: el esperma. La mujer no puede llegar a realizar esta operación. Pierde sangre... sólo consigue transformarla en leche” (Héritier, 1991:167-8)

En otro estudio realizado en México con los maya mochós de Chiapas, también se dice que el esperma, entendido como semilla, remite al sistema de parentesco en el cual la “semilla del hombre no designa únicamente el elemento masculino, el esperma es concebido como semilla de generación, que porta la especificidad humana y que se encuentra tanto en el hombre como en el mujer” (Ruz,1998:209)

Aunado al peso simbólico que conlleva la transmisión de sangre de padres a hijos/as, se encuentran presentes las interpretaciones simbólicas del conjunto del proceso para que se lleve a cabo dicha herencia. En la siguiente cita, nos lo dice Julio:

*“No sería de mi sangre, no sería lo mismo, yo creo que un bebé empieza desde el momento de que, no sé, en mi caso cuando mi esposa estuviera embarazada, disfrutarlo dentro de ella, No sé, caminar con ella, apapacharlo en el vientre de ella, platicar con él, todo eso ¿no?!”*

Una de las explicaciones de la importancia de la transmisión de la sangre es precisamente que los “símbolos del parentesco tienen que ver con la construcción moral de la persona y con los principios de identidad. Es importante relacionarlos con las ideas de <<sangre>> y de <<tierra>> que han sido los dos símbolos principales de la identidad social” (Bestard,1998:111) y que han permitido entender parte del sistema de parentesco.

Con base a las diversas razones sobre las diferencias del concebir a un hija/o adoptivo como parte o no del grupo de parentesco, y por tanto percibirlo como hija/o

propio; tendríamos que considerar dos puntos de referencia que fueron comúnmente expresados en las personas con infertilidad para tomar una decisión. Uno, el sentido biológico-genético, y el otro el sociocultural. Sí consideramos la parte biológica-genética como punto de partida para apreciar al posible hija/o adoptivo, en su mayoría existe el rechazo por razones genéticas, hereditarias y la falta de vivir el proceso reproductivo, que en el fondo es el impacto sociocultural-simbólico de las implicaciones de pertenencia y aceptación dentro de un grupo de parentesco, siendo lo anterior una representación simbólica del acto de adopción.

Pero si el punto de partida es desde la perspectiva sociocultural, aterrizada en la responsabilidad que implica el hija/ adoptivo, en su mayoría no expresan diferencias entre un hija/o natural y uno adoptivo. En ese sentido al hija/o adoptivo, se le da un lugar en el nuevo grupo de parentesco.

Ahora bien, al interior de la pareja no necesariamente se da una coincidencia en la decisión para adoptar. Como lo narra Ernesto:

*“¿Y han pensado en adopción?....; Yo sí....; A ver ¿cuéntame?....; Bueno, lo hemos platicado...y a ella no le gusta la idea....; ¿Ella no quiere?....; No, no quiere”.*

Probablemente, lo anterior se deba a la importancia que para la mujer implica vivir el embarazo y parto, siendo parte de su rol genérico. En el caso de los hombres, también se dan las negaciones contundentes a la adopción. Así lo expresa Silvio:

*“Pues, no hay opción de adoptar un bebé, vamos a buscarlo, vamos a intentarlo, nada más hasta allí ha quedado, no hemos llegado a más.....; ¿Y a ti te gustaría adoptar a un bebé?....; No”.*

La inexistencia de un hijo/a, lleva a la pareja a centrarse y conformar “un” tipo de familia, en el cual la cohabitación de la pareja se “prescinde de los vínculos intergeneracionales y las relaciones se restringen a las de género, propias de los adultos formadores de la pareja. (Salles,1998:94)

Pero vayamos a la discusión de lo que significa en términos de parentesco la negación hacia la adopción y la búsqueda a través del “regalo” o compra de un niño/a. Primeramente es recordar el objetivo de las parejas con infertilidad, de entrada la importancia de ser padre o madre es tener un hijo/a vivo, por tanto, desde una reflexión simplista, podríamos pensar que la adopción lo resuelve y con eso cumplen su deseo, no tendrían que pasar por la serie de tratamientos médicos que los afecta física y emocionalmente, y en términos estrictos serían aceptados por la sociedad como una familia “completa”: madre, padre e hijo/as. Pero lo que es cierto, es que la carga sociocultural y la construcción de significados respecto a la descendencia, lleva a la pareja a enfocarse y aferrarse en tener una familia “natural”. Dejando a un lado la alternativa de la adopción.

*“A lo mejor como... sería mi máximo anhelo, quisiera tener ya mi familia propia; hablando de tener mis hijos, ¿no?”. (Lulú)*

Nuevamente vayamos al punto de por qué la adopción no es la alternativa “ideal”. Lo anterior nos lleva otra vez a voltear a ver la importancia de la consanguinidad como uno de los principales ejes que le dan contenido al parentesco socialmente estructurado. Podríamos decir, que lo anterior nos traslada nuevamente a realizar discusiones sobre la importancia que implican las representaciones simbólicas de la consanguinidad para conformar una familia, y por ende, las explicaciones sobre el tema de parentesco.

Recordemos que desde el parentesco, en el caso de un sistema patrilineal se pondera al esperma, ya que éste representa descendencia y pertenencia del padre a los niños:

*“O sea, dentro de lo que cabe, él tiene un poco de esperma bajo, pero no es detalle como para no poderse embarazar, para no poderme embarazar” (Marta).*

En el caso de un sistema matrilineal, se hace énfasis en la sangre de la madre, que llega a ser confundida con la sangre menstrual (la cual es desvalorizada en las sociedades patrilineales) y que implica fuente de vida y apropiación de los niños (Godelier en Marion,1997). Sonia nos comparte:

*“Pues nada, en realidad recetado nada, porque nunca me dijeron: “¿sabes qué?, vamos a checar... pues no sé, una prueba de sangre, una prueba de equis ¿no?, nada; simplemente: “vamos a tratar primero lo de la menstruación y regulando la menstruación ya te vas a embarazar, porque debes de tener tus días de ovulación”*

En cada sistema de parentesco, podemos ver que se da “un principio de filiación, un principio de organización, de herencia a través del parentesco de los estatutos sociales, de los roles sociales” (Godelier en Marion,1997:18) en el que “las diferencias de las sustancias son convocadas por el pensamiento humano y cargadas de un significado vinculado con el orden social” (Godelier en Marion,1997:18). Desde esta perspectiva, el simbolismo en relación con las funciones fisiológicas, como se expresó, implica un estatus social, tanto para mujeres

como hombres y deja ver la importancia que tienen las interpretaciones culturales respecto a las funciones anatómicas-fisiológicas.

El conjunto de vivencias y experiencias de las parejas con infertilidad en busca de soluciones, se convierte en elemento crucial para tomar decisiones en opciones alternas para la solución a su condición y darle contenido a las “nuevas” percepciones de parentesco. Ernesto nos comparte su percepción:

*“¿Habría diferencia entre ser padre de un hijo adoptivo que de un hijo propio; sí habría diferencia?...; Pues... yo me imagino... o sea, es algo desconocido ¿no?; pero yo me imagino que sí debe de haberla. Pero la va haber para el que los puede tener; para el que no los puede tener no la va haber. Porque si yo lo adopto, es porque no estoy comparando el que sí o el que no; a él le voy a dar todo, porque yo no puedo tener esto. Y el que sí lo tiene a lo mejor sí podría tener. Por eso le digo, yo no sé cómo pensaría una persona que sí puede tener hijos y luego adopta otro. Se ha dado ¿no?, que gente que tiene posibilidades tiene sus hijos y adopta otro. Por qué, porque tiene las posibilidades y le va a dar una vida... a esta persona, y es gente que está preparada para eso, no cualquiera lo hace”.*

Pues no es lo mismo pasar por años el deseo de un hija/o sin poder lograrlo, pues las experiencias de someterse a tratamientos y estudios alópatas y alternativos los han llevado a preguntarse continuamente: *por qué* no pueden embarazarse y lograr un hijo, conformar una familia y pertenecer al sistema de parentesco social y culturalmente estructurado como aquellas personas que no han tenido problemas en su reproducción. También las múltiples razones por las cuales las parejas con infertilidad no adoptarían o no aceptarían el “regalo” o compra de niña/o, o ambas

considerarlas como últimas opciones. Están relacionadas con las resignificaciones adquiridas durante el largo camino en busca de la reproducción.

Todo lo anterior nos lleva a reafirmar que el conjunto de significados simbólicos de las y los actores, son la base para el entendimiento del parentesco y la construcción de “nuevas” interpretaciones de éste. Reafirmando lo que plantea Olavarría, quien nos dice que:

“...los estudios contemporáneos de parentesco tienden ahora a estar más sustentados históricamente, se concentran en la experiencia cotidiana, los significados y las representaciones del género, del poder y la diferencia, y tienden a dedicar una considerable atención analítica a sus contradicciones, paradojas y ambivalencias, gracias a lo cual es posible inferir algunas directrices generales del parentesco en el mundo occidental”. (Olavarría,2002:113)

En este capítulo vimos que para entender parte del cambio de percepciones en la actualidad sobre el parentesco, es necesario tener presente que su contenido se inicia con las interpretaciones socioculturales-simbólicas del aspecto biofisiogenético de la reproducción humana: características físicas del cuerpo de la mujer, del hombre; fluidos corporales, como sangrado menstrual, esperma, leche. Siendo el conjunto de significados la base para el entendimiento del parentesco, resaltando la importancia que conlleva que el “nuevo” integrante de la familia tenga “algo” de los futuros padres, y de esta manera conformar una “Alianza real”.

## CAPÍTULO VI

### VI.1 PAREJA INFÉRIL. SIGNIFICADOS Y CREENCIAS

Hemos visto cómo la infertilidad conlleva una serie de representaciones y significados de las personas que presentan el diagnóstico. Entre éstas se encuentran las repercusiones corporales, tanto en el sentido físico como en el simbólico, atravesado por el rol de género; el tipo de parentesco que tienen que conformar, los cambios de proyectos previamente planeados y deseados de la pareja: conformar una familia con descendencia., etcétera. Lo anterior ha llevado a las personas a cuestionarse sobre los *porqués* de la presencia de la infertilidad, buscando infinidad de respuestas con contenido “científico”, el médico; pero también, desde los significados y creencias que son parte de su identidad, y dan conocimientos concretos que determinan el comportamiento. En este capítulo, se encuentran los diagnósticos expresados por los servidores de salud de la medicina alternativa como podrían ser los curanderos a quienes acudieron las personas con infertilidad en busca de soluciones. También, se mencionan las soluciones y tratamientos alternativos a los que tuvieron que someterse con tal de curarse con el fin de procrear.

Si partimos de la reflexión sobre el término de significado planteado por Lévi-Strauss, quien nos dice que dicho significado de la palabra *Significado*, es probablemente la más difícil de encontrar y por tanto, hace referencia al concepto de significar, entendido a éste como “la posibilidad de cualquier tipo de información sea traducida a un lenguaje diferente (es decir) ... a diferentes palabras en un nivel diferente”(Lévi-Strauss,2002:33) en ese sentido, todas las preguntas y respuestas pertenecen a órdenes distintos. Si lo anterior lo analizamos desde las experiencias que han pasado las parejas con infertilidad, el conjunto de percepciones traducidas a

significados, permiten hablar de la diversidad de traducciones simbólicas sobre su situación, sus interrogantes y soluciones.

Pero también, se presentan nuevas interrogantes cuyas explicaciones tienen como esencia la Cultura, esto es, "... el marco de las creencias, símbolos y valores expresivos, en cuyos términos los individuos definen su mundo, expresan sus sentimientos y hacen sus juicios...la cultura es el tejido de significados, en cuyos términos los seres humanos interpretan su experiencia y guían sus acciones" (Geertz,1972:533). Para el caso de las personas con infertilidad, una de las constantes interrogantes es precisamente la presencia de la infertilidad, preguntándose ¿por qué y cuáles son las razones de la presencia de la infertilidad? ¿la infertilidad es una enfermedad, padecimiento o malestar? Desde otro panorama los comentarios suelen relacionar la infertilidad con cuestiones religiosas, por ejemplo, el percibir la infertilidad como castigo divino, decisión de Dios, etcétera.

El conjunto de percepciones sobre la infertilidad, es decir, el sistema de significados y creencias juega un papel básico en las decisiones de vivir, de entender y buscar soluciones ante su situación. En ese sentido, parte de su comportamiento y explicaciones está determinado por dicho sistema de significados, dando pauta a explicaciones alternas más allá de las "*científicas*".

## VI.2 LA MIRADA DE LAS Y LOS ACTORES SOBRE LA INFERTILIDAD

### VI.2.1 SIGNIFICADOS DE LA PRESENCIA DE LA INFERTILIDAD

En este apartado se reflexiona sobre el contenido que se le ha dado a la palabra infertilidad. Sabemos de antemano que las explicaciones desde el campo médico se centran en la dimensión biológica, en el que los síntomas son presagios para que el médico diagnostique cierta enfermedad. Para las y los usuarios el síntoma “tiene otras significaciones, puesto que al ser percibido por el paciente se llena de subjetivismo” (Bestard,2003:56), lo que hace que las personas con diagnóstico de infertilidad le den contenido a la palabra infertilidad. Esto es, construyen definiciones propias partiendo de su significación social y cultural. Agustín nos da su percepción sobre la infertilidad:

*“Oye y tú ¿cómo definirías la infertilidad? como una enfermedad, o como un padecimiento, o cómo no sé como un castigo, no sé....; Yo creo como un no, yo creo que no, a nadie yo creo, quisiera tener un castigo ¡¿no?! Yo creo que es como un padecimiento que no sabemos, vamos a hablar de un ejemplo, de que todo mundo está propenso a la diabetes, que tarde que temprano a lo mejor a mí nunca me da, pero al vecino le dio ¿¿no?! Es eso, a lo mejor todos lo traemos, pero a unos se les desarrolla y a otros no, es eso”*

Analizando lo anterior, podemos decir que la percepción de la infertilidad como malestar o padecimiento provoca confusión en las personas, pues los lleva a pensar que no hay soluciones claras y mucho menos inmediatas a diferencia de la enfermedad:

*“Pues ya así, en esta situación, ya lo veo como un padecimiento. Ó sea, ya a raíz del tiempo los que no saben de este tipo de situación, y a veces, les comentan nada mas lo más elemental o por encima, por así decirlo, pues uno poco a poco se va dando cuenta de que, bueno. Ya es un padecimiento, porque si fuera cuestión, no sé, de una enfermedad: tómese estas pastillas y al ratito ya esta bien. Yo quiero pensar que sería como un dolor de cabeza, tomate una pastilla y al rato se te quita el dolor de cabeza, pero no, yo siento que ya es un padecimiento, y muy fuerte, porque bueno ya con el tiempo que tengo, inclusive, pues ya me hicieron un ultrasonido testicular ahorita estoy con lo de los espermias” (Pablo)*

Pues la enfermedad es percibida como aquella que sí tiene cura, es decir, se diagnóstica y se da soluciones concretas. Además que se tiene la idea de que la enfermedad se transmite, en ese sentido la infertilidad también es percibida como algo que se adquiere y no se transmite. Esto se percibe en la cita de Natalia:

*“Bueno, con todo lo que he visto y analizado, supongo que la infertilidad es un problema de tu organismo, a lo mejor una incapacidad de tu organismo para poder reproducir. Bueno en este caso de nuestros organismos, tanto el de mi marido como el mío, la incapacidad de poder reproducir, y es de alguna manera un*

*problema de tu cuerpo, no considero una enfermedad, porque ni si quiera lo transmites, yo creo que es algo que adquieres”*

Por tanto, la infertilidad no es catalogada como enfermedad, es entendida como un problema del cuerpo que se adquiere, es decir, un problema del organismo que impide la procreación, dando por hecho una afección implícita. Entonces al no ser percibida la infertilidad como enfermedad, cómo podríamos “catalogar” a las personas con infertilidad: ¿una persona infértil es un persona enferma o no? Y por tanto ¿se tendría que considera la infertilidad como un problema de salud pública? O ¿cómo tendríamos que catalogarla? Son reflexiones que dejo abiertas.

Vayamos a otros planos de significaciones; sabemos que la procreación en las parejas que deciden concebir y, por tanto, tener un hija/o vivo, parten del deseo, es decir, la aspiración de lograr el embarazo y posteriormente la convivencia con el hija/o. En este sentido, cuando no se logra lo planeado se asimila la infertilidad como un obstáculo que rompe con las ilusiones y planes:

*“Bueno, déjame decirte que por la preparación que yo tengo, a lo mejor como maestra, así como que siempre te haces ilusión de un bebé, de educarlo y con mi hijo voy hacer esto y lo otro y sueñas. Entonces, cuando te dicen no puedes embarazarte, dices por qué no, o sea, cuál es la causa, cuál es la razón, qué tengo que hacer, seguramente debe haber una alternativa, bueno, no imaginas tu vida después de haberte hecho ciertas ilusiones, sin esas ilusiones, sin aquella posibilidad que se pueda dar. Triste, sumamente triste, no recuerdo llorar, mi esposo sí, yo no, creo que a partir de entonces fui excesivamente cariñosa con mis niños de la escuela”.* (Cecilia)

La percepción de la infertilidad como obstáculo de ilusiones, conlleva a mostrar las emociones sentidas, pero sobre todo a cuestionarse, una y otra vez, sobre las causas y el *por qué* del no poder embarazarse. Andrea nos dice:

*“Bueno, yo creo que para cualquiera es una situación desgastante, sobre todo, cuando tú deseas un embarazo tiene la ilusión y demás. Finalmente, esto no es nada grato, empiezas por recurrir a médicos. No te explicas el ¿por qué tú? Afortunadamente nuestra relación de pareja no nos ha afectado, porque de una manera hay mucho diálogo entre nosotros: ni me culpa ni lo culpo, es un apoyo mutuo y reciproco. La situación es de pareja, hacemos lo que nos pidan, así te pongan de cabeza, nos ponemos de cabeza, con tal de llevar a cabo los tratamientos, no es nada grato”.*

Regresando a los aspectos emocionales de la infertilidad, se hacen evidentes los sentimientos como parte de la construcción sociocultural, pues éstos se van creando a través de las referencias del contexto cultural inmediato en el cual se desenvuelven y conviven. Emilio nos cuenta:

*“Pues me he sentido a la vez bien, a la vez mal, no he querido caer en la desesperación, porque mucha gente ¿no? Nos dicen que ya nos quieren ver con familia”.*

Lo anterior lleva necesariamente a colocar a la infertilidad como un elemento determinante en su vida, en su estar emocional:

*“Pues ha sido por ese lado difícil, porque no hemos tenido esa dicha de concebir, por ese lado si ha sido difícil”. (Virginia)*

Es interesante la relación tan estrecha entre la presión social, sobre todo la familiar con la presencia de la infertilidad. Abraham nos narra:

*“Y en este caso se nos ha complicado porque hemos visto que han pasado seis años y no hemos podido realizar esto. Ha habido... es una presión para... hablo de mí... para mí si ha sido una presión que... porque pues no se ha podido mmhm... lograr un deseo de... mío y de mi esposa. Presiones en la familia, que cuándo... con la misma sociedad, los amigos...”*

Dicho binomio: presión social y presencia de la infertilidad, provoca apremio en la persona infértil, es como reconocer que por lo menos en ese momento de su vida, la infertilidad como tal, no sólo replantea sus emociones, sino, hasta la manera de socializar especialmente con las personas cercana. Como lo menciona Lorena:

*“Por motivos, por ejemplo, triste porque hay a veces que se siente uno solo, por ejemplo, yo veo que luego a veces, así con familias a veces que le reprochan a uno que no tenga uno hijos”*

Comúnmente cuando no se logra un proyecto de vida como es la construcción de una familia con descendencia, se presenta una diversidad de reacciones, entre ellas, se encuentra la frustración. Adriana nos comparte:

*“¿Qué significó no poderte embarazar, cuando estabas obviamente en ese momento planeando ¿no? y deseando ¿no?....; Pues es que yo daba por hecho que, en cuanto yo dijera, ya me embarazo, me voy a embarazar ¡así!, pero resultó que no, pues fue una frustración, de que, pues, no fue cuando yo dije, simplemente no se podía ¿no?”*

La seguridad de la reproducción de la mujer como una actividad socialmente dada por hecho, ha llevado a la pareja planear y decidir sobre el momento conveniente para concebir, pero cuando no se cumple dicho plan y la presencia de la infertilidad, se da, se presenta la frustración. Ahora bien, es interesante analizar que dicho sentir va más allá de la posibilidad del embarazo como tal, pues nos lleva a reflexionar sobre la resignificación del papel del ser mujer en el sentido de la maternidad: no todas las mujeres pueden ser madres:

*“Pues es difícil porque al principio uno piensa cuando se casa, uno piensa: ‘pues nos vamos a cuidar un rato’; pero en ese lapso no sabes si realmente vas a poder tener hijos o no”. (María)*

Lo anterior nos permite entender a **la infertilidad como un transformador de sentimientos de la maternidad**. También la vivencia de la infertilidad, transforma el sentido de las causas posibles que pueden tener las relaciones sexuales. Juana, lo ejemplifica de la siguiente narración:

*“Y empiezas a darte cuenta que esto no se va, que no están fácil, como te lo platicaron: ten cuidado que a la primera puedes quedar embarazada. Y no es cierto, pues al principio te pones a pensar que tipo de situaciones son las que pueden originar ese problema y empiezas a ver un médico y empiezas a ver a otro, y después ves a otro, y que hay que ir a tal lugar para ver a otro. Empiezas a ver alternativas y empiezas a tomar tratamientos, empiezas a hacer lo que te indican con tal de lograr tu objetivo” (Juana)*

Por tanto, al entender que la concepción no es tan fácil, que en ella se encuentran dificultades y de tal suerte que la posibilidad del proceso reproductivo se torna complejo. Gustavo nos comparte:

*“De hecho, bueno, desde que me enteré con mi señora dije: ¡hijole! ya este !ya me amolé! Pero ni modo, debo seguir hasta donde más se pueda”.*

## VI.2.2 CREENCIAS SOBRE LA INFERTILIDAD

Como ya vimos, conocer parte del sistema de significados sobre la infertilidad nos lleva a comprender algunos *por qué*s de la condición personal y social de los entrevistados. Pues es a través del contenido de dicho sistema, en el cual encuentran respuestas sobre su situación. Ahora bien, el contenido de los significados tiene como premisa el conjunto de creencias. Entendiendo a las creencias como el conjunto de dogmas que son construidos por los grupos sociales. Las creencias dan identidad y pertenencia a las personas, es decir, la forma de actuar y las percepciones determinadas por el espacio cultural permiten comprender

ideas similares sobre la infertilidad. Pues, parafraseando a Geertz (2000), recordemos que en la creencia:

“...el *ethos* de un grupo se convierte en algo intelectualmente razonable al mostrárselo como representante de un estilo de vida idealmente adaptado al estado de cosas descrito por la cosmovisión, en tanto que ésta se hace emocionalmente convincente al presentársela como una imagen de un estado de cosa peculiarmente bien dispuesto para acomodarse a tal estado de vida” (Geertz, 2000:89)

En ese sentido es interesante conocer las diversas creencias de las personas con infertilidad alrededor de su padecimiento, es decir, las causas y/o explicaciones que se van construyendo a partir de su contexto cultural que implican los espacios de socialización: familia, trabajo, amistad, pareja, etcétera.

Las respuestas de las personas del *por qué* de la “enfermedad”, van más de las explicaciones *científicas*, las cuales, no necesariamente son reconocidas por el personal médico. Esta falta de reconocimiento o negación de los pensamientos, percepciones y saberes, se lee como “la expresión misma de un rechazo social singularmente activo, del bien que puede hacerse como si no existiera, pero que constantemente emerge a la superficie, en especial cuando la sociedad duda de sí misma y el individuo atraviesa una crisis” (Laplantine, 1999:360). Por eso, las causas que le dan sentido a las razones de la infertilidad son diversas, pues no hay que olvidar que las respuestas parten de la subjetividad de los actores sobre su padecimiento y nacen en lo cultural.

La asistencia a la medicina alternativa por parte de algunos grupos o comunidades para encontrar respuestas y soluciones al problema de infertilidad, como ya se mencionó, tiene como precepto creencias, por ejemplo, pensemos en el caso los mayas quienes comparten explicaciones definidas sobre el por qué de la presencia de la infertilidad. Consideran que la infertilidad puede ser causado por el mal viento

“originada incluso por faltar a los deberes religiosos en los maizales, mientras que el *K’ak’as wix* es un mal urinario originado por exponer los genitales a un aire o mal viento al ir a orinar” (Ruz,1998:113). En otros casos, como se da en los hombres tzeltales, culpan al trabajo pues el frío llega a afectar a quienes trabajan en zonas mojadas y lluviosas. Para los chamulas el deseo sexual incontenible puede ser causa de infertilidad, pues al acumularse el semen, éste se convierte en gusanos dando pauta a la falta de procreación (Ruz, 1998).

Ahora pasemos a exponer algunas creencias de las parejas que participaron en el presente trabajo. En algunos casos las creencias sobre la presencia de la infertilidad, se relacionan con el deseo del embarazo. Por ejemplo, Georgina nos cuenta:

*“Bueno, aparte yo siento que luego es por los nervios, porque uno se presiona de que luego, te obsesionas que estás pensando: hay por qué no me embarazo, y por qué no me embarazo y se bloquea uno”.*

Es tal el deseo de la procreación que se llega a la obsesión, siendo para algunas mujeres, la causa de la infertilidad, porque según ese sentir bloquea el proceso reproductivo. Para Andrea nos comparte su percepción:

*“Quizás también sea... yo siento, que una es ésa; y otra eeh... quizás sea mi... que yo misma me bloqueo, en mi mentalidad. De que si yo estuviera... que si me relajara más, si no me presionara tanto yo; porque también eso es lo que me han dicho”*

Es común en este marco de creencias que la mujer exprese que ella misma es la que bloquea la posibilidad de embarazo:

*“¿porqué crees que presentas la infertilidad?....; Ahorita, porque ya no tengo trompas....; Pero antes, antes de que te quitaran las trompas....; Pues a la mejor podía ser algo psicológico, que no quería tener hijos y de repente sí...y a la mejor ya se había quedado acostumbrado mi cuerpo a no producir las hormonas que hacían que me embarazaran, yo pienso que ha de ser algo así”. (Karina)*

Parece ser que la decisión de no querer tener un hija/o en cierto momento de su vida, es una especie de culpabilidad, pues asumen que el haber pensado y planeado su posible embarazo, provocó la presencia de la infertilidad. Lo anterior se percibe en la siguiente cita:

*“Pues, nada más de como nos habíamos acabado de casar, pues, yo no quería tener luego, luego la atadura de un bebé. Ya hasta que pasaron ciertos años, bueno ahora sí ya, eh... Ya iba a cumplir 30, dije no, pues, ya van a empezar a haber cosas en contra de un embarazo, mejor ya de una vez, ahorita sí ya. Y ya, fue cuando a la mejor estaba un poco bloqueado mi cerebro para poder encargar bebés, ¡no lo sé! Es la explicación que yo me doy, pero igual no es cierto”. (Marta)*

Pero lo anterior no se da sólo en las mujeres, para el caso de los hombres también se presenta dicha percepción:

*“No sé, sólo sé, porque me dicen que pudo haber sido psicológico el que no, quería tenerlo. A la mejor tenía miedo tener... un hijo, porque ella siempre comentaba eso, que tenía miedo a que, a tener un hijo, que le dolía o no sé porqué”. (Silvio)*

Se reafirma nuevamente a la culpa como un posible factor determinante de la infertilidad, pero dicha culpabilidad está aunada con el rol de género, es decir, el que ellas decidan no embarazarse de manera inmediata o postergar el papel que tienen que cubrir en su estatus de mujeres casadas, las hace pensar que esa “negación” temporal es la causante del que presenten un estado de infertilidad. Lo anterior es interesante, pues nos lleva a pensar que culturalmente se tienen que cumplir sin duda el rol de la maternidad en el momento que ella se presente, pues si no se da de esa manera, se cree que se puede llegar a presentar la infertilidad, minimizando la decisión propia del momento del deseo de procrear, de la planeación del embarazo.

El cuerpo como centro de explicación es reiteradamente la esencia de las percepciones, las cuales van en diferentes direcciones, por ejemplo, entender que su causa es parte de la “naturaleza” corporal de cada persona, y cada quien presenta diferencias internas en el cuerpo, y que una de esas discrepancias puede ser la falta del desarrollo del bebé. Lo anterior Javier lo percibe así:

*“Como una característica, una característica que no se nota, exteriormente, que soy diferente, que somos diferentes por dentro. Así como un pensamiento, como un... no sé, hay gente que se le desarrollan várices, que desarrollan espinillas y gente que no, y así”*

*puede ser que no se nos desarrolle un bebé ¿no?, por coincidencias de ... o sea de... pueden ser que se junten biológicas ¿no? para que, no se dé, pero que esa biología está ya como que por un poder superior más o menos determinada con anticipación”. (Javier)*

Estas percepciones, nos dejan ver que efectivamente tienen claro que existen “afecciones” internas que son las causantes de la infertilidad, pero que no necesariamente su explicación está relacionada con lo biológico, sino va en el sentido de lo que ya está determinado. Tal explicación es entendida como parte de su naturaleza, es decir, pensar que la infertilidad tiene que ser parte de su vida porque ya se encuentra en su cuerpo.

En algunos casos, el funcionamiento y estructura corporal son explicaciones del por qué presentan infertilidad. Desde la perspectiva del funcionamiento fisiológico más allá del argumento médico, ellas mismas al no sentir que su cuerpo, y específicamente lo relacionado con la menstruación funciona “normalmente” es causante de la infertilidad. Lulú lo narra:

*“y en tu caso ¿tú por qué crees que se presentó lo de la infertilidad?....; Mhmm... porque... bueno, una de las causas yo siento que es por, lo irregular de mi menstruación....; ¿Siempre fuiste irregular?....; Siempre he sido irregular. Ya actualmente tengo dos años que no, desde que quitaron el quiste con endometriosis. Ya de ahí, ya ha sido todo normal, quizás eso era lo que me afectaba a mí; que nunca quiso quitar el otro médico. Porque desde el momento en que me quitaron ese quiste ya ha sido normal, normal, normal. Pero de ahí, yo siento que ha sido eso”. (Lulú)*

Es interesante esta narración, pues a pesar que le han hecho tratamientos alópatas y cirugías para regular la menstruación, no se ha podido embarazar lo que hace suponer que su causante o causantes son otros motivos más allá de la irregularidad menstrual, pero para ella, dicha irregularidad sigue siendo la causa.

Asimismo, la autopercepción del cuerpo es un punto de referencia en el tema, pues las creencias no están divorciadas. Como lo expresa Julio:

*“yo creo, aunque aquí veo la cantidad de gente que viene y ya cuando... me he dado cuenta que tengo, nos dimos cuenta que teníamos esa diferencia, con la demás gente, o sea no poder reproducirnos fácilmente... que lo he comentado a mucha gente, me dí cuenta que mucha gente pasa por una situación similar. Entonces digo, no estoy tan anormal ¿no?”.*

Hablar sobre el funcionamiento del cuerpo para la reproducción se torna en un asunto interesante, pues es leer al cuerpo como el centro en términos simbólicos de percibirse como una persona anormal y, por tanto, diferente a los otros. En ese sentido el peso que tiene la posibilidad de embarazo es categórica, pues es deducir que simbólicamente la persona infértil es diferente a las demás, pues se coloca en lo que podríamos llamar como, la **anomalía social**, entendida desde la percepción de los sujetos infértiles.

Pero también la desestructuración del cuerpo es asimilada como resultado de golpes de diferente índole, por ejemplo, jugos o caídas en la niñez:

*“Mas que nada de chamaca me caía mucho por andar en la bicicleta, entonces yo solita me enseñe a andar en bici, o sea, me iba*

*agarrando de las paredes y cuando me animaba a soltarme, pegaba yo carrera y, ...!chinj que me caigo. Entonces, de chamaca me caía mucho, yo siento que algo debe estar débil". (Paula)*

Los golpes para las personas infértiles son considerados como modificadores de "algo" interno del cuerpo, que les da explicación a su padecimiento:

*"Algún golpe tuve muchos golpes, y cuando era chico, jugaba. Nos pegábamos en los testículos, nos doblábamos de dolor, pero lo seguíamos haciendo. Y creí que eso podría haber sido uno de los problemas". (Rafael)*

En otro sentido, el vivir con golpes por la violencia intrafamiliar, son asimilados como culpables de la presencia de la infertilidad. La siguiente cita de Lorena nos ejemplifica:

*"... pues también mi papá me pegaba. Pero es que a mí siempre me pegaban el estómago le digo, y me daban unos trancazos. Así le digo, y a la mejor también eso tuvo que ver. Le digo, le digo una vez me pego con el cinturón y un cable, y me marcó todo por acá, desde la espalda, me dio una patada acá en la cintura".*

Pero también el abuso del cuerpo para las personas con infertilidad es motivo de la falta de procreación. Específicamente lo que vendría siendo actividades pesadas relacionadas con lo laboral. Virginia nos narra:

*“Muchas veces, bueno con todos se pone uno y todo le echa uno la culpa. Yo por ejemplo, yo nunca estuve con mis papás, estuve con mi abuelita....; A tú viviste con tu abuelita....; Y de hecho era mis tres tíos, un primo y yo, y mi abuelita, y mi abuelita vivíamos juntos. Pero de hecho, este me, pus como ellos eran hombres, pus ellos cargaban pesado ¿¿no?!. Y yo también, por compararme con ellos siempre cargaba yo pesado, y luego hay veces que me dicen que es porque cargaba pesado. Luego a veces los bultos de la azúcar, o las cajas de refrescos o luego las metía así, desde el suelo, las alzaba aquí y las metía aquí abajo así, y si pesaba, y las cargaba yo. Y luego si me da coraje, porque le digo a mi esposo: digo si sabían que me hacía daño porque me dejaban que lo hiciera, y a todo luego le hecho pretextos, bueno tantito a eso”*

Pareciera ser que el cargar pesado, por un lado, descompone “algo” en el cuerpo femenino (matriz, ovarios, trompas de Falopio) que no permite el embarazo. Por otro lado, también el que se desacomoden partes que son consideradas importantes para la reproducción, son causantes de la infertilidad. Un ejemplo, es lo que nos comparte Agustín:

*“No pues en los hombres también, ¿no? Yo no sabía, pero dicen que luego llega uno y se relaja uno, cuando uno alza cosas pesadas, no, o luego dicen que los pies cuando están mal o la columna todo eso influye....; O sea, también usted cree que por cargar tanto también....; Sí, si, porque le digo uno de mis hermanos le estaba un*

*día acomodando sus cosas y dice que medio se resbalo y se relajó. yo no sabía que era eso....; ¿Qué es relajarse?....; Que un testículo se cuelga, más o se inflama”.*

Es interesante como la columna y los pies pasan a ser partes importantes para los actores en la reproducción, pues tienen que estar equilibradas. Lo que sobresale es precisamente el desacomodo de los testículos, que es la parte del cuerpo masculino que se relaciona con la reproducción, pues los testículos son reconocidos como “el punto de concentración de la fuerza masculina” (Fagetti,2002:96) que si no se encuentran en “su lugar” es imposible que ayuden para la procreación. Por tanto, el equilibrio corporal en conjunto juega un papel primordial para la reproducción, esto es, el cuerpo tiene que encontrarse dentro de un orden proporcional para garantizar el éxito de la procreación.

En algunos casos las explicaciones de la infertilidad también tienen que ver con acontecimientos o situaciones sociales, económicos, familiares, etcétera. Por ejemplo, durante la etapa de la infancia en el caso de Karina:

*“Aparte bueno, pues la economía en cuanto a mi casa no es desahogada, siempre tuvimos que, mis padres siempre tienen que trabajar; tengo dos hermanas de las cuales también tenemos que trabajar. Entonces no había oportunidad de enfermarte: o estudias y trabajas, o trabajas y no te enfermas; y si te enfermas te tomas una pastillita y te vas a trabajar, o te vas a estudiar. Entonces, yo creo que ya de ahí, la mala atención ¿no?; en mi caso yo creo que la mala atención”.*

Esto nos hace pensar que la “mala atención”, consecuencia del contexto socioeconómico, es un factor para la infertilidad, pues el que la persona no haya recibido cuidado, es decir, hacia su cuerpo originó la infertilidad. Para las personas con diagnóstico de infertilidad, las inequidades económicas durante su vida son asimiladas como factor de desigualdad, que determina proyectos de vida en términos de construcción de familia.

Relacionado con la mala atención, existen creencias de enfermedades durante la infancia que se creó provocan la infertilidad, como es el caso de las paperas:

*“La verdad es que bueno, en este caso, por ejemplo, mi marido posiblemente tuvo un problema de niño, padeció mucho tiempo de amigdalitis, paperas. Sé que las paperas en muchas ocasiones producen infertilidad en los varones, sobre todo cuando las temperaturas son muy altas y el cuidado no es el indicado”. (Natalia)*

Existe otro tipo de creencias relacionado con la ubicación de la infertilidad como padecimiento o enfermedad que se llega a transmitir, pero no entre personas, sino de animales a personas:

*“De que no retenía el producto, de que bueno los gatos son muy malos, de que sueltan el pelo, sueltan virus y que no sé qué. Entonces ellos, ósea su familia de mi esposa, hace muchos años tenían gatos o una gata o gato no sé, pero ella siempre ha trabajado, o a veces no, pero cuando llegaba a su casa, más que nada o después de la escuela, no sé muy bien exactamente, que llegaba se sentaba y el gato se le subía a las piernas y hay estaba acaricielo. Entonces de ahí, según, proviene todo”. (Agustín)*

O en otros casos, se cree que a través de vacunas específicas promovidas por programas gubernamentales, fueron las causantes de la presencia de la infertilidad. Natalia nos cuenta:

*“En un tiempo se rumoró, no lo sé, sería cuestión de investigarlo, es otro rollo. Pasaron a las escuelas cuando yo estaba en la primaria, lo recuerdo muy bien, nos vacunaron alguien por allí....; ¿De qué te vacunaron?....; Haz de cuenta que te decían, para la polio..., pero realmente, no sé si recuerdes que en algún tiempo, pero no creo eres muy chica, hace un tiempo teníamos el problema de la explosión demográfica en México, entonces, yo no dudo que nuestra autoridades hayan decidido de una manera acabar con la situación, porque no sabían, México hacía donde se dirigía con esta explosión demográfica, entonces, no dudo que haya sido un proyecto del gobierno en donde a través de un cierto método con los avances científicos y demás, nos hayan en algunas personas... Porque tú lo ves en personas que estuvimos en instituciones del gobierno, la mayoría tenemos el problema de la endometriosis, y hay que investigar. Es cierto que cuando el río suena, agua lleva, y es eso algo que generó una alteración en nuestro organismo”.*

Si bien, las creencias están ligadas con la subjetividad y todo el contexto cultural, en ese sentido el conocimiento médico también influye en las percepciones de la infertilidad. Marta nos dice:

*“Pero para ti qué significaría la infertilidad o tú por qué crees que se presenta la infertilidad...; Bueno yo a todo esto, yo siento que fue por lo de, por no una explicación correcta de lo que había poder pasado*

por cierto tratamiento....; Te refieres a las pastillas que estuviste tomando.....; Yo siento que tuvo que ver eso, tanto tiempo sin llevar digamos un control, entonces siento que sí fue es....; O sea, que en tu caso fue por eso....; Pues más nada sí yo creo que sí, por lo de las pastillas, yo siento que fueron las pastillas, por no llevar un control y por la detección de la tiroides que también lo ha alentado”.

Lo anterior nos lleva a especular que las explicaciones van más allá del contexto familiar, es decir, del conjunto de saberes inmediatos, pues también su experiencia en el círculo médico es parte de su construcción de respuestas:

“Entonces estuvimos un año con mis papás y, en ese año, yo le dije, bueno sabes qué pues vamos a cuidarnos o vas y te pones el dispositivo y bueno optamos porque fuera el dispositivo. Entonces, no sé si también sea una causa de la situación de todo lo que estamos pasando, porque después del año se lo retiró, fue cuando después de ahí, para acá, hemos estado buscando familia”. (Carlos)

La mala atención médica también se encuentra presente como causante de la imposibilidad de procreación. Nora nos cuenta su experiencia:

“¿Cuánto tiempo estuviste embarazada?....; Eeh...ahí sería como... mmm... dos meses nada más. Pero... de ahí empezó el problema de que... como íbamos con un médico particular, me hicieron un legrado y, desde ahí, ya fue de que ya no, no me embaracé”.

En otro sentido las propias creencias de los médicos son parte de la construcción del sistema de creencias. Con la siguiente cita, Georgina nos describe lo anterior:

*“... entonces le digo, yo empecé a reglar a los 13 años, iba normal, pero a partir de los 18, fue cuando encontré, tenía problema en cuanto a irregularidad....; Pero, ¿nunca te dijeron por qué era tu problema que tenías, empezaste a menstruar a los 13 y a los 18, de los 13 a los 18, es cuando tienes irregularidades en tu menstruación y te dijeron por qué era la causa o nunca?....; Fíjate que es de las cosas que vas con el ginecólogo y típico que te dicen: no te preocupes te vas a regular cuando te cases, cuando tengas relaciones”.*

Lo anterior nos reafirma que la construcción de las creencias y significados son culturales y por tanto, relacionales pues no se dan de manera unidireccional, sino a partir de la socialización las respuestas se llenan de contenidos y explicaciones. Andrea nos narra la explicación que le dio el médico:

*“... (se refiere al médico) pero es que hay veces que cuando menos se lo espera uno, dice, llega y cuando hay veces está uno, dice, no se puede, no sabemos a que se deba, dice: cuando quiere el cuerpo ya, y cuando no, no. No sabemos tampoco para nosotros también es inexplicable lo que ustedes, como es su cuerpo, dice, nosotros le buscamos, les ayudamos, las ayudamos a que ovulen, a que todo, dice, uno pone lo que más se puede, dice, para ver si se puede, pero ya, también tiene que ver otras cosas, dice, que tampoco nosotros nos explicamos, dice”.*

### VI.2.3 CREENCIAS MÁGICO - RELIGIOSAS

Ciertamente la relación entre la enfermedad y las explicaciones religiosas ha llevado a afirmar que la:

“...relación privilegiada de la enfermedad con lo sagrado es una consecuencia inevitable de la indefectible relación de la enfermedad con lo social. Desde luego, hay varias maneras posibles de poner en evidencia *la relación de la enfermedad con esa forma de expresión totalizante de lo social que es lo religioso*” (Laplantine,1999:356)

Las creencias sobre la infertilidad no se salvan de lo anterior, pues los *porqués* de su presencia también van en ese sentido, pero con matices distintos.

Cuando se les preguntó si tenían respuestas más allá de las explicaciones médicas sobre la presencia de la infertilidad, algunos decían que la *decisión divina* era la determinante para no procrear. Adriana dice su percepción sobre lo anterior:

“...se conjuntan las cosas para que... no se den ...eventos ¿no? Y yo creo así que.. también, o sea, espiritualmente hay un poder superior que ha pensado que no es el mejor momento, tal vez no vaya a ser nunca la mejor opción tener un hijo. No le quiero encontrar una justificación de otra forma, a la mejor se puede checar mucho lo.. clínicamente van a insistir en encontrar ¿porqué? pero....sí creo que cuando ... o sea que tiene que ver también ahí esa energía ¿ no? Exterior.....; ¿Ese poder superior a quién te refieres ó a quién te refieres?.....; Un poder superior a mí, un poder superior a la medicina, sin ponerle nombre ¿no? Una energía diferente...sí, básicamente una energía, que sabe más que yo y que mi pareja y que los médicos y que cualquier persona, que no es el mejor momento.....;

*¿O sea que está decidiendo eso, o sea que está diciendo que no pueden embarazarse?....; Ahorita”*

En este sentido, vemos que la *decisión divina* a la que se refiere no tiene nombre, pero es quien está decidiendo cuándo deben de embarazarse. Es interesante que incluso minimicen el conocimiento *científico* a pesar de que van a tratamientos alópatas, para él la explicación médica no es suficiente del porqué de su “padecimiento” puesto que considera la presencia de la infertilidad como una decisión de un *poder superior*.

En otros casos, no es tan abstracta la presencia de un poder divino quien decide el cuándo y porqué, le dan nombre lo cual esta completamente relacionado con la religión a la que pertenecen. Para María, Dios es quien decide sobre su reproducción:

*“Es como le digo a mi mamá, mala no soy, mala hija tampoco soy, no soy mala esposa tampoco con él. Entonces por qué, por qué. Esta es mi pregunta: ¿por qué? Dios no quiere, o no quiere que tenga un hijo con él o realmente que es lo que quiere, que me salga yo a buscarlo por otro lado. Es como le digo a mi mamá, si me voy de loca por ahí, a lo mejor pega, pero también no se trata de eso. Dice, ‘no pues sí, Dios quiere te lo va a mandar, dice, y si no pues no, y a lo mejor no quiere con él y no sé, son muchas cosas...Muchas cosas llegas a pensar, porque te digo mala, pues no soy, pero quien sabe, ya estará de Dios. Cómo dice él. ya estará de Dios si no quiere”*

De hecho, en ocasiones anteponen la decisión de Dios sobre la médica o alternativa, como Mario nos dice:

*“Yo creo que primero está Dios, y si Dios dice: sabes que no le muevas....; Tú crees que Dios este decidiendo....; Yo creo que de alguna forma él sabe porque, no se ha dado....; Y tú ¿crees que está la presencia de Dios?....; Por que a la mejor él dice la vida viene muy pesada, y no tiene caso traer a otra personita que no tiene nada que ver aquí, en este mundo, que va a venir a sufrir y no tiene porque hacerlo” (Mario).*

La carga religiosa es tan importante en las explicaciones sobre su padecimiento que dejan todo en la decisión divina, ella es quien tiene el poder de disponer sobre la procreación y el momento, tanto es así, que llegan a pensar que Dios las pone a prueba. Para Cecilia, Dios la tiene a prueba:

*“...te digo una prueba porque a lo mejor Dios quiere que supere esa prueba y a lo mejor luego me va a mandar otra cosa, no lo sé...Así yo me siento como una prueba que Dios me esta poniendo haber que tanto aguanto, haber que tanto aguanto”*

Pero lo anterior se da en ambos géneros, pues los varones también lo viven de esa manera, sobre todo cuando ellos son lo que tiene el diagnóstico:

*“Pues yo siente que es como una prueba que nos pusieron a los dos nada más....; Una prueba de ¿quién?....; Pues como diciendo del*

*Señor de Dios las creencias que uno tiene, y así no....; Una prueba ¿para qué?....; Pues yo creo para ver cómo nos llevamos y todo esto” (Joel)*

Por otra parte y en otro sentido, algunos consideran que su infertilidad está relacionada con castigos que la propia vida les pone. Rafael nos cuenta:

*“En mi caso... en mi caso sí este... yo siento que el abuso en el organismo propio en... cuestión de la mala alimentación, de... el... desvelarse, el consumir en algunos casos alcohol y drogas, este... el no quererse uno mismo... conlleva a que... cuando empieza uno a tener este tipo de problemas, luego, luego uno... le regresa a uno el cassette...Sí, me está regresando el cassette. Y como yo le decía hace rato, la vida me la está cobrando... la cobra y la cobra aquí. Entonces cuando... ahorita que está pasando esto, eeh... yo... mi esposa, la considero sana y según han ido avanzando los estudios, ella está bien, el que ha tenido complicaciones soy yo. Entonces, por eso se me han regresado las cosas y... no sé, uno piensa que uno siempre va a ser joven”*

Obviamente lo anterior está relacionado con la manera en cómo han vivido y que por tanto podrían ser causas explicativas razonadas que las personas dan, pero el argumento central es que ellas lo asimilan como un castigo de la vida y/o divino, resultado del comportamiento, por ejemplo, cuando mencionan sobre lo vivido durante su juventud, esto se da en ambos géneros, en el caso de la mujer:

*“Pues te digo que yo creo, o sea, va sonar así cursi, pero yo soy muy este, como que muy creyente y muy así, y digo no, Dios me está castigando....; ¿Tú crees que es un castigo?....; Sí....; Pero ¿por qué?....; Por eso, porque, este..., yo digo porque..., hacia cosas que, que, o sea, eso de tener relaciones con los novios y esas cosas yo digo qué onda. Y luego había ocasiones que eran dos o tres días y se me retrasaba mi menstruación, y yo estaba así, como que se me habrá retrasado o qué, íbamos al doctor y todo, y decía no, no creo, pero este...”. (Lulú)*

Para el caso del hombre, el comportamiento sexual también es asumido como un castigo divino que desemboca en la infertilidad:

*“...paso por un puesto de revistas, paso por donde venden películas y me llaman la atención, llevarme una película o llevarme una revista. Las ve uno pues quiere uno practicar, o sea, le digo ese es muchas, muchas situaciones....; Y con la pareja ¿no puede?....; Pues con la pareja no, no, no se lo he pedido, no. De hecho también, también pues con las que, con las parejas que tuve antes, pues si les llegue a practicar con ellas. Le digo, una señora que si, si era señora no más, más grande que yo, ya tenía dos hijos: una muchacha de diez y siete y un muchacho de quince; y ahora ya sé que hasta ya son casados. La señora era la que me decía: ¿qué no? Dice mi organismo mi cuerpo me lo pide y con ella practicaba sexo oral, el sexo pues, anal. Y le digo, siempre ahora es lo que le digo me pongo a pensar, que sería por todo eso que practique. Le digo a la mejor fue un castigo, no sé.... ¿Qué por eso tienes la infertilidad?....; Ándele, por eso, porque Dios me niega un hijo”. (Agustín)*

Digamos que el castigo está relacionado con la culpabilidad del ejercicio de la sexualidad premarital y con las conductas que él considera que socialmente son mal vistas, trayendo como consecuencia la infertilidad.

De igual forma las creencias religiosas del cuerpo médico se encuentran presentes. Juana, nos comparte lo que le comentó un médico:

*“...el doctor...que es excelente ese médico, que para mí no, no, no, es buenísimo este médico. Tanto como persona, como médico. Y... y él me dijo que estaba todo bien, nada más que, pues ahí es cuestión de que, pues Dios quiera que se, que se logre”.*

Evidentemente se reafirma que los significados y creencias son relacionales, no se puede negar que los pensamientos están socialmente construidos y se verbalizan en cualquier ámbito o circunstancia, independientemente de la profesión o no de ésta, o el lugar en el cuál estemos colocados ante una situación:

*“Entonces yo cuando iba a pasar a quirófano a que extrajeran lo folículos, me dice el doctor... me deprime mucho ese médico porque, jay, es bien lindo!, pero te dice: "si estás nerviosa no lo vas a lograr, si estás así, Dios no te va a ayudar". (Adriana)*

## VI.3 DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO

Para las personas con infertilidad las explicaciones médicas no llegan a ser suficientemente convincentes, es decir, el diagnóstico médico no es la única respuesta que necesitan para conocer el por qué de su padecimiento y, por tanto, se acercan a otras opciones como es la medicina alternativa. Comúnmente el acercamiento a dichas opciones se da por sugerencias de personas con las que conviven como amigos, parientes, en quienes tradicionalmente la medicina alternativa ha sido parte de sus prácticas de solución para cualquier enfermedad o padecimiento.

Es interesante que en algunos casos la medicina alternativa suele ser la primera opción que eligen, esto es, antes de acudir a la medicina institucional o privada, se acercan a alternativas que reflejan parte de sus costumbres, sin reconocerla como algo malo o fuera de lo común. La narración de Georgina nos ejemplifica:

*“¿Y antes de entrar aquí a Perinato (Instituto de Salud) tú llegaste a ir, aparte de ir con los médicos particulares, con otras personas?....; ¿Cómo?....; Pues no sé, que fueras a que te sobaran, o este... Ua:: Bueno, antes de... sí, antes de... después de mi primer embarazo yo no quería ir a doctor, porque...yo decía: "Si me embaracé una vez pues me tengo que embarazar otra vez" ¿no?....Y mi suegra es la que cree mucho en eso de que las sobadas y que te bañen con yerbas y eso”.*

Este acercamiento primario a la medicina alternativa nos permite leer cómo ésta, está presente en las respuestas y soluciones de las personas. Entre una de las opciones no tan lejana a la médica, pero no tan invasiva corporalmente, se encuentra

la Iridiología, la cual consiste en determinar el diagnóstico a través de la observación del iris de los ojos. Lulú nos narra:

*“¿Pero cómo te dijo, oye tú no puedes embarazarte o cómo te lo dijo....; No, nada más me dijo tienes este, ¿estás casada?, le digo sí, ¿cuánto tiempo llevas?, le digo casi 7 años, y dice tienes niños, le digo no, dice aquí está, le digo no he podido. No pues es que aquí está, lo dicen tus ojos, entonces vamos a ir sobre el problema. Pero yo le decía ¿qué otras cosas tengo? No, no te preocupes es que no te puedo decir todo en una sentada, sabes que tienes esto, y esto y vamos a hacer y todo se te va a quitar por magia en una consulta. Dice ahorita tu problema mayor, digamos es el embarazo ¿quieres embarazarte? le digo sí. Entonces vamos sobre eso, entonces me dice ¿y tu pareja? le digo aquí está. Le dice ha pues vente, entonces a él también lo revisó”.*

En este caso el iridólogo le diagnostica a la mujer a través de lo que “lee” en su iris, siendo necesaria la participación de la pareja. Nos cuenta Lulú:

*“...él, le dijo que estaba un poco mal, que al parecer por ahí estaba mal la próstata, porque también se lo dijo a su sobrino. Dice hay que checar eso, porque a ti te parece el, no me acuerdo si dijo el esperma o el pene que segregaba un liquidito, que eso era lo que ayudaba para que los espermias tuvieran más movilidad. Creo que algo así dijo, y ese es el liquidito que a ti se te está yendo digamos”.*

Es interesante cómo la interpretación de la causa del padecimiento no se refiere en términos biofisiológicos, sino se expresa en un lenguaje más cotidiano para las y los usuarios. Tal es el caso de las mujeres que se dedican a sobar, conocidas como curanderas, quienes colocan la matriz como el punto eje para dar el diagnóstico sobre la falta de fecundación y por ende, de embarazo. Blanca nos cuenta lo que le dijo una curandera:

*“...nada más parada y que entrará así el vapor. Digamos que así ayudaba a que la matriz se calentará. Digamos que por que dice que estaba como fría, como que le faltaban como masaje, como estar caliente, vamos”.*

Como se puede observar, el considerar la matriz fría es consecuencia de la falta de embarazo, por tanto, la temperatura corporal es pieza importante para la procreación, pues el cuerpo debe de estar caliente para que de esa manera permita la fecundación. Por tanto, la matriz tiene que estar preparada en todos los sentidos, tiene que estar temple para que funcione:

*“O sea, con una pomada te soba en lo que es todo el vientre, que porque según es enfriamiento”. (Sonia)*

Por otro lado, siguiendo con la condición del cuerpo, sus “partes deben de estar en su lugar”, pues un cuerpo desestructurado no está apto para la fecundación. En este sentido, la matriz debe de estar bien acomodada, es decir, en su lugar. A Marta le “subieron” la matriz:

*“Y ella, ¿qué te ha dicho, te ha comentado, te ha dicho si es por algo?....; Pues me dice que, según me soba y me dice que la matriz está caída....; Te toca el....; Vientre me está subiendo, subiendo, al principio si me dolía mucho, no aguantaba y ponía así las manos. Pues dije, pues si a la mejor la matriz está baja o algo, no, está caída; ya me soba y todo, y ya, ahorita normal”.*

Tampoco es suficiente que la matriz esté en su lugar sino que debe de tener el espacio correcto, es decir, la matriz debe estar compactada, cerrada para que tenga “un buen funcionamiento”. Paula nos narra cómo le cerraron la matriz:

*“¿Y a ti qué te dijeron?....; Que la tenía caída, según. Y ya ahí, según te suben la matriz, te la acomodan. Después ya de eso te voltean y te empiezan a cerrar la cadera; porque según la cadera también la tienes abierta y la tienes que tener cerrada....; ¿Y tú la tenías abierta....?; Ajá. Y pues sí, te... o sea, te meten tantas cosas que tú dices: "Sí, por eso me sentía yo mal"; o no sé. Yo antes no era de que me dolía la cintura ni nada, pero después de eso me decían: "Es que tienes la cadera abierta, (leve risa)... ¿no te duele?", y yo: "No, no me duele", -"Sí te ha de doler", "Pues como que sí a veces"; pero o sea ...” (Paula).*

Entonces el hecho de que la matriz no tenga el espacio correcto, pues es sinónimo de falta de posibilidades para lograr el embarazo.

Otras de las partes del cuerpo consideradas importantes, es decir, que tienen que estar “en su lugar” son los ovarios. Paula nos cuenta cómo le acomodaron los ovarios:

“...me paran derecha, derecha, y con *el jabón de esos de los de Tepeyac, de esos grandotes, me pegan en los talones: así fuerte. Que porque ya me suben los ovarios así*”.

En este caso, los ovarios “caídos” son la causa de la infertilidad y tienen que ser corregidos, colocarlos en su lugar, esto es, subirlos para que hagan su función. También el mal funcionamiento de los ovarios llega a ser la causa:

*“Sí; me dice: "mira, ¿sabes qué?, ya al estar tocando tu vientre, estás bien, pero te pasa que, de tu ovulación este, es...", bueno todo lo que me han dicho aquí, sin conocerla, porque de hecho es la primera vez que la conocía. Y me dice: "¿sabes qué?, también es un poco por tanto medicamento (alópata) que has tomado, ¿por qué no te das un tiempo de que descanses?". (Nora)*

Es interesante cómo en las personas que se dedican a sobar, su diagnóstico sobre la infertilidad está relacionado con las representaciones simbólicas de la condición corporal, de la misma manera, si recordamos las creencias sobre el por qué presentan la infertilidad, es decir, coinciden sobre la importancia del estado del cuerpo simbólico para la procreación.

Como hemos visto dentro de todo este componente simbólico tradicional, las creencias no dejan de pronunciarse, lo que da como resultado infinidad de respuestas en varios sentidos. Dentro de éstas se encuentran los llamados “trabajitos” o brujería:

*“...luego sacó unas tijerotas, así bien grandotas y que porque estaba yo toda amarrada....; Que estabas tú amarrada, pero qué era, o sea te leía las cartas o....; No nada más me veía, así de frente, me veía y que me empezaba que a cortar, y que me iba a desamarrar, que porque yo estaba amarrada toda, que no querían que tuviera hijos”.*  
(Karina)

Los amarres como factor de la presencia de la infertilidad es algo cotidiano como diagnóstico e incluso llega a ser el único posible causante de la falta de procreación. Karina nos cuenta:

*“...ella primero me preguntó ¿Bueno que te ha dicho el doctor? Le digo de hecho que tenía endometriosis, y que ya estaba un poco mejor y que...¿pero si tienes?, me preguntó ella primero todo, ¿si tienes ovarios, tienes está cosa? y yo todo le contesté al principio todo le dije, todo eso tengo, y después, cuando según ella me estaba viéndome, “no, tú si estás bien de tu matriz, tienes bien tus trompas, tus ovarios están ovulando, todo tienes bien, entonces, es nada más que te desamarre y que te haga el trabajo”, pero vio que no llevamos el dinero y me dice, “bueno entonces después se los hago” y ya no siguió con lo demás”*

En el mismo sentido sobresalen las creencias respecto a los accesorios que las mujeres utilizan como causantes de la infertilidad. Por ejemplo, en el caso de Natalia una pulsera de cobre es la causante de la falta de procreación:

*“Ua: empezó que no, que porque llevaba una pulsera de cobre, que por eso no tenía yo hijos”.*

Es importante tomar en cuenta que las personas que asisten a la medicina alternativa, en su mayoría van con la esperanza de buscar soluciones y con la fe de que el diagnóstico que les den esté sustentado y, a veces, para tal caso suelen compararlo con la medicina alópata. Como es el caso de Sonia:

*“De... en cuanto te toca tu vientre, te dice: "estás bien, está bien tu útero, está bien tu matriz; está inflamado tal parte de tu cuerpo, tu trompa está así". Y sí, realmente es lo mismo que en los ultrasonidos, te dicen aquí. Y sin que tú le digas nada a la señora... No sé, ahí es por medio del tacto con sus manos...Sí, sí pues, es increíble por todo lo que te dicen, sin ellos antes conocerte, sin tener... sin estudiar nada de medicina, de nada, que te digan lo mismo que te dice tu médico. Entonces, en eso sí me dejó un poquito [leve risa]... no creía yo tanto, y pues sí, realmente saben mucho esas personas que no tienen nada con un médico; y es increíble, pero sí, sí lo hice”*

Lo anterior les provoca credibilidad ante tales tratamientos, razón por lo cual asisten, pues los argumentos de las curanderas responden a la parte más sensible de socialización, sin olvidar que es parte de su contexto cultural.

## VI.4 SOLUCIONES ALTERNATIVAS

Ya sabemos que las soluciones médicas se centran en explicaciones experimentales “de los mecanismos químicos-biológicos y la morbilidad y los medios eficaces para dominarlos” (Laplantine,1999:360) y su mecanismo para la atención es a través de tratamientos alópatas, que sin duda no satisfacen del todo a aquellas persona que buscan otro tipo de remedios, como es la medicina popular y/o la medicina alternativa. Pues la medicina popular, “aporta una respuesta integral a una serie de insatisfacciones (no sólo somáticas, sino también psicológicas, sociales y espirituales para algunos y existenciales para todos), que sin duda el racionalismo social no está presto a enjuagar” (Laplantine,1999:360) .

Lo interesante de lo anterior es ver cómo la separación de las explicaciones médicas con las de los saberes, de las creencias, hacen la diferencia de comportamientos entre las personas con infertilidad que implica la búsqueda de soluciones alternas e inmersas en su contexto cultural. Ya que existe una diferencia significativa para la pareja infértil, el acudir a la atención médica institucional o la atención alternativa en términos de creencias y posibilidades de soluciones positivas inmediatas a su padecimiento. Pues en el primer tipo de atención, el diagnóstico no es inmediato, es decir, primeramente se tienen que realizar estudios y esperar los resultados para saber cuál sería el tratamiento adecuado para la pareja. En cambio, en el caso de la solución alternativa, a veces, desde la primera consulta se les da el diagnóstico y se les trata a las personas e incluso en la misma sesión se les comunica que su “problema está resuelto”. Nos cuenta Natalia:

*“Y era un señor, y empezó que no, que por que llevaba una pulsera de cobre, que por eso no tenía yo hijos...; ¡¿Qué porque tenías la pulsera de cobre no podías tener hijos?!...; Aja, y ya me acostó y me empezó tronar y después se agarró como con un lazo....; Pero te*

hizo quitarte la pulsera de cobre.....; Sí, y después ya empezó que me acostara, y me acostó en el suelo boca abajo y agarro un lazo, y me empezó a apretar toda la espalda así, fuerte, fuerte.....; ¡¿Cómo te amarró con el lazo?¡.....; Sí, me apretaba y me amarraba, me apretaba, y me hacia así, me jaloneaba, y ya. Me dio tres jalones, y que ya estaba yo bien".

Para las personas las soluciones inmediatas, no siempre son tomadas al pie de la letra, pero si implican esperanzas de embarazo y, por tanto, seguir buscando remedios en ese sentido los lleva a regresar una u otra vez.

En la mayoría de los casos las personas manifestaron haber acudido a la atención alternativa. El bagaje cultural expresado por las creencias fueron determinantes en las decisiones de solución y, en este caso, las soluciones alternativas jugaron un papel importante, pero no como última opción, pues en algunos casos fue la primera alternativa de solución:

*“¿A los seis meses es cuando se dan cuenta que no pueden embarazarse?.....; Sí, y ya se hizo raro, y primero me llevaron a sobar.....; ¿Quién te llevó a sobar?.....; Una de sus hermanas.....; ¿Y qué te dijeron?.....; Que no, que tenía mucho enfriamiento, y de hecho hasta me sobaron. Después no salimos ni a vender, porque tenía que yo irme a, que tenían que bañarme en un baño de temazcal, y resulta que en ese baño de temazcal, hasta me desmaje”. (Lulú)*

Podríamos pensar que para la persona que se somete a la medicina alternativa como parte de sus creencias culturales, es tiempo ahorrado y posibilidades de embarazo, pues es raro que en este tipo de atención se le diga a la persona infértil que no tiene posibilidades, sino por el contrario las esperanzas están a flor de piel.

Tal vez también, dicha combinación de la respuesta inmediata que se da entre diagnóstico, tratamiento y solución en una misma sesión, conduzca a la persona o pareja infértil a considerar como primera opción de ayuda a los tratamientos alternativos. Pues ello implica, como ya se dijo, respuestas inmediatas, no sólo sobre el estado biofisiológico, sino también anímico que se traduce en esperanza de reproducción. Y como en toda solución para regular la fertilidad, el cuerpo es el centro de “operaciones”. La atención alternativa no es la excepción, pero existe una diferencia en el trato del cuerpo en comparación como se da dentro del ámbito médico. En la atención alternativa, la invasión y paralelamente la solución es completamente externa, es decir, para ninguno de los dos cuerpos genéricos existe invasión de las partes internas del cuerpo como se da en el caso alópata. Los tratamientos consisten en tocar, sobar y acomodar las partes internas, a través del masaje externo por parte del curandero o partera. Cecilia nos narra cómo la “curaron”:

*“Y qué te hacen cuando te soban, ¿era una señora o un señor?....; Una señora....; ¡Ah! ¿Y qué te hizo?....; Pues siempre me, luego me soban acá, atrás en la espalda y este, truena todos los huesos de la columna....; ¿Y te ponen una crema?....; Sí, crema que caliente y después ponen unas ventosas con un vaso con alcohol, y ese vaso lo prenden y lo pegan a la piel, y ya lo corren para arriba para abajo, pero te duele mucho”.*

En este caso la solución alternativa, para regular la reproducción consiste en conservar el cuerpo descontracturado o acomodando los huesos de la espalda, pero también se reitera la importancia de la temperatura del cuerpo para la reproducción, pues si el cuerpo está caliente, existen mayor posibilidades de embarazo.

De hecho, en varios tratamientos alternativos, calentar el cuerpo es un ritual importante para la regulación de la fertilidad. En la siguiente cita se describe lo anterior:

*“...entonces, por ejemplo, a mi me dijo: “vas hacer tus baños de asiento que pusiera tres litros de agua caliente y pusiera un manojo de romero, y que me pusiera un camisón largo, y que me pusiera arriba de la cubeta de 15 a 20 minutos para que se calentara la matriz y así ayudarla,” y aparte....; Con agua caliente le echaban romero....; Ajá y ya nada más parada encima de la cubeta....; No sentada....; No, no, nada más parada y que entrará así el vapor digamos, que así ayudaba a que la matriz se calentara, digamos que porque dice que estaba como fría, como que le faltaban como masaje, como estar caliente vamos. Y luego me dijo “que consiguiera en donde hicieran barbacoa cebo de borrego que fuera a eso, y que me vendieran el cebo y que me untara en el vientre que eso también servía para que se calentara el vientre” y dice es “más cuando lo empieces a hacer, cuando llegues a lavar ponte una toalla para que no se te enfríe el vientre””. (Cecilia)*

Pues la matriz tiene que estar caliente, es decir, “la matriz con su calor debe contrarrestar la calidad fría de la “naturaleza” (semen), por tanto, el estado frío de la matriz impide la concepción” (Fagetti, 2002:117).

A parte de los baños de asiento y digamos uno de los más comunes es el baño de temazcal, para que de esta manera se caliente todo el cuerpo y le den trato a todo él. Lorena nos narra:

*“...dicen que porque la matriz esta fría y que por eso no tiene uno hijos y todo eso. Y ya me metió y hasta de hecho, cuando se mete uno en el temazcal cortan unas ramas y esas ramas las meten...haga de cuenta que aquí debajo de la mesa, hay uno y la lumbre está allá y aquí esta todo caliente y lo tapan bien donde entra uno con cobijas y un hule. Y ese día la señora se metió conmigo, yo le dije que se metiera porque yo no sabía que iba hacer allá dentro y me dice “sí, yo me meto,” y ya le dijo a mi esposo que cortara de un árbol ramas....; ¿Y de qué eran las ramas?....; De pirúl, y ya después esas ramas las metió adentro con una cubeta de agua, entonces a la hora de acost...me dijo que me acostara boca arriba, pero toda desnuda y en el suelo. Ya después este, ya a un rato me dijo voltéate de espaldas, entonces esas verbas las metía en el agua y me pegaba atrás....; Y tú ¿cómo te sentías cuando te estaban haciendo todo eso?....; ¡Ay!, pues si sentía feo, sentía que hasta me ahogaba pero decía yo, pues bueno, decía yo “si la señora aguanta que yo no aguante verdad”, era lo que yo decía pues si ella también se está riendo ella tiene que aguantar, no, y si sentí cuando me dice voltéate de espaldas y si sentí cuando me empezó a pegar, acá atrás, pero como me estaba riendo con las señoras si me quedé riendo y cuando sentí ya estaba afuera....; Pero, o sea ¿no te disté cuenta cuando te desmayaste?....; No, no me di cuenta, ya cuando sentí ya estaba yo ya fuera, y así como me quedé riendo con las señoras, así me regresé riéndome. Estaba yo bien acá, y le digo a él ¿y ahora qué?, pero yo me estaba riendo y dice “hora por qué te ríes si ya te desmayaste”, y le digo pues ni sentí”.*

Según las curanderas para mayor efecto, es necesario combinar los tratamientos alternativos, es decir, no basta con calentar la matriz es necesario sobar y fajar. Dicha solución completa, se ejemplifica con la narración de Georgina:

*“Si según tenía enfriamiento. Y ya te digo, me sobo con la pomada, me puso unas ventosas ¿sí sabes cuáles son las ventosas? Me las puso en la cadera en lo que es toda la cadera....; ¿Híjole y no te quemaron?....; No, no porque, ahora si como se evapora en el vaso, entonces lo único que hace es que te jala y te pasa el vaso por toda la cadera. Y ya entonces me fajó, me sobó y así me dejó. Me sobó durante tres días. Si lo mismo la sobada y la fajada y ya después al cuarto día, mando a mi mamá que comprara hierbas para que me diera un baño de temazcal y, ya entonces, te pone a hervir todas las hierbas y lo más caliente que puedas tú aguantar. Has de cuanta una casa de indio, así me envolvieron toda para que todo el vapor de las hierbas penetrara por todo mi cuerpo”*

Otro de los tratamientos consiste en acomodar los órganos internos, pues a veces, como ya se mencionó se llega a diagnosticar “caída de matriz u ovarios”, el procedimiento para regularizar los órganos es por medio de masajes:

*“.. me acostaron en un camastro hasta eso de ese tipo de darte masajes, me dieron un masaje, y después como unas ventosas me empezaron a recorrer mi cuerpo, son dolorosas deja decirte, y después la persona....; Por todo tu cuerpo....; Sobre todo la espalda y el abdomen, y después hizo una presión sobre mi abdomen tratando de dar masaje, y me oprimió un poco. No obstante, al otro*

*día amanecí inflamada con mucho dolor moretones en todo el cuerpo”. (Juana)*

Entonces no sólo la matriz tiene que estar caliente, sino también es importante que se encuentre en “su lugar”, así como los ovarios. En estos tratamientos la medicación no es permanente, pero si se presenta el dolor físico y marcas (moretones) al momento de los masajes. También en el caso de los hombres, se busca acomodar los testículos:

*“Sí, para que se los acomoden a uno, los cuelgan de los pies, y le están sobando.....; Para ya no estar relajado?! O sea, relajado es cuando tienen un testículo arriba?....; Ándele...infla.....; Inflamado, cuando baja ya no está relajado, ya puede producir espermas....; Ándele, bueno, según es lo que nos han dicho, si es lo que le digo todo eso”. (Julio)*

Podemos decir que al acudir las personas a este tipo de tratamientos, extienden sus posibilidades de respuestas y soluciones a otras partes del cuerpo, y no sólo a afecciones reproductivas, siendo lo común en el ámbito médico. Es decir, para las personas infértiles no existen limitaciones para conseguir su deseo de ser padres, por el contrario, cualquier opción es una extensión a sus ilusiones y esperanzas. Es interesante entonces como las respuestas a su “afección” no se centran en respuestas meramente médicas, esto es, al tener la oportunidad de obtener otro tipo de solución y/o diagnóstico que no son dadas por el personal médico, buscan alternativas.

En otro sentido, se encuentran las soluciones a través de “medicamentos”, por ejemplo, tés, alimentos naturista, energía, gotas, pastillas, aguas preparadas, etcétera. Este tipo de tratamientos no están desligados de las curanderas, pues paralelamente ellas recetan dichos “medicamentos” con las otras alternativas ya mencionadas; aunque existen otros casos, como cuando acuden a medicina naturista o familiares y amigos les recetan. Comencemos con los “medicamentos” que están relacionados con los tés. Sonia nos cuenta:

*“Él según vende carros y cambia, y todo eso. Como mi suegro cambio una vez su cochecito por otro, fuimos y volvimos a ir, porque no le funcionaba y fue como nos conocimos, y como íbamos siempre nosotros, dice: “¿que ustedes no tienen hijos?”, le dice mi esposo: “no”, ¡uh!, dice y hasta le dice: “me quito lo cabrón dice, sino que tu señora en un mes tiene”. Dice: “ella lo que tiene mucho frío en la matriz dice” y ya nos mando que un té, que yo tenía que hervir que todos los días en las noches y en la mañana”*

Se recomienda el té, para aliviar el enfriamiento de la matriz de la mujer. Pero otra cosa rescatable, es que este tipo de tratamientos, no necesariamente son recomendados por especialistas como las curanderas, por ejemplo, sino por conocidos que además dan el diagnóstico del *por qué* de la infertilidad. Lo anterior se torna interesante pues es parte del conocimiento cultural, es parte del comportamiento culturalmente compartido, tanto es así, que la gente lo lleva acabo independientemente al género al que pertenezcan, pues no importa quién es el que lo manda, sino el hecho de ser recomendado, es suficiente para realizarlo:

*“En una ocasión, una persona me dijo: “que me iba a dar un té y que no eso...”; Y a dónde fuiste o cómo fue...; Una persona que se acercó....; ¿A dónde estaban?....; “En la escuela, se acercó, vaya a ver a fulanita de tal, que es mi amiga, que es mi comadre, vaya a verla le va a ayudar mucho. Bueno voy a probar, nada pierdo. Fui pero....; A dónde estaba, a dónde era, era un espacio....; En su casa, pero una casa toda sucia, si esta estaba sucia, aquella esta asquerosa muy desagradable el lugar. Me tomé esas cosa que me dio, pero...; ¿Qué te dio?....; No supe, tú tómatelo....; ¿Fue como un té o qué fue...?; Sí....; Y ¿para qué te dijo que era....?; Pues para eso, pero hasta la fecha aquí sigo”. (Javier)*

Como se puede observar, otra de las situaciones que se presentan con los tratamientos alternativos es la desilusión al no tener efectos positivos después del tratamiento tomado. Sonia nos cuenta:

*“...y ya nos mando que un té, que yo tenía que hervir que todos los días en las noches y en la mañana....; Y el té ¿de que era?....; Nunca supe, pero sabía a rayos....; Pero ¿qué era hierba o qué era?....; Era polvo....; ¡Ah!, era polvo....; Era polvo, así como quemado, porque cuando me lo tomaba me quedaba todo aquí, todo en los dientes, todo eso pegado, y luego un jarabe que también tomado pero sabía a rayos....; Y eso ¿cuánto tiempo te lo tomaste?....; Como dos meses....; ¿Diario?....; Aja, y tampoco”.*

Pero también se presenta lo contrario, esto es, consideran que el tratamiento tomado sí tuvo efecto positivo, pues según llegó a solucionar “anomalías”, como el caso de quistes causantes de la presencia de la infertilidad. Ernesto nos narra su experiencia de pareja:

*“Pero después me encontré un amiga de una vecina y me recomendó un té. Resulta que me lo llevó, y ya me dijo cómo prepararlo, cómo tomarlo....; ¿Y que té era?....; No sé, ella me dijo que era de los tés que venden ahí los brujos y no me va a creer, o sea, se lo tomó y de un quiste....; O sea para ella....; para ella (su esposa)”.*

O en aquellas mujeres que llevan tratamiento alópata como la inseminación artificial, en el cual se requiere estimular los ovarios para producir folículos y, a su vez, toman el tratamiento alternativo, éste último es considerado como el tratamiento “efectivo”. Marta consideró ambos tratamientos:

*“Oye, ¿qué tratamiento les mandó la señora?....; De hecho, ella te da algo a tomar pero en jugo, realmente son jugos....; ¿Pero, qué jugos, de qué, con hierbas aparte o...?....; No; no, no, no. Es... no sé que sea lo que me dio [leve risa]; era un polvito, no sé qué sería, pero era un polvito rosa en jugo de naranja, y únicamente eso....; ¿Y te lo tenías que tomar eso diario?....; Sí, pero por pocos días. Que de hecho en el... es increíble, pero con eso que me dio, yo siento que fue como ovulé mejor. Porque en la otra ocasión, fueron únicamente tres los folículos que con tanta estimulación crecieron. Y en esta vez, fueron... nueve días, ocho, nueve días los que me dio, y de ahí no necesité más que diez días de tratamiento”*

Existen otros tipos de tratamientos alternativos a los cuales acuden y en ocasiones por iniciativa propia. Abraham decidió por esta solución:

*“...mhmm, pues yo quise ir y mi esposa también me dijo, después que escuchó que había una paciente, que también este, que su marido estaba muy bajo y que le dieron un té con un, na..., un téj, un jugo con un, naturista y que este, y que sí, al otro estudio había salido muy bien y este, mhmm y ya. Pus ya fuimos, según yo, y mi esposa con un naturista, porque era el mismo caso del señor, pero pus a mi no me funcionó ja, ja, ja y al señor sí. Nada más esa es la única vez que he ido....; ¿y qué te dieron? ¿qué te mandaron, pastillas o qué era, jugos o tés o qué era?....; mhmm, si me mandaron medicamento, pero yo no me acuerdo bien que era y me mandaron, este...; pero eran pastillas o ¿qué eran?...; sí....; tés, o qué eran....; sí, cápsulas... y me dijeron que este, comiera mucho aguacate, cacahuates... cosas que tuvieran, mhmm, bastante grasa directa, según el volumen del esperma, nada más,...; Con la grasa te dijeron qué....; Si, otra cosa, no me acuerdo bien que era, pero me dijeron bien que con, o sea, entre todo, o sea, todos eso, todas esas cosas habrá en él, cómo se llama, o sea, no me acuerdo bien pero que tenía él, la esa parte, que hace que uno tenga más, más volumen, o sea más esperma. Pero no, ni cacahuates comí, ja, ja, ja, ...a veces sí, pero por ejemplo, pero por ejemplo, cuando teníamos, cacahuates, pus ya los pelábamos, y a veces, si me los comía y a veces no. Pero no, o sea, casi no, no, no tomé en práctica eso, o sea, no, no, no me apegué mucho a eso....; ajá, y ¿por qué, por qué no lo hiciste?....; Por, porque lo vi en el primer mes, no, no dio resultado y dije: pus para que voy a estar perdiendo el tiempo otra vez, mejor, y no, de plano lo dejé”.*

Ahora bien, también otros tipos de tratamientos aunados con las experiencias previas los llevan a pensar en la falta de funcionamiento del tratamiento alternativo, situación que se presentó con los tratamientos alópatas. Lo anterior, nos reafirma que la experiencia en la búsqueda de la procreación es determinante para continuar o no en la diversidad de soluciones.

La religión católica, es una más de las soluciones por las que optan. Cecilia, nos cuenta que le pide a Dios la oportunidad de embarazarse:

*“...sino que dentro de todo lo que yo pido, que en este caso yo soy católica y creo en Dios. Le pido a Dios que me dé la oportunidad de embarazarme; y bueno, dentro de todo, pues mi familia y muchas otras cosas. No exclusivamente poner una veladora a equis santo, o simplemente a Dios para que me haga el milagro”.*

Para las personas con infertilidad una/o hija/o sería como un milagro de Dios. A veces para conseguir el milagro, es necesario hacer algún tipo de manda:

*“Sí, he rezado. Luego vamos que así que a Chalmita y le pedimos mucho, luego pus también a la Basílica, luego entramos de rodillas haber si....; Han hecho eso ¿los dos?....; Él no, yo sí....; Tú si!, ¿qué has hecho en ese sentido?...; Pus entrar de rodillas desde la puerta para ver si así me oye o cualquier cosa, pero luego no le reprochamos sino le digo a mi esposo es que somos muchos los que tenemos esto, estamos en la lista, le digo” (Cecilia).*

Incluso el pedir a Dios para tener un hijo se antepone a su propia vida. Lo anterior es percibo por Juana:

*“Si como le digo, le pido siquiera uno, no. Le exijo tanto uno, con uno me conformo y si Dios quiere uno, pues uno. Pero te digo, sentir esa sensación, ese momento, sentir mi panza así gorda, gorda, sentir el momento de los dolores, como le digo a mi mamá, yo daría todo lo que tengo por uno. Si ya hasta ahí diste todo lo que querían, hiciste todo a más no poder, y si Dios no quiere, pues no, y ya....; Si es difícil....; Te digo ya se lo pedí de mil formas y no. Le dije te doy mi vida a cambio de la del bebé. Ya ves cuantas mujeres se quedan en el parto. Te digo, te doy mi vida a cambio de uno, y ya”*

Aquí podemos ver cómo dentro de la petición se reafirma la importancia de vivir todo el proceso reproductivo, esto es, en las peticiones están inmersos los significados de lo qué es la maternidad, es tan importante para las mujeres con diagnóstico de infertilidad que hasta cambiarían su vida por vivir el proceso.

En algunos casos, no les es suficiente con ser ellas o ellos mismos los que pidan para lograr el embarazo, sino buscan ayuda de otras personas. Rafael lo hizo de esta manera:

*“Entonces él me dice que vive en Chalco y me dice: “mire maestro allá en Toluca (si pues yo soy de allá) hay una casa donde le piden a personas que rezan por usted. No me acuerdo la palabra, dice, pues ¿por qué no va?”. Sí, que la gente pide que rezan por uno que nos ayudan, no sé, más o menos eso fue lo que me dio a entender. De cierta manera ya por el tiempo que nosotros tenemos aquí, y todo*

*eso, ya a veces si hacemos caso de todo lo que nos dicen. Claro, le voy a decir una cosa, no tomamos nada, o sea: “oye tomate esto o vete a esto”. Lo que si mi esposa vete a sobar o haber qué pasa”*

Para algunas parejas la respuesta Divina es percibida como la última opción. Como en el caso de Rafael:

*“Lo que hicimos, porque ahorita ya se acabó todo, ella está reposando en casa. Ya nada más la Gracia Divina, a ver qué pasa” (Rafael).*

También es común que se acerquen a la brujería como alternativa. Esto se percibe en una cita de Adriana:

*“...últimamente también cuando esa señora que la que le digo de la brujería, igual...; ¿Y qué les dijo eso de la brujería?...; Esa dijo que no, que si veía que iba a tener hijos, pero que necesitaba mil quinientos pesos para que ella empezara a trabajar, que por que ella recogía según los niños que las señoras tiran, ella los recogía....; ¿Cómo los recogía?...; Eso era lo que no le entendíamos y nos decía que, por ejemplo, si una señora ya no quiere a su bebé y lo tira, ella era la que los que recogía y ella era la que los ponía a uno, en la matriz, según”.*

Por otro lado, la atención paralela entre la médica y la alternativa es común, así como los tratamientos en ocasiones los llevan a la par. La siguiente cita es un ejemplo:

*“No lo he hecho. Porque una amiga me dijo, (¿aunque ella no lo logró?) y fue, no... me dijo el lugar, tengo su número de teléfono, que esa medicina alternativa te ayuda mucho. Y quedó embarazada y sigue viniendo aquí, pero sí logró embarazarse. Pero no lo he hecho, porque como han sido muy seguidos mis tratamientos, pues no te da tiempo a hacerlo. ¿Qué no te perjudica en nada de tomar tu tratamiento con ese otro medicamento?; Pero... bueno, eso es lo que nos dicen los médicos, pero no sabemos si realmente... si te afecte. Y no, no lo hemos hecho; pero sí me han recomendado mucho la medicina alternativa. Y pues no... no sé si hacerlo o no; todavía no nos animamos”. (Natalia)*

En sí podemos decir que la medicina alternativa es considerada como parte importante en la regulación de la procreación, no importa el tipo de ésta, lo sustancial es que las creencias son otro elemento esencial para la búsqueda de soluciones y que parten del conjunto de significados referentes a los posibles *por qué* de su padecimiento. Uno de los principales motores es la Fe, que no tiene su esencia en el sentido común, sino es más complejo, aclaremos lo anterior. Según Geertz, las acciones religiosas van más allá del *sentido común*, puesto que el sistema religioso difiere del *sentido común*, ya que éste último es “una simple aceptación del mundo, de sus objetos, y de sus procesos tales como parecen ser” (Geertz, 2000:106); mientras que la convicción religiosa se representa a través de actos propios concretos, moldeando la conciencia espiritual que conlleva estados anímicos, motivaciones y concepciones metafísicas, traducidas las anteriores en representaciones culturales (Geertz, 2000).

Representaciones culturales que son determinantes en su actuar, es por eso que las instituciones médicas son sólo una opción más para las personas con infertilidad. Por tal, se tiene que reconocer que las personas con infertilidad al asistir a los servicios médicos de salud no dejan “afuera” sus creencias o significados, por el contrario son parte de sus decisiones ante el sistema de salud-enfermedad-atención.

## CONCLUSIONES

Después de un año y medio del trabajo de campo para la presente investigación, nuevamente se contactó a las y los usuarios entrevistados con el fin de explorar su situación actual. El contacto se realizó a través de llamadas telefónicas con el fin de tener un diagnóstico. Se les preguntó sobre el logro o no de embarazo, la continuación o no de tratamientos, su estado civil, etcétera.

Cabe aclarar que no se obtuvo información del total de las parejas entrevistadas (16 parejas), pues algunas cambiaron su teléfono, o lo dieron de baja y otras simplemente no contestaron. La información que se presenta es sólo de aquellas con las que se volvió a contactar, esto es, diez parejas.

Cuadro 1  
Información de las parejas contactadas  
Estado Civil  
(N= 10)

| CASADAS | VIUDAS | TOTAL |
|---------|--------|-------|
| 9       | 1      | 10    |

Cuadro 2  
 Información de las parejas contactadas  
 Éxito de embarazo  
 (N= 10)

| EMBARAZO | NO<br>EMBARAZO | TOTAL |
|----------|----------------|-------|
| 1        | 9              | 10    |

Cuadro 3  
 Uso de tratamientos o soluciones sociales  
 (N=8)\*

| CONTINÚAN<br>TRA | NO<br>CONTINÚAN | ADOPCIÓN |
|------------------|-----------------|----------|
| 5                | 2               | 1        |

\* No se incluye a la pareja con éxito de embarazo, ni a la viuda

Hasta donde se pudo recuperar la información todas las parejas continúan casadas. Se encontró que en su mayoría no han logrado embarazarse -nueve parejas de diez- (Cuadro 2) sólo cinco parejas continúan en tratamientos de TRA, dos de ellas son candidatas (Cuadro 3) y tres ya han pasado por la técnica de Inseminación Artificial, y ahora van por Fertilización *In Vitro* dentro del INPerIER. Cabe aclarar que una pareja decidió continuar en servicio médico particular, debido a que considera que dentro del Instituto el tiempo en el proceso de las TRA es prolongado.

Las parejas que decidieron no continuar con los tratamientos para la fertilización (Cuadro 3) expresaron varios motivos. Uno de ellos, y el principal, fue el cansancio que les provocó la duración de cada tratamiento, esto es, consideran que el proceso es prolongado, y el tiempo entre uno y otro. Aunado a lo anterior, se encuentra el argumento de la edad, sobre todo en las mujeres, en su mayoría tienen en promedio 38 años, y consideran que ya están a destiempo para embarazarse. Otro de los motivos por el cual decidieron abandonar los tratamientos, fue que los consideran riesgosos, en términos del riesgo para la salud de la mujer. La cuestión económica también fue un factor determinante. Algunas, se “resignaron” a no tener hijos, como pareja acordaron ya no embarazarse y continuar su vida los dos “solos”. También las circunstancias dieron pauta para no continuar, pues una de ellas quedó viuda (Cuadro 3), ya que su esposo falleció a causa de diabetes, que de hecho era el motivo por el cual no podían embarazarse, pues él no producía suficiente esperma, y la calidad y movilidad de estos era pobre.

Una pareja decidió adoptar después de varios intentos de Fertilización In Vitro (Cuadro 3) Desde hace seis meses comenzaron con los trámites en una Casa Hogar en Tecamachalco. En este momento se encuentran en espera de la llamada para poder ir por el bebé. Asimismo, sólo una pareja logró embarazarse a través de las TRA, logrando un varón.

Como se puede observar, la falta de éxito de las TRA, al menos para el conjunto de parejas entrevistadas, es evidente ¿cómo interpretar lo anterior? Si bien, no podemos aventurarnos a dar respuestas concretas, sí queda la duda de la poca eficacia que pudiera tener el uso de las TRA. Tal vez, se deba a circunstancias multifactoriales. Pues, ya se vio en la información etnográfica de la presente investigación, que la complejidad biofisiológica es un causante para lograr embarazarse por medio de las TRA. Asimismo, las pausas entre un tratamiento y otro, llevan a los usuarios a abandonar las TRA, si bien, éste es uno de los motivos principales por lo que renuncian a los tratamientos, sería conveniente, que el personal médico agilice el procedimiento entre un tratamiento y otro, lo cual hablaría

de una mejor calidad de atención, y posiblemente menos deserción de usuarias en el área de Reproducción Asistida.

También las razones económicas, el cansancio de los tratamientos y/o “resignación” al no embarazarse, son algunas causantes a considerar como posibles factores de la “poca” eficacia y eficiencia del uso de las TRA. El reencuentro con las mujeres y hombres entrevistados hace notar que las interrogantes sobre el tema abordado en el presente trabajo no dejan de generarse.

Pero, ¿cuáles serían las conclusiones de la tesis presente? La importancia de explorar el tema de la infertilidad y del uso de las TRA desde la dimensión del cuerpo, género y parentesco, desde la perspectiva de la antropología médica y simbólica, permitió conocer dimensiones culturales de dichos fenómenos. En ese sentido, es importante reconocer que para las personas con diagnóstico de infertilidad, las creencias, los significados y en sí las dimensiones culturales, son determinantes en las decisiones de la solución ante el padecimiento. Desde esta concepción se refuerza en que las decisiones de las personas con diagnóstico de infertilidad parten de su contexto sociocultural, y que además tienen el mismo lugar de importancia, y a veces mayor, que las opiniones de los expertos (médicos).

En esta investigación, se reafirma que la lectura simbólica del cuerpo desde diferentes direcciones (Le Breton 1995, Heritiér 1991, Fagetti 2006) es el referente principal, siendo el medio a través del cual, mujeres y hombres, se relacionaron “íntimamente” con otros actores (médicos y curanderos). En ese sentido, se confirma el significado del cuerpo como el signo del individuo.

Dicho signo del individuo, -cuerpo- también, le dio contenido a la noción de persona, pues la autopercepción dependía, en cierta manera, del funcionamiento corporal. Es decir, una respuesta corporal positiva (buen funcionamiento) a cualquier tratamiento o estudio le garantizaba a la persona percibirse como persona completa independientemente del género. Pero cuando se daba lo contrario, esto es, un mal

funcionamiento simbolizado en la reafirmación de la presencia de infertilidad, entonces la persona se percibía como incompleta. Pero es de hacer notar que en esta circunstancia, el género le dio matices a dicha percepción. Por tanto, la noción de persona en la parejas con infertilidad se determinó a través de la condición corporal: Cuerpo Normal vs Cuerpo Anómalo, y por el género.

Las experiencias en los tratamientos o estudios para la regularización de la fertilidad, permitió comprender parte de las diferencias del trato genérico del cuerpo. Percibiéndose el cuerpo de la mujer como “máquina receptora” de los utensilios médicos, la cual se exploró tanto externa como internamente. En ese sentido, la experiencia de la mujer por la búsqueda de fertilización suele ser dolorosa física y simbólicamente. Si bien, la experiencia del hombre respecto a los estudios no fue tan dolorosa físicamente como en el caso de las mujeres, puesto que se daban –los estudios- en su mayoría a través de los fluidos corporales -sangre/esperma- , simbólicamente representaron la antesala de una esperanza para continuar o no con los tratamientos, pues el “temor” de ausencia del fluido seminal, significó la imposibilidad de procreación. Entonces, la expresión simbólica del cuerpo del hombre con diagnóstico de infertilidad se dio meramente a través de los fluidos, representados por el semen. Las experiencias vividas, diferencialmente entre los géneros a través del cuerpo, reafirma la vulnerabilidad de la mujer ante los tratamientos de fertilización, pues se refleja el control del cuerpo femenino físico, simbólico y emocional que ejercen los procedimientos de solución institucional. Reafirmando por tanto, el contenido de la *valencia diferencial de los sexos* (Héritier 1996) pues los cuerpos fueron observados y tratados por el personal médico según el género.

Las percepciones del funcionamiento de los fluidos corporales, fueron clave para entender las dimensiones culturales de las personas con infertilidad. Para las mujeres con infertilidad, la presencia de la menstruación representó cierta ambivalencia en sus sentires, ya que por un lado, la menstruación como símbolo de la fertilidad reafirmó el ser mujer; pero por otro, después de la falta de éxito de un tratamiento,

representaba la inexistencia del embarazo, y por tanto, la ausencia de la maternidad. En el caso del hombre, el esperma representó simbólicamente *su naturaleza*, en este sentido, la respuesta corporal a través del fluido seminal representó simbólicamente las posibilidades de procreación.

Y al no existir la “semilla”, entonces el funcionamiento del cuerpo -anómalo- no fue el adecuado, anulándose la condición de padre y sus implicaciones. En ese sentido, simbólicamente la falta de descendencia -falta de esperma-, es el motivo que trunca el desempeño del papel de proveedor. Dicha falta de descendencia nos reafirma que el Ser persona está en función del otro (hijo/descendencia).

La información etnográfica permitió comprender que en el momento de los estudios o tratamientos, se construye una relación Dualista entre los sujetos (usuarios/médicos) a través del cuerpo atendido. Por un lado, los usuarios saben que su cuerpo les pertenece, pero por otro, existe un reconocimiento al conocimiento médico. Dicha relación dualista, reafirma la concepción moderna occidental del cuerpo (Le Breton 1995), es decir, la separación simbólica del sujeto con los otros, e incluso consigo mismo, según sea la condición. Lo anterior, está relacionado con el lugar que ocupa el sujeto-cuerpo: paciente o médico.

El hecho de que el cuerpo de la mujer u hombre reciba la mirada del otro (médico) reflejó la vulnerabilidad simbólica, representada a través de los sentimientos como la vergüenza y el pudor, dejándose ver la esencia de la persona -ya que ciertas partes del cuerpo culturalmente son leídas como algo íntimo-. Asimismo, el cuerpo al ser tocado por el médico, expresó cierta separación “involuntaria” del sujeto con su cuerpo, es decir, la *indeferencia involuntaria del sujeto*.

En ese sentido, los significados corporales de las vivencias en los tratamientos o estudios son íntimos, puesto que no se verbalizan con el médico, pero sí se construyen por medio de la relación entre los actores. Conformándose diversas formas de acercamiento de su cuerpo con el otro. Por ende, las expresiones

corporales son parte del contenido del conjunto de dimensiones culturales de las personas con diagnóstico de infertilidad. Ya que traducen el Dolor corporal y vivencial en experiencias subjetivas, y al relacionar el Dolor Evidente –físico- con el Dolor Viviente rompen con interpretaciones universales del dolor en sí mismo. Lo anterior conlleva percibir el *dolor viviente* -conjunto de emociones- como un eje determinante en la toma de decisiones de los sujetos.

La lectura del género desde la incapacidad reproductiva construyó la percepción de la *persona infértil*, pues al no poder cumplir con el rol de la reproducción, simbólicamente se asumen como “personas incompletas”. Expresando varios sinónimos que van incrustados en el propio cuerpo -seco, vacío, incompleto, impotente- dándole también contenido al concepto de *cuerpo anómalo* (Fagetti 2006). Con lo anterior, se demuestra que para entender la condición de la persona con infertilidad, la relación cuerpo-género es indispensable, siendo que la lectura cultural del cuerpo ocupa el lugar de los hechos, pues los significados dados de la presencia de la infertilidad desde el cuerpo le dan contenido al ser mujer u hombre.

Las narraciones de las mujeres que mencionaron ser atendidas en primer momento por el personal médico, nos llevan a reafirmar que la construcción de la percepción de la reproducción es vista como sinónimo de mujer. Representado lo anterior por la lectura cultural del cuerpo, lo cual implica sospechar, de manera inmediata, que la mujer es la que padece infertilidad –sanción social inscrita en el cuerpo femenino- (Héritier, 1996) descartando la posibilidad en el varón. Lo que refleja cómo el personal médico, otorga cierta asimetría en la atención médica entre hombres y mujeres, favoreciendo a los primeros. Por tanto, podemos afirmar que las TRA “tratan” de manera desigual a los cuerpos femenino y masculino, siendo el primero sobre el cual recae la “acusación” de infertilidad y es el más invadido desde el punto de vista físico, simbólico y emocional. Construyendo una *dinámica diferencial del trato del cuerpo genérico*.

Desde el discurso simbólico, la diferencia del trato del cuerpo genérico se remite a la naturaleza femenina que parte de la lectura fisiológica del cuerpo (Heritiér 1996). En este sentido, la información etnográfica de la investigación reafirma que la capacidad reproductiva determina las diferencias entre lo masculino y femenino. Y que la presencia de la infertilidad minimiza aún más el lugar de la mujer en la sociedad occidental. Entonces la percepción de la persona infértil, desde el género, nuevamente depende de la interpretación simbólica del funcionamiento del cuerpo, según el contexto cultural.

A pesar de que la infertilidad trunca de cierta manera, en hombres y mujeres, el cumplimiento del rol de género por la falta de descendencia, algunos voltean a ver otras “cualidades”, resignificando parte del contenido del rol de género, esto es, se da cierta *Redefinición Genérica*. Las alternativas que las personas establecen para sentirse personas “completas” son parte de las destrezas para rescatarse como mujer u hombre, más allá de la reproducción. Lo anterior con el propósito de ser considerados como seres morales y socialmente reconocidos, como diferentes ante las personas fértiles.

Es interesante que la presencia de la infertilidad al interior de la pareja coloque en la misma condición a hombres y mujeres, independientemente de quien presente el diagnóstico, sólo por el hecho de no tener descendencia, creando cierta *Equivalencia Genérica*. Lo cual reafirma que la lectura simbólica del funcionamiento corporal, en este caso traducido en descendencia, le da contenido a la categoría de género.

En ese sentido, tal vez sería conveniente considerar para darle contenido a la categoría de género, las siguientes condiciones: a) particularidades culturales; b) la interpretación simbólica del funcionamiento del cuerpo; y, c) la condición de persona -condición reproductiva-. Sin olvidar que dichas diferencias tienen su esencia en la percepción, dada las dualidades cuerpo-genéricas, las cuales le dan contenido a *la valencia diferencial de los sexos*.

El material etnográfico también nos dejó ver que la búsqueda de soluciones refleja una *insatisfacción a la resignación genérica*, pues bien pueden presentarse intentos de ruptura en algunas funciones socialmente impuestas para hombres y mujeres, pero el hecho de la carga sociocultural de la maternidad y paternidad se impone. Por tanto, las soluciones ante su “problemática” se comparten, pues la presencia de un hijo es básica para sentirse como una “verdadera” pareja, ya que asumen la descendencia como determinante para la conformación de familia, y definirse como madre o padre.

Para las parejas con infertilidad, el uso de las TRA resignificó el inicio del proceso reproductivo, permeando el campo de la sexualidad. Siendo el proceso biotecnológico en cual se expresa simbólicamente la descendencia, lo que lleva a comprender que la reproducción humana se separa de lo sexual.

Para las parejas con infertilidad, la simbolización del parentesco se da con la unión del espermatozoides y óvulo de la pareja, independientemente que sea a través de relaciones sexuales o alguna TRA. También la transmisión de fluidos corporales – sangre/semen- les garantiza una alianza directa. Dándole peso a la paternidad biológica y genética (Bestard 1998).

Los resultados etnográficos también dejaron ver que la interpretación cultural del contenido de la alianza biogenética le da contenido al parentesco, ya que el hijo “propio” tiene un gran peso para la conformación del sistema familiar. Lo cual recae en la triada: infertilidad/género/parentesco, pues las parejas con infertilidad reflejan la importancia de la vivencia del proceso reproductivo -embarazo, parto, lactancia- para tener filiación y, por tanto, considerar al hijo propio como parte del sistema de parentesco. Dicha percepción de parentesco implicaría evitar interrogantes culturales, legales, y éticas, siendo lo contrario cuando se da el caso de la donación de gametos o la adopción. Por lo anterior, las dimensiones culturales del parentesco tienen una estrecha relación con el uso de las TRA.

Dicha percepción de las parejas con infertilidad sobre el parentesco, permite entender entonces por qué la adopción o el hijo “regalado”, fueron las últimas opciones de solución a las cuales acudirían para “realizarse” como pareja, y de esta manera cubrir la exigencia de la reproducción simbolizada en la Familia. En ese sentido podemos decir, que el ejercicio de la paternidad social (Bestard 1998) aislada de los otros tipos de paternidad -biológica y genética- se ubica en última opción.

La dualidad hijo/descendencia, es vital en el sistema de parentesco para este grupo de parejas con infertilidad, ya que el deseo de un hijo/o “propio, natural” suele ser mayormente significativo que las exigencias sociales en términos de cumplimiento al sistema familiar; ya que la lectura sociocultural respecto al proceso reproductivo y la herencia -buena o mala semilla- es clave en la decisión de adoptar o no.

La búsqueda del hijo biológico a toda costa, es la prueba de que uno de los contenidos culturales del parentesco contemporáneo es el significado de los hechos biológicos de la reproducción, en particular, el simbolismo del flujo biogenético.

En función de lo que representa el simbolismo del flujo biogenético para el contenido cultural del parentesco, podemos aventurarnos a decir que existe una cierta tendencia en ser desplazada la adopción como principal solución a la infertilidad por las TRA. Ya que éstas, garantizan una herencia “real” para construir un “verdadero” sistema de parentesco en la sociedad occidental, el cual está sustentado en las experiencias, el género.

Pero a pesar de los anteriores argumentos, es sobre todo la presión social sobre las parejas para formar una familia lo que ocasiona la frustración, convirtiéndose la vida de las personas en un drama humano, ya que los individuos y las parejas tienden a resignificar su vida a pesar del diagnóstico. Dicha resignificación de su vida, es consecuencia también de que ellas y ellos hacen suyo el discurso social. Lo que conduce a algunas parejas con infertilidad a responder a dichas soluciones sociales: adopción, regalo de un niño, etcétera. Lo anterior tiene como base las

representaciones simbólicas del parentesco, y por ende, las “nuevas” interpretaciones de éste. Podemos decir, que las percepciones contemporáneas que le dan contenido al parentesco, parten de las interpretaciones socioculturales-simbólicas del aspecto biofisiogénético de la reproducción humana que se centran en las expresiones corporales de la mujer y del hombre, sin olvidar el género -*embarazo/descendencia, responsabilidad/proveedor*-. Se reafirma que el estudio del parentesco en la actualidad enfocado en una institución de reproducción humana se relaciona con la sexualidad, género y parentesco (Olavarría,2002)

Para algunas personas (usuarios) el “problema” de la presencia de la infertilidad es un asunto de pareja, esto es, simbólicamente se da la *infertilidad compartida*, pues independientemente de quién esté presente en el diagnóstico, ambas partes, por el hecho de no ser padres se asumen como infértiles. Lo anterior, desde la perspectiva simbólica, nos deja ver que la percepción de la infertilidad por quienes la “padecen” tiene una connotación más profunda que la simple explicación médica, pues la ausencia del hijo coloca a la pareja en su ámbito sociocultural, como aquella que no cumple con lo esperado: la reproducción social.

Esta percepción de la pareja infértil, que va más allá de la explicación médica, es de tomarse en cuenta, pues da elementos que tendrían que ser considerados por el personal de salud: a) reconocer que la presencia de la infertilidad está permeada por lo cultural, por las percepciones subjetivas de quienes la padecen; b) por tanto, la infertilidad no es asunto meramente biológico, lo que lleva a romper con el discurso médico ortodoxo; y c) no vivir la infertilidad individualmente, sino como pareja -infertilidad compartida- por tanto, la atención entre los géneros tendría que ser paralela o compartida.

En otro sentido, los *porqués* sobre la presencia de la infertilidad fueron diversos y tuvieron como esencia los significados y creencias de las personas, lo que las llevó a interrogarse sobre su situación. Los significados no sólo dieron explicaciones ante un fenómeno, sino, también dieron pauta a reflexiones. Dichas interrogantes, sobre todo,

están relacionadas con la definición del propio concepto de infertilidad - enfermedad, padecimiento o molestia-. Para las personas con diagnóstico de infertilidad, es relevante tener claro el concepto, pues de él depende la dimensión del “problema” y por ende su solución.

Es interesante reflexionar sobre la percepción de la infertilidad desde quién la padece, puesto que indirectamente también le da sentido a la condición de persona, es decir, ¿una persona infértil es un persona enferma o no? Y por tanto ¿se tendría que considerar la infertilidad como un problema de salud pública? O ¿cómo tendríamos que catalogarla?

Igualmente, las personas con infertilidad buscan explicaciones de su diagnóstico más allá del argumento médico, construyen sus propias percepciones desde su cosmovisión –castigo, prueba divina-. El conjunto de percepciones sobre el concepto o presencia de la infertilidad determina, entre otras cosas, los sentimientos de los sujetos: incertidumbre ante la cura. Asimismo, el percibir la infertilidad como enfermedad o padecimiento, o su presencia relacionada con las creencias religiosas, los lleva a decidir los tipos de solución que no necesariamente son alópatas.

La presencia de los tratamientos alternativos jugó un papel protagónico. Este tipo de tratamientos es sumamente importante para las personas con infertilidad, por las siguientes razones: a) fueron en ocasiones la opción inmediata a la cual acudieron para resolver su “problemática”; b) fue común su uso paralelo con la medicina alópata; c) a pesar de los avances científicos y la diversidad de opciones alópatas, está lejos de pensarse que los tratamientos alternativos hayan quedado atrás o en segundo término, como opciones de solución para regular la fertilización.

Lo anterior se traduce en la presencia contundente de la medicina alternativa en el ámbito de la salud reproductiva. Asimismo, dicha presencia nos permite reforzar que las soluciones alternativas ocupan un lugar importante en los sistemas de salud. Y que para las parejas con infertilidad, los institutos de salud son una opción más de

solución, por tanto, la medicina alópata no es percibida como única, ni tampoco como la principal, la cual se basa en la triada: reconocimiento de síntomas biofisiológicos – diagnóstico - solución concreta.

Podemos decir que la infertilidad no es percibida como un problema meramente biológico, sino que se instala en lo cultural y se expresa a través de las creencias, sentires y significados de quienes lo padecen. En ese sentido, las dimensiones culturales de la infertilidad son “motor” en el actuar de las personas que lo padecen, pues a partir de los significados y creencias las parejas con diagnóstico de infertilidad buscan respuestas en diferentes sistemas de atención. Por eso, sería conveniente que en la atención médica no se ignoren los otros tipos de sistemas de salud, sino que la atención se complementara con las otras alternativas, y quizá la calidad de atención se eleve.

Se puede afirmar que el conjunto de las dimensiones culturales de la infertilidad con esencia en las percepciones del cuerpo, género y parentesco permitió comprender la infertilidad como fenómeno cultural complejo, en el que sus interpretaciones y explicaciones para quienes lo padecen no se instalan del todo en respuestas médicas, sino tienen como base la esencia cultural: Sus percepciones y significados contemporáneos. También es conveniente que cuando se estudio el tema de infertilidad, se considere lo que dejó ver la información etnográfica durante todo el trabajo: la **estrecha** relación entre los ejes temáticos – cuerpo, género y parentesco.

Por lo cual, sería un tanto difícil estudiar el tema de infertilidad sin considerar dicha triada, que en esencia tiene como base la imposición cultural que determina el “deber ser” de la reproducción humana.

Con todo lo dicho anteriormente, se refleja la importancia de incluir la perspectiva antropológica en la construcción de políticas públicas de salud que le den sentido al contenido cultural, el que como ya vimos, es parte de la toma de decisiones de los sujetos para resolver percances dentro del sistema salud-enfermedad, como fue el

caso de la infertilidad. Asimismo, la percepción de persona como sujeto con incapacidad de reproducirse en términos genéricos, los lleva a colocarse en cierta condición dentro de su contexto cultural, en ese sentido, la percepción de género es un elemento básico para la construcción de políticas públicas equitativas, puesto que las soluciones de la infertilidad son mayormente invasivas en las mujeres.

Tal vez para una respuesta positiva a lo anterior, sería conveniente que se sensibilizara a los médicos respecto al padecer que viven las parejas con infertilidad, esto es, que reconozcan con base a las particularidades culturales y simbólicas la *vivencia integral* de las personas que atienden. Paralelo a lo anterior, también se sugiere que se proporcionen espacios específicos de apoyo y orientación para estas personas. Ambas sugerencias, seguramente contribuirán en mejorar la relación médico paciente, y por ende, la calidad de atención.

Igualmente, es necesario tomar en cuenta los matices culturales en el diseño de una Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida, pues como ya se observó, su uso conlleva diversas variantes que recaen en el campo del género y del cuerpo; pero, sobre todo, las consecuencias en la percepción de parentesco. Ya que el contenido simbólico de la descendencia, suele ser importante y las TRA de alguna manera garantizan la presencia del flujo genético. En ese sentido, no son suficientes las propuestas de leyes como ya se han planteado en México y en otros países, sino la creación de leyes que garanticen la integridad de la persona con derecho a reproducirse. Pues no olvidemos que en la actualidad la demanda en el uso de TRA va en aumento. Por ejemplo, los datos dados en el Congreso Europeo de Medicina Reproductiva celebrado en Copenhague (Dinamarca) nos informan que en el 2002, se realizaron 294,364 ciclos de reproducción asistida en Europa, siendo España uno de los países con mayor realización de tratamientos de fertilidad (15,030 tratamientos) así como de éxito. En el mismo año, únicamente, Alemania, Reino Unido, Francia, Italia y los países bajos superaron la cifra nacional (ESHRE, 2008). En Estados Unidos, cerca de 41,000 niños nacieron a través de la Fertilización *In Vitro* en 2001 (Spar,2008). Y en Latinoamérica, durante 1995, se registraron 7,000

ciclos de reproducción asistida que incluyen 351 ciclos con ovocitos donados, lo anterior se practicaron en los 56 centros de latinoamericanos existentes en ese año. Ya para el año 2000, se incrementó el número de centros de reproducción asistida, 95 centros (Luna,2008). Ahora bien, el aumento de la utilización de las técnicas de reproducción asistida, no es proporcional a la magnitud de la significancia cultural que implica su uso.

Para terminar, considero que hay mucho por explorar sobre el tema desde la antropología médica y simbólica. Quizá, rescatar las percepciones del personal médico quienes atienden a las parejas con infertilidad, conocer desde su condición de especialista lo que representa simbólicamente realizar los tratamientos o estudios, tanto convencionales como de las TRA. Otro estudio, podría ser tal vez, explorar el uso de las TRA en los servicios de salud particulares, en el cual acuden personas que no necesariamente presentan infertilidad, otras que no tiene pareja, etcétera. Lo cual hace atractivo el campo de trabajo y lo que enriquecería el estudio de las dimensiones culturales del cuerpo, género y parentesco, favoreciendo la investigación antropológica.

## BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Legislativa del Distrito Federal, Tribunal Superior del DF y el Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva, S.C; (2002) Propuesta de Ley sobre Reproducción Asistida del DF; Presentada en el Foro Reproducción Asistida. Enfoque multidisciplinario hacia una regulación específica para el DF en la Sede del Tribunal Superior de Justicia del DF; Noviembre, México

Benson, Ralph (1985) Manual de Ginecología y obstetricia; Manual Moderno, México

Bestard, Joan; Orobítz, Gemma; Robot, Julia; Salazar, Carles (2003) Parentesco y reproducción asistida: Cuerpo, persona y relaciones; Universidad de Barcelona, Estudis D' Antropología Social I Cultural; España

(1998) Parentesco y modernidad; Piados Básica, Barcelona, España 1998

Butler, Judith (2002) Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo", Paidós, Buenos Aires, Argentina

Bourdieu, Pierre (1980) El sentido práctico, Taurus, Madrid, España

(2000) La dominación Masculina, Anagrama, Barcelona

Browner, H. Carol and Sargent, F. Carolyn (1990) "Anthropology and Studies of Human Reproduction" en Johnson T. and Sargent C. Medical Anthropology. Comtemporary Theory and Method; New York – Praeger:212-29 USA

Burin, Mabel y Meler, Irene (2000) Varones: Género y subjetividad masculino; Paidós, Buenos Aires, Argentina

Bustos, Héctor (2000) "Diagnóstico de esterilidad conyugal" en Ahued Roberto y cols; Ginecología y Obstetricia aplicadas: 273-84, INPer, JGH, México

Cárdenas, E (1971) Terminología Médica; Nueva Editorial Interamericana, México

Castañeda, Elena (1998) Bendito sea el fruto de tu vientre. Representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de esterilidad en la ruta del padecer. Tesis de Maestría en Ciencias Antropológicas. CIESAS

Chervenak, F & McCullough, L (2001) "Ethical issues in reproduction medicine research" Infertility and Reproductive Medicine. Clinics of North America, Vol.12, No.4 October :869-877, USA

Citalan, Mónica (2001) ¿Tienen los hijos nacidos a través de la Técnicas de Reproducción Asistida post-mortem derecho al caudal hereditario?; Tesis de Licenciatura en derecho, UIA México

Clayton, Thomas (1997) Taber's Diccionario Médico Enciclopédico; Manual Moderno; México

Collier, Jane y Yanagisako Sylvia (1987) Gender and Kinship. Essays toward a unified analysis, Stanford University Press, Stanford, California, USA

CONAPO (2004) [Sitio en Internet] México: Consejo Nacional de Población [revisado 16 de Octubre 2004] Disponible en: [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)

Csordas, Thomas (1994) "Introduction: the body as representation and being-in the -world" in Csordas, Thomas (edit) Embodiment and experience: The existential ground of culture and self : 1-24 Cambridge University Press, USA

Corsi, Jorge (1989) El modelo masculino tradicional, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Diniz, Deborah (2002) "New reproductive technologies, ethics and gender: The Legislative process in Brazil" Developing World Bioethics; Vol.2 No.2:145-158, England

Doberning, Mariana (1999) Reproducción Asistida; Tesis de Maestría, UIA, DF, México

Douglas, Mary (1978) Símbolos naturales. Exploración en cosmología, Alianza Madrid, España

(1998) "Animales anómalos y metáforas animales" en Estilos de pensar: 135-51, Gedisa, Barcelona, España

Edwards, Robert (2003) "Introducción: Los comienzos de la fertilización in vitro y sus derivados" en Edwards R y Rísquez F (editores) Reproducción asistida moderna, Buenos Aires, Argentina

ESHRE (2008) [ Sitio internet] "Barcelona is pleased to host the 24th edition of the Annual Meeting of the European Society for Human Reproduction and Embryology in 2008" Beigem, Belgium:European Society of Human Reproduction & Embrilogy [revisado 11 de Febrero 2008] Disponible en: [www.eshre.com/emc.asp?pageld=206](http://www.eshre.com/emc.asp?pageld=206)

Fagetti, Antonella (2002) Tentzonhuehue. El simbolismo del cuerpo y la naturaleza; P y V; México

(2006) Mujeres anómalas. Del cuerpo simbolizado a la sexualidad constreñida; BUAP, México

Fasouliotis, Sozos; Shenker, J (1999) "Social aspects in assisted reproduction" en Human Reproduction Update; Vol.5 No.1:26-39, England

Figuroa, Guillermo; (1998) La condición de la mujer en el espacio de la salud, COLMEX, México

Franklin, Sarah (1997) Embodies progress. A Cultural Account of Assisted Conception, Cambridge, Cambridge University Press, USA

Gaceta Oficial del Distrito Federal, Órgano del Gobierno del Distrito Federal; (2002) Décima Segunda Época, No.96, 16 de Julio:30, México

García, Rafael (comp) (2004) Reproducción Asistida/Elementos para el debate Legislativo, Grupo Parlamentario PRD en la Cámara de Diputados LIX Legislatura/Congreso de la Unión, México

Greil, Arthur (2002) "Infertile Bodies Medicalization, Metaphor and Agency" in Inhron Marcia and Van Balen Frank (edits) Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies: 101-18 University of California Press, USA

Geertz, Clifford (2000) La interpretación de las culturas, Gedisa, Barcelona, España

(1972) "Ritual and social change: A Javenese example" in William A & Vogt Evon (edits) Reader in comparative religion: An Anthropological Approach: 531- 44 Harper and Row New York, USA

Guihem, Dirce (2001) "New Reproductive Technologies, ethics and legislation in Brazil: A delayed debate" Bioethics Vol.15 No.3:219 – 230, England

Hanlon, Jonh (1973) Principios de administración; La Prensa Médica, México

Héritier, Françoise (1986) "El Muslo de Júpiter" en El Hombre. Selección de artículos de la Revista Francesa de Antropología : 39-51, Manantial, Argentina

(1991) "EL esperma y la sangre: en torno a algunas teorías antiguas sobre su génesis y relaciones" en Feher M; Naddaff R y Tazi N; Fragmentos para una historia del cuerpo humano, Parte Segunda : 59-74, Taurus, Madrid, España

(1991) "Mujeres ancianas, mujeres de corazón de hombres, mujeres de peso" en Feher M; Naddaff R y Tazi N; Fragments para una historia del cuerpo humano, Parte Tercera : 281-99, Taurus, Madrid, España

(1991) "La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres" en Alteridades, No.1, Vol, 2:92-102, México

(1996) Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia; Ariel Barcelona, España

Huesca, Patricia [sitio en Internet] Crónica de Hoy Sección Ciencia Entrevista al Dr. Fernando Gaviño "Sin reglamentación en México las técnicas de reproducción asistida" [revisado el 14 de Marzo de 2003] Disponible en <http://www.cronica.com.mx/nacional.php>

Inhorn, Marcia y Van Frank (2002) Infertility Around the Globe. New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies, University California Press, Berklyn, Lon Angeles, USA

INPer (2003) Normas y procedimientos de Ginecología, México

(2005) Anuario Estadístico

(2006) Anuario Estadístico

(2005) [sitio internet] México: Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de Reyes" [revisado 03 de abril de 2005] Disponible en <http://www.inper.edu.mx/>

INEGI [Sitio Internet] México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [revisado el 20 de octubre de 2004) Disponible en [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

IVIM [sitio internet] México: Instituto Valenciano de Infertilidad [revisado 12 de junio de 2007] Disponible en <http://www.ivimexico.com.mx/>

Keijzer, Bonino (1994) Morir como hombres: La enfermedad y la muerte masculina desde la perspectiva de género, Ponencia para el Seminario de Masculinidad, PUEG-UNAM, Agosto, México

Lagarde, Marcela (1993) Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, UNAM-PUEG, México

Lamas, Marta; (2000) "Diferencias de sexo, género y diferencia sexual" en Revista Cuicuilco, Vol.7 No. 18: 95-118, México

(1996) "Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género" en El Género: La construcción de la diferencia sexual, Lamas M (comp) PUEG-Porrúa: 327-65 México

Laplantine, Françoise (1999) Antropología de la Enfermedad; Serie Antropología, ediciones del Sol; Buenos Aires, Argentina

Le Breton, David (1995) Antropología del cuerpo y modernidad, Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina

(1998) Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones; Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina

Lévi – Strauss (1971) "Introducción a la obra de Marcel Gaus" en Sociología y Antropología, Tecnos, Madrid, España

(2002) Mito y significado, Antropología, Alianza Editorial, Madrid, España

(1991) "La Familia" en Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia, Anagrama, Barcelona, España

Luna, Florencia (2008) [Sitio Internet] "Reproducción asistida y "sabor local".contexto y mujer latinoamericana "Brasil: Portalmédico [revisado 11 de febrero 2008] Disponible en: <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio9v2/simpo6.htm>

Marion, Marie-Odile (1997) Simbólicas, ENAH- CONACYT; P y V, México

Menéndez, Eduardo (1983) "Hacia una práctica médica alternativa hegemónica y autoatención (gestión) en salud" en Cuadernos de la Casa Chata No.86, CIESAS, México

(2001) "Biologización y racismo en la vida cotidiana" en Alteridades, 11 (21) UAMI, México

Moctezuma, Gonzalo; "La Reproducción asistida en México. Un enfoque multidisciplinario" [texto en Internet] México, UNAM [citado el 17 de septiembre de 2007] Disponible en ..

Morris, David (1994) La Cultura del Dolor; Andrés Bello, Santiago de Chile

Olavarría, Eugenia (2002) "De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día" en Alteridades; Año 12, No.24: 99-116, México

Ortner, Sherry (2007) “¿Es mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?” [texto en internet] Perú: Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales [citado el 10 de febrero de 2007] Disponible en [www.cholonautas.edu.pe](http://www.cholonautas.edu.pe)

Pérez, Efraín (1997) Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la Reproducción. Un enfoque integral; 2º Edición, SALVAT, México

Reich, Thomas (1995) Encyclopedia of Bioethics; Macmillan Pub Co, Simon & Schuster Macmillan Prentice Hall International, EUA

Reproductive Technology [Sitio en Internet] Australia: National Health and Medical Research Council [revisado el 8 de septiembre de 2004] Disponible en <http://www.dh.sa.gov.au/reproductive-technology/other.asp#NHMRC>

Rivera, Garrietas (1995) Nombrar el mundo en femenino, Icaria, Barcelona, España

Rosenfield, Allan y Fathalla (1994) “Infertilidad” en Manual de Reproducción Humana, Cap.19: 387-99, España

Ruz, Mario (1998) “La semilla del hombre. Notas etnológicas acerca de la sexualidad y reproducción masculina entre los mayas” en Lerner S (edit) Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación: 193-221, COLMEX, México

Salles, Vania (1998) “Las familias, las culturas, las identidades (notas de trabajo para motivar una discusión)”;  
Vida Familiar y cultural contemporánea Pensar la cultura- CONACULTA: 79-119, México

Sánchez, Ángeles (2003) Mujeres maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México; UNAM- PUEG, UAM-X, México

Scott, Joan (1990) “El género una categoría útil para el análisis histórico”, en James Amelang y Mary Nash, Historia y Género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea, Valencia, Alfons El Magnanim/Institución Valenciana D’Estudis I Investigación: 23-56, España

SISTA (1996) Ley General de Salud; México

Spar, Deborah (2008) [Sitio internet] “De dónde vienen los bebés: oferta y demanda en un mercado naciente” USA: Harvard Business Review América Latina [revisado 11 de febrero 2008] Disponible en <http://www.hbral.com/shnoti.asp?noticia=2987&cuerpo=927&edicion=22&sitio=1>

Speroff, L., Glass, R y Kase, N (1999) "Assisted Reproduction" en Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility, Lippincott Williams & Williams (edits) , Sixth Edition Baltimore, Maryland: 1133-1145, USA

Strathern, Marilyn (1992) Reproducing the future. Anthropology, kinship and the New Reproductive Technologies, Routledge, New York, USA

The Danish Council of Ethics: Second Annual Report (1989) [sitio internet] Dinamarca: Annuals Reports [revisado el 23 de agosto de 2004] Disponible en <http://www.etiskraad.dk/sw299.asp>

Tubert, Silvia (1991) Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología; Siglo XXI de España

Turner, Bryan (1989) El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social; FCE, México

Vázquez, Rodolfo (2004) Del aborto a la clonación. Principios de una Bioética liberal; FCE, México

Venegas, Mar (2004) "Cuerpo, estética y poder ¿La consumación de simbolismo al servicio de la sumisión?" en Arriaga, Mercedes y cols. (edit) Sin carne: Representaciones y simulacros del cuerpo femenino: tecnología, comunicación y poder; ArCiBel, España

Yago Teresa, Segura Javier y Irazábal Emilio (1997) Infertilidad y reproducción asistida. Relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza, Biblioteca Nueva, Madrid, España

# ANEXOS

## BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Legislativa del Distrito Federal, Tribunal Superior del DF y el Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva, S.C; (2002) Propuesta de Ley sobre Reproducción Asistida del DF; Presentada en el Foro Reproducción Asistida. Enfoque multidisciplinario hacia una regulación específica para el DF en la Sede del Tribunal Superior de Justicia del DF; Noviembre, México

Benson, Ralph (1985) Manual de Ginecología y obstetricia; Manual Moderno, México

Bestard, Joan; Orobítg, Gemma; Robot, Julia; Salazar, Carles (2003) Parentesco y reproducción asistida: Cuerpo, persona y relaciones; Universidad de Barcelona, Estudis D' Antropología Social I Cultural; España

(1998) Parentesco y modernidad; Paidós Básica, Barcelona, España 1998

Butler, Judith (2002) Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo", Paidós, Buenos Aires, Argentina

Bourdieu, Pierre (1980) El sentido práctico, Taurus, Madrid, España

(2000) La dominación Masculina, Anagrama, Barcelona

Browner, H. Carol and Sargent, F. Carolyn (1990) "Anthropology and Studies of Human Reproduction" en Johnson T. and Sargent C. Medical Anthropology. Comtemporary Theory and Method; New York – Praeger:212-29 USA

Burin, Mabel y Meler, Irene (2000) Varones: Género y subjetividad masculino; Paidós, Buenos Aires, Argentina

Bustos, Héctor (2000) "Diagnóstico de esterilidad conyugal" en Ahued Roberto y cols; Ginecología y Obstetricia aplicadas: 273-84, INPer, JGH, México

Cárdenas, E (1971) Terminología Médica; Nueva Editorial Interamericana, México

Castañeda, Elena (1998) Bendito sea el fruto de tu vientre. Representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de esterilidad en la ruta del padecer. Tesis de Maestría en Ciencias Antropológicas. CIESAS

Chervenak, F & McCullough, L (2001) "Ethical issues in reproduction medicine research" Infertility and Reproductive Medicine. Clinics of North America, Vol.12, No.4 October :869-877, USA

Citalan, Mónica (2001) ¿Tienen los hijos nacidos a través de la Técnicas de Reproducción Asistida post-mortem derecho al caudal hereditario?; Tesis de Licenciatura en derecho, UIA México

Clayton, Thomas (1997) Taber's Diccionario Médico Enciclopédico; Manual Moderno; México

Collier, Jane y Yanagisako Sylvia (1987) Gender and Kinship. Essays toward a unified analysis, Stanford University Press, Stanford, California, USA

CONAPO (2004) [Sitio en Internet] México: Consejo Nacional de Población [revisado 16 de Octubre 2004] Disponible en: [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)

Csordas, Thomas (1994) "Introduction: the body as representation and being-in the -world" in Csordas, Thomas (edit) Embodiment and experience: The existential ground of culture and self : 1-24 Cambridge University Press, USA

Corsi, Jorge (1989) El modelo masculino tradicional, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Diniz, Deborah (2002) "New reproductive technologies, ethics and gender: The Legislative process in Brazil" Developing World Bioethics; Vol.2 No.2:145-158, England

Doberning, Mariana (1999) Reproducción Asistida; Tesis de Maestría, UIA, DF, México

Douglas, Mary (1978) Símbolos naturales. Exploración en cosmología, Alianza Madrid, España

(1998) "Animales anómalos y metáforas animales" en Estilos de pensar: 135-51, Gedisa, Barcelona, España

Edwards, Robert (2003) "Introducción: Los comienzos de la fertilización in vitro y sus derivados" en Edwards R y Rísquez F (editores) Reproducción asistida moderna, Buenos Aires, Argentina

ESHRE (2008) [ Sitio internet] "Barcelona is pleased to host the 24th edition of the Annual Meeting of the European Society for Human Reproduction and Embryology in 2008" Beigem, Belgium:European Society of Human Reproduction & Embryology [revisado 11 de Febrero 2008] Disponible en: [www.eshre.com/emc.asp?pageld=206](http://www.eshre.com/emc.asp?pageld=206)

Fagetti, Antonella (2002) Tentzonhuehue. El simbolismo del cuerpo y la naturaleza; P y V; México

(2006) Mujeres anómalas. Del cuerpo simbolizado a la sexualidad constreñida; BUAP, México

Fasouliotis, Sozos; Shenker, J (1999) "Social aspects in assisted reproduction" en Human Reproduction Update; Vol.5 No.1:26-39, England

Figueroa, Guillermo; (1998) La condición de la mujer en el espacio de la salud, COLMEX, México

Franklin, Sarah (1997) Embodies progress. A Cultural Account of Assisted Conception, Cambridge, Cambridge University Press, USA

Gaceta Oficial del Distrito Federal, Órgano del Gobierno del Distrito Federal; (2002) Décima Segunda Época, No.96, 16 de Julio:30, México

García, Rafael (comp) (2004) Reproducción Asistida/Elementos para el debate Legislativo, Grupo Parlamentario PRD en la Cámara de Diputados LIX Legislatura/Congreso de la Unión, México

Greil, Arthur (2002) "Infertile Bodies Medicalization, Metaphor and Agency" in Inhron Marcia and Van Balen Frank (edits) Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies: 101-18 University of California Press, USA

Geertz, Clifford (2000) La interpretación de las culturas, Gedisa, Barcelona, España

(1972) "Ritual and social change: A Javenese example" in William A & Vogt Evon (edits) Reader in comparative religion: An Anthropological Approach: 531- 44 Harper and Row New York, USA

Guihem, Dirce (2001) "New Reproductive Technologies, ethics and legislation in Brazil: A delayed debate" Bioethics Vol.15 No.3:219 – 230, England

Hanlon, Jonh (1973) Principios de administración; La Prensa Médica, México

Héritier, Françoise (1986) "El Muslo de Júpiter" en El Hombre. Selección de artículos de la Revista Francesa de Antropología : 39-51, Manantial, Argentina

(1991) "EL esperma y la sangre: en torno a algunas teorías antiguas sobre su génesis y relaciones" en Feher M; Naddaff R y Tazi N; Fragmentos para una historia del cuerpo humano, Parte Segunda : 59-74, Taurus, Madrid, España

(1991) "Mujeres ancianas, mujeres de corazón de hombres, mujeres de peso" en Feher M; Naddaff R y Tazi N; Fragmentos para una historia del cuerpo humano, Parte Tercera : 281-99, Taurus, Madrid, España

(1991) "La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres" en Alteridades, No.1, Vol, 2:92-102, México

(1996) Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia; Ariel Barcelona, España

Huesca, Patricia [sitio en Internet] Crónica de Hoy Sección Ciencia Entrevista al Dr. Fernando Gaviño "Sin reglamentación en México las técnicas de reproducción asistida" [revisado el 14 de Marzo de 2003] Disponible en <http://www.cronica.com.mx/nacional.php>

Inhorn, Marcia y Van Frank (2002) Infertility Around the Globe. New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies, University California Press, Berklyn, Lon Angeles, USA

INPer (2003) Normas y procedimientos de Ginecología, México

(2005) Anuario Estadístico

(2006) Anuario Estadístico

(2005) [sitio internet] México: Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de Reyes" [revisado 03 de abril de 2005] Disponible en <http://www.inper.edu.mx/>

INEGI [Sitio Internet] México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [revisado el 20 de octubre de 2004] Disponible en [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

IVIM [sitio internet] México: Instituto Valenciano de Infertilidad [revisado 12 de junio de 2007] Disponible en <http://www.ivimexico.com.mx/>

Keijzer, Bonino (1994) Morir como hombres: La enfermedad y la muerte masculina desde la perspectiva de género, Ponencia para el Seminario de Masculinidad, PUEG-UNAM, Agosto, México

Lagarde, Marcela (1993) Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, UNAM-PUEG, México

Lamas, Marta; (2000) "Diferencias de sexo, género y diferencia sexual" en Revista Cuicuilco, Vol.7 No. 18: 95-118, México

(1996) "Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género" en El Género: La construcción de la diferencia sexual, Lamas M (comp) PUEG- Porrúa: 327-65 México

Laplantine, Françoise (1999) Antropología de la Enfermedad; Serie Antropología, ediciones del Sol; Buenos Aires, Argentina

Le Breton, David (1995) Antropología del cuerpo y modernidad, Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina

(1998) Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones; Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina

Lévi – Strauss (1971) "Introducción a la obra de Marcel Gaus" en Sociología y Antropología, Tecnos, Madrid, España

(2002) Mito y significado, Antropología, Alianza Editorial, Madrid, España

(1991) "La Familia" en Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia, Anagrama, Barcelona, España

Luna, Florencia (2008) [Sitio Internet] "Reproducción asistida y "sabor local". contexto y mujer latinoamericana "Brasil: Portalmédico [revisado 11 de febrero 2008] Disponible en: <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio9v2/simpo6.htm>

Marion, Marie-Odile (1997) Simbólicas, ENAH- CONACYT; P y V, México

Menéndez, Eduardo (1983) "Hacia una práctica médica alternativa hegemónica y autoatención (gestión) en salud" en Cuadernos de la Casa Chata No.86, CIESAS, México

(2001) "Biologización y racismo en la vida cotidiana" en Alteridades, 11 (21) UAMI, México

Moctezuma, Gonzalo; "La Reproducción asistida en México. Un enfoque multidisciplinario" [texto en Internet] México, UNAM [citado el 17 de septiembre de 2007] Disponible en ..

Morris, David (1994) La Cultura del Dolor; Andrés Bello, Santiago de Chile

Olavarría, Eugenia (2002) "De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día" en Alteridades; Año 12, No.24: 99-116, México

Ortner, Sherry (2007) “¿Es mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?” [texto en internet] Perú: Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales [citado el 10 de febrero de 2007] Disponible en [www.cholonautas.edu.pe](http://www.cholonautas.edu.pe)

Pérez, Efraín (1997) Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la Reproducción. Un enfoque integral; 2º Edición, SALVAT, México

Reich, Thomas (1995) Encyclopedia of Bioethics; Macmillan Pub Co, Simon & Schuster Macmillan Prentice Hall International, EUA

Reproductive Technology [Sitio en Internet] Australia: National Health and Medical Research Council [revisado el 8 de septiembre de 2004] Disponible en <http://www.dh.sa.gov.au/reproductive-technology/other.asp#NHMRC>

Rivera, Garrietas (1995) Nombrar el mundo en femenino, Icaria, Barcelona, España

Rosenfield, Allan y Fathalla (1994) “Infertilidad” en Manual de Reproducción Humana, Cap.19: 387-99, España

Ruz, Mario (1998) “La semilla del hombre. Notas etnológicas acerca de la sexualidad y reproducción masculina entre los mayas” en Lerner S (edit) Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación: 193-221, COLMEX, México

Salles, Vania (1998) “Las familias, las culturas, las identidades (notas de trabajo para motivar una discusión)”; Vida Familiar y cultural contemporánea Pensar la cultura- CONACULTA: 79-119, México

Sánchez, Ángeles (2003) Mujeres maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México; UNAM- PUEG, UAM-X, México

Scott, Joan (1990) "El género una categoría útil para el análisis histórico", en James Amelang y Mary Nash, Historia y Género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea, Valencia, Alfons El Magnanim/Institución Valenciana D'Estudis I Investigación: 23-56, España

SISTA (1996) Ley General de Salud; México

Spar, Deborah (2008) [Sitio internet] “De dónde vienen los bebés: oferta y demanda en un mercado naciente” USA: Harvard Business Review América Latina [revisado 11 de febrero 2008] Disponible en

<http://www.hbral.com/shnoti.asp?noticia=2987&cuerpo=927&edicion=22&sitio=1>

Speroff, L., Glass, R y Kase, N (1999) "Assisted Reproduction" en Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility, Lippincott Williams & Williams (edits) , Sixth Edition Baltimore, Maryland: 1133-1145, USA

Strathern, Marilyn (1992) Reproducing the future. Anthropology, kinship and the New Reproductive Technologies, Routledge, New York, USA

The Danish Council of Ethics: Second Annual Report (1989) [sitio internet] Dinamarca: Annuals Reports [revisado el 23 de agosto de 2004] Disponible en <http://www.etiskraad.dk/sw299.asp>

Tubert, Silvia (1991) Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología; Siglo XXI de España

Turner, Bryan (1989) El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social; FCE, México

Vázquez, Rodolfo (2004) Del aborto a la clonación. Principios de una Bioética liberal; FCE, México

Venegas, Mar (2004) "Cuerpo, estética y poder ¿La consumación de simbolismo al servicio de la sumisión?" en Arriaga, Mercedes y cols. (edit) Sin carne: Representaciones y simulacros del cuerpo femenino: tecnología, comunicación y poder; ArCiBel, España

Yago Teresa, Segura Javier y Irazábal Emilio (1997) Infertilidad y reproducción asistida. Relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza, Biblioteca Nueva, Madrid, España

# ANEXO 1

## TERMINOS MÉDICOS

**Amenorrea:** Ausencia o suspensión de la menstruación; es normal antes de la pubertad, después de la menopausia y durante el embarazo y la lactancia; sinónimo: amenia.

**Aspermia:** Falta de secreción o secreción deficiente de esperma, ausencia de espermatozoides en el semen.

**Azoospermia:** Ausencia de espermatozoides en el semen.

**Disfunción:** Función anormal, inadecuada o deteriorada de un órgano o una parte (disfunción eréctil).

**Endometrosis:** Heterotopía de tejido endometrial.

**Histerolaparoscopia:** Incisión uterina a través de la pared abdominal; histerectomía abdominal.

**Histerosalpindografía:** Radiografía del útero y trompa de Falopio, previa inyección de sustancia opaca.

**Histeroscopia:** Inspección del útero utilizando un endoscopio especial.

**Infertilidad primaria:** Es cuando no tienen ningún hijo, pero tal vez sí embarazos que no han llegado a término.

**Infertilidad secundaria:** Se refiere a aquellas parejas que ya han tenido un hijo.

**Laparoscopia:** Examen endoscópico de la cavidad peritoneal, examen de la cavidad abdominal previa laparotomía (abertura de la pared abdominal).

**Permeabilidad:** La calidad de ser permeable; lo que puede ser atravesado. Estado de estar abierto libremente (permeabilidad tubaria).

**Salpingografía:** Radiografía de las trompas de Falopio, previa inyección de sustancia opaca.

## ANEXO 3

### HOJA DE ENVÍO REPRODUCCIÓN ASISTIDA PARA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL Y FERTILIZACIÓN IN VITRO

Nombre:

Edad (< 38 años):

Fecha:

Médico Responsable:

Diagnóstico detallado:

|   | SI * | NO * |
|---|------|------|
| Edad femenina < 38 años   |      |      |
| Edad masculino < 55   |      |      |
| Cérvix sano   |      |      |
| HIV, VDRL y antígeno hepatitis B negativos en la pareja   |      |      |
| TORCH sin patología   |      |      |
| Cultivo endocervical c/chlamydia y mycoplasma negativos   |      |      |
| Colpocitológico normal  |      |      |
| FSH día 3 del ciclo < 15 mUI/ml   |      |      |
| LH y Estradiol día 3 del ciclo  |      |      |
| PRL < 20 ng/ml  |      |      |
| TSH normal  |      |      |
| Ultrasonografía normal o con patología que no contraindique la gestación. En caso de miomas estos deben ser de pequeños elementos y no submucosos   |      |      |
| Cavidad uterina normal (HSGm Histerosonografía o Hsiteroscopia)   |      |      |
| Para IAH cuando menos una trompa permeable y útil para el procedimiento reproductivo.<br>a. Para IAH en caso de tratamiento quirúrgico de factor tubo-peritoneal o endometriosis, se requiere laparoscopia de 2ª mirada<br>b. En caso de FIVTE por factor tuboperitoneal irreversible sin hidrosalpinx, la laparoscopia puede no ser útil o indispensable |      |      |
| Factor masculino normal o tratado y dado de alta por la Coordinación de Andrología, con espermocultivo con chlamydia y mycoplasma negativos   |      |      |

\* Notas:

1. Para su envío se requiere respuesta afirmativa de cada rubro
2. Los exámenes de laboratorio y gabinete deberán estar dentro de su periodo de vigencia

## **ANEXO 4**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Infertilidad y Técnicas de Reproducción Asistida: Una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco**

El Instituto Nacional de Perinatología INPer y la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, están interesadas en hacer investigaciones que permitan comprender mejor las situaciones sobre la salud de las personas, tratando de comprender cómo viven las personas su salud y su enfermedad.

Consideramos que la percepción de las personas ante cualquier problemática es tan valiosa como la que el médico tenga de ella, por lo anterior lo que se intentamos es rescatar las distintas opiniones y experiencias que ustedes como usuarios tienen ante la problemática que están presentando.

La intención de la invitación a participar en éste proyecto de investigación es con el sentido de conocer más acerca de la visión de las personas en relación a un tema específico de salud como lo es la infertilidad. Consideramos que conocer los sentimientos, pensamientos y vivencias de las personas con éste problema para reproducirse, pueden ayudar a comprender mejor la situación y se espera poder utilizar los resultados de manera que pueda ofrecerse una atención más adecuada a las necesidades integrales de los y las usuarias. En ningún momento se juzga a nadie por su forma de pensar o de actuar ya que se trata de un trabajo científico que busca comprender conductas para tratar de ayudar a las personas, y que parte del respeto por la individualidad, los sentimientos y valores de los demás.

Este trabajo se llevará a cabo por personal calificado y entrenado, representado por la responsable del proyecto MC. Mayra Chávez Courtois, quien le pedirá que conteste un cuestionario con preguntas generales sobre usted, así como también entrevistas en profundidad, es decir, se tendrá una conversación amplia en las que se tratarán temas enfocados a su padecimiento de manera más detallada. Dichas entrevistas serán audiograbadas con el fin de poder capturar todo lo que se presente durante la entrevista, y no perder información que pueda ser importante en el momento de analizarla. Se aclara que dicho casete audiograbado, no se copiará y puede ser entregado, o bien ser destruido al final del estudio, si la o el participante lo solicita. Es importante aclararle que por ningún motivo se entregará el casete a ninguna persona ajena que no sea parte del equipo de trabajo. Toda la información se manejará confidencialmente, y sólo será escuchada o será leída por el equipo de trabajo, tampoco se le compartirá la información a la pareja de la o el entrevistado por fines de confidencialidad.

Cabe aclarar que la presente investigación tiene entre otros fines divulgar los resultados a través de artículos y tesis, sin embargo se le asegura que se va a respetar el anonimato de la persona (aunque no lo desee). En ningún caso se manejará su nombre verdadero y no se dará información que pueda revelar su identidad al exponer el caso.

Tal vez al momento de la entrevista puede resultar incómodo o doloroso, usted puede decidir no contestar y retirarse. Al final de las entrevistas se les proporcionará un listado de instituciones de apoyo psicológico para quien decida acudir, las cuotas de estos espacios terapéuticos son con base a un estudio socioeconómico, lo que garantiza que las cuotas no son elevadas; asimismo, si desea se les puede canalizar al departamento de psicología del propio INPer.

Tiene usted la libertad de decidir si participa o no, en el estudio y puede usted retirarse de la investigación en el momento en que lo desee (sólo se le pide que avise) y su decisión no afectará en ningún momento su atención presente o futura en el INPer.

Si tiene cualquier duda en cualquier momento puede llamar al teléfono:  
55-20-99-00 ext. 120 o 195 de las 9:30 a 16.:00 de lunes a viernes  
M. C. Mayra L. Chávez Courtois

Al firmar la presente carta, yo acepto que se me han explicado adecuadamente los objetivos, procedimientos y riesgo del proyecto.

Nombre:

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Testigos

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Relación con la o el participante: \_\_\_\_\_ Relación con la o el participante: \_\_\_\_\_

# ANEXO 5

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Infertilidad y Técnicas de Reproducción Asistida: Una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco**

Caso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Mujer: \_\_\_\_\_ Hombres: \_\_\_\_\_ Ambos: \_\_\_\_\_ Pareja: \_\_\_\_\_

Nombre (opcional):

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Residencia actual: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 6**

### **Instituciones de apoyo**

IFAC Instituto de la Familia  
Calle Jalisco # 8, Col. Atizapan San Ángel Álvaro Obregón  
Tel: 55-50-05-46 / 55-50-47-67

Clínica Anahuac  
Tel: 56-27-02-10 ext. 8495

Clínica APM Asociación Psicoanalítica Mexicana  
Tel: 55-96-00-09

AMPAG Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo  
Molinos del Campo #64 Col. San Miguel Chapultepec  
Tel: 55-15-10-41 / 52-73-74-01

ILEF Instituto Latinoamericano en Estudios de la Familia  
Av. México Coyoacán # 191 Col. Del Carmen Coyoacán  
Tel: 56-59-05-04 / 55-54-56-11

Consultorios Psicoterapéuticos  
Dra. Yadira Chávez Courtois  
Dretroit #9 7° Piso Despacho 702 Col. Nápoles  
Celular: 044-55-54-32-86-17

## Anexo 7

### GUIÓN PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD♦

**EGO: MUJER/ HOMBRE/PAREJA**

Me gustaría que me platicara cómo se ha sentido, que significa para usted el estar viviendo esta problemática de la infertilidad.

#### **Antes de ingresar al INPer**

Usted es la que quería embarazar o su pareja, o quién más: familia (madre, padre, hermanos...) amigos u otros = redes sociales

Por que se quería embarazarse, que representaba ser madre (qué edad tenía, a qué se dedicaba)

Desde cuándo tenía ganas de embarazarse

Después de cuánto tiempo de intentar el embarazo se dio cuenta que no podía consumarlo

Y Cuándo o en qué momento se dio cuenta que no podía embarazarse o lograr el embarazo, que pensó, cómo se sintió),

A qué se dedicaba en ese momento, edad tenía

Tuvo posibles intentos de embarazo

Qué significo para usted el saber que no podía embarazarse o lograr un embarazo

Qué significa para usted tener un hijo

Recuerda cómo percibía su cuerpo en ese momento

Como mujer cómo se sentía

Usted cree que la infertilidad o la esterilidad es cosa sólo de mujeres (profundizar considerando de base al género y cómo se entiende esto desde los grupos sociales: familia, amigos, compañeros de trabajo....)

Para usted qué es la infertilidad/esterilidad (más allá del argumento médico)

Ante lo anterior qué hizo

Acudió a tratamientos, remedios y a otros alternativas, con quién se dirigió (personas, grupos, centros...) y por qué de lo anterior (que pensó, cómo se sintió) antes de ingresar al INPer

---

♦ Dependiendo del Ego, el sentido de algunas preguntas variaron

## **Tiempo que transcurre entre este último momento y el ingreso al INPer**

### **Ingreso al INPer**

Qué la llevo a ingresar al INPer

Cómo ingreso al INPer

Ya al ingresar cómo se ha venido dando el proceso de atención, por qué circunstancias ha tenido que pasar (tratamientos, terapia..) para que le digan su diagnóstico (infertilidad o esterilidad)

### **Significados de la presencia de infertilidad**

Ya con el diagnóstico, usted qué piensa de la infertilidad o esterilidad:

Cree qué es una enfermedad, malestar, padecimiento, castigo....

Cómo podría definir su problemática

Por qué cree que se presente

Qué significa para usted haber sido diagnosticada como una persona con infertilidad

### **Tratamientos y Cuerpo**

En qué tipo de tratamientos ha estado, en qué consisten

Cómo se ha sentido y qué ha pensado al momento en que está en el proceso de tratamiento

Antes de entrar o practicar cierto tratamiento que le pasa por la mente, en qué se pone a pensar

Cómo percibe su cuerpo en el momento en que está pasando por el tratamiento, lo siente suyo o no

Cómo es tratado su cuerpo por los médicos y para usted qué significa ese trato

Siente dolor

Cómo podría describir ese dolor

Qué significa sentir ese dolor

Después del tratamiento cómo se percibe usted

Después del tratamiento cómo percibe su cuerpo

Qué significa para usted tener que pasar por tratamientos para poder embarazarse

Qué significa embarazarse por medio de tratamientos y no por medio de relaciones sexuales

Usted como mujer cómo se ve ante lo anterior

### **Relación médico - paciente**

Cómo se dirige el médico con usted

Existe plática entre ustedes en la consulta, la deja opinar o tomar decisiones sobre su padecimiento

Le explica lo que tiene y cómo es la explicación

Usted cómo actúa en el momento de la consulta: hace preguntas, comenta sus dudas, opina o sólo escucha

Después de la consulta cómo se siente

### **Significados desde el género**

En este momento considerando su problemática, lo que ha pasado y por lo que está pasando:

Qué significa para usted ser mujer

Qué significa ser madre

Qué significa como mujer no poder embarazarse por presentar infertilidad

Cómo se siente como mujer estar pasando esta situación

Hasta ahora cómo definiría su cuerpo después de haber pasado y estar pasando por cada una de las etapas de los distintos tratamientos

Qué implica tener cuerpo de mujer

Son diferentes las mujeres de los hombres

Qué es lo que nos hace diferentes

### **Contexto socioeconómico**

Considera que ha cambiado su vida a partir de que se entera que no puede embarazarse y empieza con los tratamientos, es decir cómo se han transformado las relaciones con su familia, pareja, trabajo, amigos ...Ellos que piensan o qué le dicen de lo que está pasando

Usted qué opina de lo anterior

Económicamente cómo les ha afectado

Laboralmente cómo les ha afectado

Qué significa para usted que la presencia de infertilidad y el someterse a los distintos tratamientos hayan modificado su vida

### **Pareja**

Ha cambiado su relación de pareja desde que se enteraron del diagnóstico de infertilidad: Cómo era antes, actualmente cómo es

Su vida sexual se ha modificado: Cómo era antes, actualmente cómo es

### **Otras alternativas**

Aparte de estar atendiendo en el INPer ha buscado otras soluciones o alternativas

¿Cuáles?

Hasta dónde le gustaría o está dispuesta a llegar con tal de ser madre

Ha pensado en la adopción, Porqué

Qué significaría para usted tener un hijo adoptivo

### **Concepción del embarazo**

¿Qué significaría estar para usted embarazada?

¿Conoce el proceso reproductivo?

¿Cómo describiría el proceso reproductivo?

¿Qué es la concepción?

¿Qué significa para usted la concepción?

## ANEXO 8

### Infertilidad y Técnicas de Reproducción Asistida: Una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco

#### Códigos y Definiciones operacionales

| Códigos                 | Definiciones Operacionales  |
|-------------------------|---|
| <b>Pre parj infert</b>  | <b>Previos momentos de la pareja infértil:</b><br><br>Narraciones que me den antecedentes claves de la pareja para conocer en qué momento se dieron cuenta de la falta de procreación, pues lo anterior podría hablar de indicios sobre su percepción sobre la reproducción. Por ejemplo: anticoncepción, planeación del embarazo, quien deseaba tener un hijo/a.   |
| <b>Sigpreinfert</b>     | <b>Significados de la presencia de la infertilidad:</b><br><br>Todos los significados sobre la presencia de la infertilidad, desde el momento en que se dan cuenta que no pueden embarazarse.   |
| <b>AntesINPer</b>       | <b>Atención médica y alternativa antes del ingresar al INPer:</b><br><br>Se refiere a aquellos servicios tanto alópatas como alternativos a los cuales asistieron antes de ingresar al INPer.   |
| <b>Creem Mág infert</b> | <b>Creencias mágicas y significados sobre la infertilidad:</b><br><br>Son todos los significados del porqué creen que se presenta la infertilidad en su caso particular, más allá de los argumentos biomédicos. Es decir, del por qué creen que no pueden embarazarse o llevar a término su embarazo en el caso de las parejas que han tenido eventos reproductivos. Por ejemplo: violencia física, castigo, prueba divina, presión laboral, contaminación, enfermedad, padecimiento. |
| <b>CreemMed</b>         | <b>Creencia Médicas</b><br><br>Son todos los significados que la pareja ha recibido del médico, dando explicación a su padecimiento más allá de los argumentos biomédicos. Es decir, dan los médico también dan respuestas mágico tradicionales.  |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Dx Alóp</b>        | <p><b>Diagnóstico Alópata</b></p> <p>Se refiere a las causas fisiológicas que refiere el médico para diagnosticar la presencia de la infertilidad. Por ejemplo: endometriosis, tropas no permeables, presencia de prolactina alta.</p>   |
| <b>TipTrmalóp</b>     | <p><b>Tipo de tratamiento Alópata:</b></p> <p>Se menciona el tipo de tratamiento y descripción de éstos, según la o el usuario.</p>  |
| <b>Dx Mágtrad</b>     | <p><b>Diagnóstico Mágico-Tradicional :</b></p> <p>Son las causas y explicaciones sobre el porqué las mujeres y hombres no pueden embarazarse según las personas que se dedican a dar atención tradicional. Por ejemplo: matriz fría, ovarios caídos, próstata encajada.</p>                                  |
| <b>TipTrmmagtrad</b>  | <p><b>Tipo de tratamiento Mágico-tradicional:</b></p> <p>Se menciona el tipo de tratamiento y descripción de éstos, según la o el usuario.</p>   |
| <b>SolucMágTrad</b>   | <p><b>Soluciones Mágico –tradicionales:</b></p> <p>Son todas aquellas soluciones que proporciona la medicina alternativa para lograr el embarazo. Por ejemplo: Sobadas, baños de temascal, limpias, tés, etcétera.</p>   |
| <b>Neginfert</b>      | <p><b>Negación de la infertilidad:</b></p> <p>Son todos los argumentos que expresan del porqué no aceptan el diagnóstico de infertilidad, sobre todo en el caso de las parejas que han tenido eventos reproductivos. Por ejemplo. Incompetencia del personal médico, es sólo una prueba divina temporal.</p> |
| <b>CuerpoGénident</b> | <p><b>Cuerpo Genérico:</b></p> <p>Son todos los sentires, significados de mujeres y hombres a través de su cuerpo. Las percepciones pueden ser biológicas, vivenciales, etcétera.</p>  |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <p><b>Cuerpo-muj<br/>Trmalóp</b></p>  | <p><b>Percepciones sobre el cuerpo mujer en tratamiento alópata:</b></p> <p>Se refiere a las percepciones, sentires, pensamientos, significados que construye la mujer sobre el trato a su cuerpo en el momento del tratamiento alópata. Por ejemplo: espacio de experimento, que no les pertenece, sólo observado y no atendido, maltratado. Para tener un panorama más claro se consideran las descripciones de los tratamientos pues los procedimientos son diferentes, y tal vez influye en la construcción de significados. Algunos tratamientos son: tratamiento hormonal (pastillas, inyecciones) calendarización de relaciones sexuales, Inseminación Artificial, Fertilización In Vitro.</p> |
| <p><b>Cuerpo-muj<br/>Estdalóp</b></p> | <p><b>Percepciones sobre el cuerpo mujer estudio alópata:</b></p> <p>Se refiere a las percepciones, sentires, pensamientos, significados que construye la mujer sobre el trato a su cuerpo en el momento del estudio alópata. Por ejemplo: espacio de experimento, que no les pertenece, sólo observado y no atendido, maltratado. Para tener un panorama más claro se consideran las descripciones de los estudios pues los procedimientos son diferentes, y tal vez influye en la construcción de significados. Algunos estudios son: Laparoscopia, Iconografías, Progesterona, Histerosalpingografía, Sonografía.</p>  |
| <p><b>Cuerpo-hom<br/>Trmalóp</b></p>  | <p><b>Percepciones sobre el cuerpo hombre tratamiento alópata:</b></p> <p>Se refiere a las percepciones, sentires, pensamientos, significados que construye el hombre sobre el trato a su cuerpo en el momento del tratamiento alópata. En el caso del hombre normalmente en la primera consulta es cuando existe una relación real entre el médico y su cuerpo. Comúnmente los tratamientos son a base de medicamentos.</p>  |
| <p><b>Cuerpo-hom<br/>Estdalóp</b></p> | <p><b>Percepciones sobre el cuerpo hombre estudio alópata:</b></p> <p>Se refiere a las percepciones, sentires, pensamientos, significados que construye el hombre sobre el trato a su cuerpo en el momento del estudio alópata. El estudio frecuente es la Espermatobioscopia.</p>  |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Cuerpomuj<br/>TrmMágTrad</b>  | <p><b>Percepciones sobre cuerpo mujer tratamiento mágico-tradicional:</b></p> <p>Se refiere a las percepciones, sentires, pensamientos, significados que construye la mujer sobre el trato a su cuerpo en el momento del tratamiento mágico-tradicional. Por ejemplo: espacio de experimento, que no les pertenece, sólo observado y no atendido, maltratado. Para tener un panorama más claro se consideran las descripciones de los tratamientos pues los procedimientos son diferentes, y tal vez influye en la construcción de significados. Algunos tratamientos son: sobarse, tés, iriología, baños de asiento, gotas, homeopatía.</p>      |
| <b>Cuerpohom<br/>TrmMágTrad</b>  | <p><b>Percepciones sobre el cuerpo hombre tratamiento mágico-tradicional:</b></p> <p>Se refiere a las percepciones, sentires, pensamientos, significados que construye el hombre sobre el trato a su cuerpo en el momento del tratamiento mágico-tradicional. Por ejemplo: espacio de experimento, que no les pertenece, sólo observado y no atendido, maltratado. Para tener un panorama más claro se consideran las descripciones de los tratamientos pues los procedimientos son diferentes, y tal vez influye en la construcción de significados. Algunos tratamientos son: sobarse, tés, iriología, baños de asiento, gotas, homeopatía.</p> |
| <b>DolorVivmuj</b>               | <p><b>Sentires por la presencia del diagnóstico:</b></p> <p>Son todos aquellos sentires y emociones de la mujer por la presencia de la infertilidad, es decir, son aquellos dolores No físicos que les provoca el diagnóstico de infertilidad.</p>  |
| <b>DolorVivhom</b>               | <p><b>Sentires por la presencia del diagnóstico:</b></p> <p>Son todos aquellos sentires y emociones del hombre por la presencia de la infertilidad, es decir, son aquellos dolores No físicos que les provoca el diagnóstico de infertilidad.</p>   |
| <b>DolorFiscmuj-<br/>Trmalóp</b> | <p><b>Percepciones dolor físico de la mujer en tratamiento alópata:</b></p> <p>Se refiere a la descripción, al significado y lo que implica el dolor físico durante el tratamiento como búsqueda a la fertilidad. Por ejemplo: ardor, fuerte, leve.</p>   |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>DolorVivmuj<br/>Trmalóp</b>      | <p><b>Percepciones dolor viviente de la mujer en tratamiento alópata:</b></p> <p>Se refiera a la significación del dolor más allá del físico. Por ejemplo: Falsas esperanzas en los resultados del tratamiento, tortura, impotencia, sacrificio, esperanza.</p>  |
| <b>DolorFíschom-<br/>Trmalóp</b>    | <p><b>Percepciones dolor físico en el hombre en tratamiento alópata:</b></p> <p>Se refiere a la descripción, al significado y lo que implica el dolor físico durante el tratamiento como búsqueda a la fertilidad. Por ejemplo: ardor, fuerte, leve.</p>   |
| <b>DolorVivhom<br/>Trmalóp</b>      | <p><b>Percepciones dolor viviente en el hombre en tratamiento alópata:</b></p> <p>Se refiera a la significación del dolor más allá del físico y lo que implica como búsqueda de la fertilidad. Por ejemplo: Falsas esperanzas en los resultados del tratamiento, tortura, impotencia, sacrificio, esperanza.</p> |
| <b>DolorFíschomuj<br/>Estudalóp</b> | <p><b>Percepciones dolor físico de la mujer en estudio alópata:</b></p> <p>Se refiere a la descripción, al significado y lo que implica el dolor físico durante el tratamiento como búsqueda a la fertilidad. Por ejemplo: ardor, fuerte, leve.</p>  |
| <b>DolorVivmuj<br/>Estudalóp</b>    | <p><b>Percepciones dolor viviente de la mujer en estudio alópata:</b></p> <p>Se refiera a la significación del dolor más allá del físico. Por ejemplo: Falsas esperanzas en los resultados del tratamiento, tortura, impotencia, sacrificio, esperanza, sacrificio, esperanza.</p>                               |
| <b>DolorFíschom<br/>Estudalóp</b>   | <p><b>Percepciones dolor físico en el hombre en estudio alópata:</b></p> <p>Se refiere a la descripción, al significado y lo que implica el dolor físico durante el tratamiento como búsqueda a la fertilidad. Por ejemplo: ardor, fuerte, leve.</p>   |
| <b>DolorVivhom<br/>Estudalóp</b>    | <p><b>Percepciones dolor viviente en el hombre en estudio alópata:</b></p> <p>Se refiera a la significación del dolor más allá del físico. Por ejemplo: Falsas esperanzas en los resultados del tratamiento, tortura, impotencia, sacrificio, esperanza.</p>   |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>DolorFíscmuj<br/>Mágtrad</b> | <b>Percepciones dolor físico mujer tratamiento mágico-tradicionales:</b><br><br>Se refiere a la descripción, al significado y lo que implica el dolor físico durante el tratamiento como búsqueda a la fertilidad. Por ejemplo: ardor, fuerte, leve.  |
| <b>DolorVivmuj<br/>Mágtrad</b>  | <b>Percepciones dolor viviente mujer tratamiento mágico-tradicionales:</b><br><br>Se refiera a la significación del dolor más allá del físico. Por ejemplo: Falsas esperanzas en los resultados del tratamiento, tortura, impotencia, sacrificio, esperanza.  |
| <b>DolorFíschom<br/>Mágtrad</b> | <b>Percepciones dolor físico hombre tratamiento mágico-tradicionales:</b><br><br>Se refiere a la descripción, al significado y lo que implica el dolor físico durante el tratamiento como búsqueda a la fertilidad. Por ejemplo: ardor, fuerte, leve.   |
| <b>DolorVivhom<br/>Mágtrad</b>  | <b>Percepciones dolor viviente hombre Tratamiento mágico-tradicionales:</b><br><br>Se refiera a la significación del dolor más allá del físico. Por ejemplo: Falsas esperanzas en los resultados del tratamiento, tortura, impotencia, sacrificio, esperanza.   |
| <b>Ser Mujer</b>                | <b>Significados de Ser Mujer:</b><br><br>Interpretaciones y características que la mujer considera para expresar lo que implica ser mujer. Por ejemplo: se madre, ternura, debilidad, fortaleza, etcétera   |
| <b>Ser Mujerinfert</b>          | <b>Significados de Ser Mujer Infértil:</b><br><br>Percepciones y significados que las mujeres construyen sobre sí mismas a partir de ser diagnosticadas con infertilidad. Lo anterior las lleva a resignificar el contenido sociocultural de ser mujer. Por ejemplo: Estar seca, incompleta, defectuosa, frustración. |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Ser Hombre</b>           | <p><b>Significados de Ser Hombre:</b></p> <p>Interpretaciones y características que el hombre considera para expresar lo que implica ser mujer. Por ejemplo: Fortaleza, responsable, reproductor, proveedor, etcétera</p>   |
| <b>Ser Hominfert</b>        | <p><b>Significados de Ser Hombre Infértil:</b></p> <p>Percepciones y significados que las mujeres construyen sobre sí mismas a partir de ser diagnosticadas con infertilidad. Lo anterior las lleva a resignificar el contenido sociocultural de ser mujer. Por ejemplo: Estar seco, vacío, falta de virilidad.</p> |
| <b>PercOtrogenmuj</b>       | <p><b>Significados hacia el otro:</b></p> <p>Se refiere a cómo se percibe la vivencia de la pareja, es decir, la mujer cómo cree que su pareja vive la presencia de la infertilidad.</p>  |
| <b>PercOtrogenhom</b>       | <p><b>Significados hacia la otra:</b></p> <p>Se refiere a cómo se percibe la vivencia de la pareja, es decir, el hombre cómo cree que su pareja vive la presencia de la infertilidad.</p>   |
| <b>Sometmuj Trmalóp</b>     | <p><b>Significados al someterse tratamientos alópatas:</b></p> <p>Significados que construye la mujer sobre lo que implica someterse a distintos tratamientos con tal de lograr la procreación. Por ejemplo: Sacrificio, satisfacción, prueba divina, incertidumbre, ilusión de tener un hijo/a.</p>                |
| <b>Somethom Trmalóp</b>     | <p><b>Significados al someterse tratamientos alópatas:</b></p> <p>Significados que construye el hombre sobre lo que implica someterse a distintos tratamientos con tal de lograr la procreación. Por ejemplo: Sacrificio, satisfacción, prueba divina, incertidumbre, ilusión de tener un hijo/a.</p>               |
| <b>Sometmuj Trm Mágtrad</b> | <p><b>Significados al someterse tratamientos mágico-tradicionales:</b></p> <p>Significados que construye la mujer sobre lo que implica someterse a distintos tratamientos con tal de lograr la procreación. Por ejemplo: Sacrificio, satisfacción, prueba divina, incertidumbre, ilusión de tener un hijo/a.</p>    |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Somethom Trm<br/>Mágtrad</b> | <p><b>Significados al someterse tratamientos mágico-tradicionales:</b></p> <p>Significados que construye el hombre sobre lo que implica someterse a distintos tratamientos con tal de lograr la procreación. Por ejemplo: Sacrificio, satisfacción, prueba divina, incertidumbre, ilusión de tener un hijo/a.</p>                 |
| <b>Consumo trm</b>              | <p><b>Continuidad o suspensión de tratamientos:</b></p> <p>Hace referencia a la decisión y el contenido de continuar o no con tratamientos, ya sean alópatas o mágico-tradicionales.</p>  |
| <b>Maternidad</b>               | <p><b>Significados sobre maternidad:</b></p> <p>Percepciones y características que ellas consideran sobre lo que implica ser madre.</p>   |
| <b>Paternidad</b>               | <p><b>Significados sobre paternidad:</b></p> <p>Percepciones y características que ellos consideran sobre lo que implica ser padre.</p>   |
| <b>Hijo/a</b>                   | <p><b>Significados sobre la presencia de un hijo/a:</b></p> <p>Los distintos significados de lo que implicaría tener un hijo/a tanto de la mujeres como de lo hombre.</p>   |
| <b>Cambios pareja</b>           | <p><b>Cambios en la pareja:</b></p> <p>Narraciones de los cambios de la pareja que ella o él perciben en el momento de enterarse sobre el diagnóstico de infertilidad, al ingresar a los estudios o tratamiento. Por ejemplo: infidelidad, aislamiento, poco interés por la pareja, cansancio de la frustración de la pareja.</p> |
| <b>Pareja</b>                   | <p><b>Significados de la pareja:</b></p> <p>Las implicaciones y significados de lo que representa la pareja en su vida.</p>   |
| <b>Rel médico-usuario</b>       | <p><b>Relación médico-usuario/a:</b></p> <p>Narraciones sobre los sentimientos y significados que construyen las y los usuarios al momento de la consulta, no sólo se refiere al trato por parte del personal médico, sino también al cómo ellas o ellos perciben al momento de ser atendidas.</p>                                |

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Presión social</b>  | <p><b>Presión social maternidad – paternidad:</b></p> <p>Narraciones de las vivencias por las cuales han pasado respecto a la presión social por la falta de la presencia del hijo/a. Así como los sentires y significados que van construyendo sobre sí mismos como consecuencia de la presión de las personas que lo rodean, en especial de la familia y amigos. También las “nuevas” formas de convivencia que han tenido que construir.</p>                             |
| <b>Reperc labor</b>    | <p><b>Repercusiones laborales:</b></p> <p>Narraciones sobre las distintas circunstancias por las cuales han tenido que pasar en el ámbito laboral a partir de que ingresan al INPer, pues comúnmente la hora de las citas se empalman con el horario laboral. Por ejemplo: Incapacidades, permisos, días económicos, abandonar el trabajo.</p>  |
| <b>Reperc econ</b>     | <p><b>Repercusiones económicas:</b></p> <p>Narraciones sobre cómo les ha afectado la parte económica, asimismo cómo le han hecho para solventar los gastos al ingresar al INPer, pues algunos tratamientos y estudios no son muy accesible, en especial para las parejas que se encuentran en tratamientos de reproducción asistida. Por ejemplo: abstenciones en compra de ropa, vacaciones, trabajos extra, conformación de redes de apoyo (familia, amigos, tandas).</p> |
| <b>Maternidad TRA</b>  | <p><b>Significados de la maternidad y TRA:</b></p> <p>Percepciones, características y significados que ellas consideran sobre lo que implica ser madre a través de las Técnicas de Reproducción Asistida.</p>   |
| <b>Paternidad TRA</b>  | <p><b>Significados de la Paternidad y TRA:</b></p> <p>Percepciones, características y significados que ellos consideran sobre lo que implica ser padre a través de las Técnicas de Reproducción Asistida.</p>   |
| <b>Maternidad Adop</b> | <p><b>Significados de la maternidad y Adopción:</b></p> <p>Percepciones, características y significados que ellas consideran sobre lo que implica ser madre a través de la Adopción.</p>  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Paternidad TRA</b>     | <p><b>Significados de la paternidad y adopción:</b></p> <p>Percepciones, características y significados que ellos consideran sobre lo que implica ser padre a través de la adopción.</p>   |
| <b>Maternidad Otrsolu</b> | <p><b>Significados de la maternidad y Otras soluciones:</b></p> <p>Percepciones, características y significados que ellas consideran sobre lo que implica ser madre a través de otras opciones. Por ejemplo: regalo de un hijo/a, contrato de madre subrogada.</p> |
| <b>Paternidad Otrsolu</b> | <p><b>Significados de la paternidad y Otras soluciones:</b></p> <p>Percepciones, características y significados que ellos consideran sobre lo que implica ser padre a través de otras opciones. Por ejemplo: regalo de un hijo/a, contrato de madre subrogada.</p> |
| <b>Familia</b>            | <p><b>Ser Familia:</b></p> <p>Las diversas maneras de entender y definir lo qué es ser una Familia.</p>  |
| <b>DemInst</b>            | <p><b>Demandas Institucionales:</b></p> <p>Todas aquellas exigencias y demandas por parte de las y los usuarios a la institución de salud.</p>   |



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS

**Infertilidad y Técnicas de Reproducción Asistida: Una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco**

Mayra Lilia Chávez Courtois

Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas

Directora: Dra. María Eugenia Olavarría Patiño

Asesoras: Dra. Dafna Feinholz Klip  
Dra. Antonella Fagetti Spedicato



México, DF.

Octubre, 2008