



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

***“Simbolismos de la genética entre usuarios de Técnicas de Reproducción
Asistida en una Institución de Salud Pública: INPer.”***

Trabajo terminal

que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de

Trabajo de Investigación Etnográfica Aprox. Explicativa y Análisis Explicativo III

y obtener el título de

LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

presenta

Susana Guadalupe Rico Rosales

Matrícula No. 2123046802

Comité de Investigación:

Directora: Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois

Asesoras: Dra. María Eugenia Olavarría Patiño

Dr. Héctor Daniel Guillén Rauda

México, D.F.

Julio 2016

Esta tesis se realizó en el marco del proyecto *Parentescos en el espejo. Diversidad y desigualdad en el contexto mexicano contemporáneo* UAM/CEMCA bajo la responsabilidad de M. Eugenia Olavarría y Françoise Lestage con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (proyecto CONACyT núm. CB - 2014 - 236622).

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a cada uno de mis informantes, así mismo a todas las personas que se encuentran en la búsqueda de un hijo, esperando que pronto cumplan su anhelo.

A mi pequeño Ethan quien me acompañó en esta aventura.

Agradecimientos

Agradezco a los profesores que fueron parte de mi formación académica. En especial a la Dra. Mayra, Dra. Maru y el Dr. Héctor quienes me brindaron su apoyo incondicional y me compartieron un poco de su conocimiento durante toda la investigación.

A cada uno de mis informantes, que me compartieron tiempo, experiencias y su historia de vida, ya que sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

A mis padres que me guiaron durante todo este camino, que creyeron en mí y me dieron la oportunidad de estudiar una carrera universitaria. A mi hermana Olga quien siempre me dio ánimos en las adversidades. A mi hermana Sandy que sin pensarlo se convirtió en una más de mis lectoras.

A Oscar, mi compañero de vida, quien me brindó su apoyo durante este trayecto. Pero sobre todo a mi hijo Said quien fue mi compañero, motivo, inspiración y fuerza durante estos dos años juntos.

A todos ellos MUCHAS GRACIAS!!!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1 Contexto.....	7
1.1 Metodología y Objeto	7
1. 1. 1 Planteamiento del problema	7
1. 1. 2 Justificación	7
1. 1. 3 Objetivos	8
1. 1. 4 Hipótesis	8
1. 1. 5 Con fines para la investigación.	9
1.2 Contexto del trabajo de campo	9
Capítulo 2 Presentación de los actores.....	17
1. 1 Ingreso al INPer.....	17
1. 2 Tratamientos.....	19
2. 2. 1 Inducción a la ovulación	19
2. 2. 2 Inseminación Artificial Homóloga (IAH).....	20
2. 2. 3 Inseminación Artificial con semen de donante (IAD).....	21
2. 2. 4 Fertilización In Vitro (FIV)	21
2. 3 Presentación de las historias de vida	22
2. 3. 1 Liz	23
2. 3. 2 Lorena.....	24
2. 3. 3 Lulú	25
2. 3. 4 Xóchitl y Pablo	26
2. 3. 5 Laura y Alberto.....	27
2. 3. 6 Leticia y Armando	28
2. 3. 7 Angélica y Francisco.....	29
Capítulo 3 Las Técnicas de Reproducción Asistida en la construcción de vínculos de parentesco.....	31
3. 1 La perspectiva de género.....	36
3. 2 Representaciones simbólicas de la transmisión genética.	42
3. 3 ¿Cómo se comprende el hijo propio?	45
3. 3. 1 ¿Por qué no adoptar?	48
Capítulo 4 Los discursos en torno a las Técnicas de Reproducción Asistida.....	50
Conclusiones.....	55

Bibliografía	61
ANEXOS	64

INTRODUCCIÓN

Actualmente en la Ciudad de México no se cuenta con una regulación en torno a las Técnicas de Reproducción Asistida, es bien sabido que en esta entidad se cuenta con varias clínicas de Reproducción Asistida (TRA), nacionales e internacionales, así mismo se cuenta con algunas Instituciones de Salud Pública en donde se brinda este servicio.

Las TRA han traído consigo diversos problemas éticos, jurídicos y sociales, cómo la selección de sexo y características físicas, el comercio de cuerpos, células y órganos, la necesidad de una regulación sobre éstas y la manera en la que se entiende la filiación, la cual ya no puede estar sólo basada en el aporte del material genético y/o el parto. Pocos son los estudios que se han realizado sobre los dilemas éticos de las TRA en la Ciudad de México (Olavarría: 2002) (Chávez: 2011) (Perujo: 2013).

La presente investigación consiste en la descripción y el análisis de 7 estudios de caso de pacientes con diagnóstico de infertilidad en una Institución de Salud Pública, el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" (INPerIER), es una Institución de Salud Federal, perteneciente a la Coordinación Nacional de los Institutos de Salud y Hospitales de Alta especialidad de la Secretaría de Salud.

Con excepción de una pareja que se atendió en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza, perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El objetivo general de la presente es: conocer cómo se construye la filiación a partir de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), e indagar que simboliza la transmisión genética en este proceso. Esperando encontrar tres factores para dicha construcción, lo genético, lo biológico y lo social.

Esta investigación forma parte del proyecto *Parentescos en el espejo. Diversidad y desigualdad en el contexto mexicano contemporáneo* UAM/CEMCA bajo la responsabilidad de M. Eugenia Olavarría y Françoise Lestage con el apoyo del

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (proyecto CONACyT núm. CB - 2014 - 236622).

Su desarrollo se encuentra en el contexto urbano de la Ciudad de México. En esta entidad se realizó trabajo de campo en el Instituto. Este consistió en observaciones participantes en consultas de infertilidad, entrevistas a profundidad con usuarios y usuarias de TRA. Pláticas con personal médico del Instituto y una trabajadora social. Además de asistir a pláticas informativas, un foro de análisis sobre las TRA y un curso sobre responsabilidad ética con el no nacido, realizado en el INPer.

El ingreso al Instituto Nacional de Perinatología como tesista, se me permitió gracias al apoyo de la Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois quien es investigadora del mismo. Ella me contactó con el Dr. Julio de la Jara, subdirector de la Dirección de Reproducción Asistida, quien al mismo tiempo nos contactó con la Dra. Patricia Aguayo; quien es coordinadora de infertilidad. Ella me presentó con los doctores residentes y adscritos, quienes me permitieron estar en las consultas de infertilidad.

En el trabajo de campo consulté a usuarios y usuarias de TRA captando a 23 mujeres y 5 hombres, la mayoría con diagnóstico de infertilidad. Realicé 7 entrevistas a profundidad, de las cuales 4 son en pareja.

Es importante mencionar que a una de las parejas la contacté por fuera del Instituto. Ellos se atendieron en el Hospital General Ignacio Zaragoza del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), durante un año, actualmente se atienden con un ginecólogo particular.

Las entrevistas fueron hechas con guía previamente elaborada, éstas se encuentran grabadas, en algunas de ellas se cuenta con notas complementarias. Las pláticas con el personal médico y la trabajadora social se encuentran redactadas en notas complementarias. A cada uno de los informantes se le entregó una carta de consentimiento informado, en donde se detalló los fines de la información proporcionada y la explicación de la presente investigación, así como

el nombre de las Instituciones encargadas de la misma. También se les garantiza el anonimato, por lo cual se usó seudónimos en cada uno de los informantes

Después de la realización de las entrevistas se hizo la transcripción de éstas, y posteriormente el análisis de la información. Para la sistematización de la información se utilizó el programa Atlas Ti versión 6, para lo cual se crearon diversos comandos. Además se buscó bibliografía sobre el tema aquí abordado, las TRA. Para complementar la información en la discusión, se asistió a eventos académicos de reflexión como un foro de análisis sobre maternidad subrogada, un curso sobre la responsabilidad ética ante el no nacido y una plática informativa sobre TRA con un médico especialista en este tema.

Este texto consta de 4 capítulos, el capítulo 1 *Contexto*, capítulo 2 *Presentación de los actores*, capítulo 3 *Las TRA en la construcción de vínculos de parentesco*, y el 4 *Los discursos en torno a las Técnicas de Reproducción Asistida*.

En el primer capítulo se encuentra la descripción del contexto en el que se realizó la investigación, así como el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, metodología y finalmente el contexto del trabajo de campo de ésta. Es decir el Instituto Nacional de Perinatología.

Primero se hizo una pequeña descripción del Instituto, los servicios y tratamientos que brinda. Posteriormente se presenta la descripción de los requisitos que pide para prestar el servicio y el proceso de la atención. Finalmente se mencionan algunos costos de estudios y tratamientos de Reproducción Asistida.

El segundo capítulo tiene como finalidad la presentación de los actores que intervinieron en la investigación, partiendo de lo más general a lo más específico. Considero al INPer como un actor que permea en la reproducción de las personas, debido a la serie de requisitos que pide para obtener el servicio, los cuáles se describen en el capítulo anterior.

El primer apartado consiste en una pequeña descripción del ingreso de los pacientes al INPer, los requisitos a cubrir y el procedimiento de la atención médica, así como la dinámica en las consultas de primera vez y subsecuentes.

Posteriormente se explica brevemente en qué consisten algunas TRA que se realizan en el Instituto y de las cuales los informantes ya han hecho uso o se encontraban en esperar de alguna, en algunos casos, la primera.

Finalmente se encuentra la descripción de las historias de vida de los informantes. Plasmé los aspectos que consideré más significativos para esta investigación, por ejemplo sus datos personales, historia de la vida reproductiva y la historia clínica.

El tercer capítulo aborda los factores que intervienen para la construcción de vínculos de parentesco en las TRA, desde la voz de los usuarios entrevistados, quienes deciden qué papel juega lo genético, lo biológico y lo social en la construcción de filiación.

Para el análisis de los datos en este capítulo se utilizó el concepto de *moralidad del parentesco*, propuesta por Joan Bestard (2004). Así mismo, considerando lo contestado por los informantes resulta necesario apoyarse en el concepto de parentalidad, recuperando algunas ideas que Claude Martin menciona en su artículo *La parentalidad: controversias en torno de un problema público* (2003). Además se analiza lo que significa ser padre y madre para el grupo de informantes de esta investigación.

El segundo apartado de este capítulo tiene como finalidad mostrar cómo se vive el proceso de los tratamientos de Reproducción Asistida para un hombre y para una mujer. Para este estudio es de vital importancia hablar de género, ya que los tratamientos de Reproducción Asistida se vive y se significan de diferente manera dependiendo de si se es hombre o mujer.

Además no debemos olvidar que vivimos en una sociedad en donde la dominación masculina está impresa, y la subordinación femenina es evidente en todos los ámbitos político, económico y simbólico (Héritier: 1991). Después se hará la reflexión de lo que significa el embarazo para concebirse como padre o madre y lo que significa un hijo propio para un hombre y para una mujer.

La siguiente sección pretende dar a conocer el papel que juega la genética en la construcción de filiación. En la próxima parte se describe cómo se construye un

hijo propio para el grupo de informantes y el análisis de los factores que influyen en dicha construcción.

En el último apartado se hace una pequeña reflexión sobre la alternativa de adopción vinculada a la búsqueda de descendencia. Debido a los largos procesos o trámites así como requisitos, los factores genéticos y los prejuicios en torno a la adopción, ésta para la mayoría de los casos analizados se toma como la última alternativa.

Lo más sobresaliente de este capítulo es que la filiación está construida principalmente por dos factores lo genético y lo social, o lo biológico y lo social, en dónde lo social no se pone en duda. La perspectiva de género permea en la experiencia de los tratamientos de Reproducción Asistida, la concepción de lo maternidad y paternidad y la percepción del hijo propio, en dónde se busca cumplir con los roles de género impuestos.

El cuarto capítulo pretende analizar los discursos que rodean a las TRA, desde el personal médico que las realizan, el trabajo social, quien es el encargado de otorgar el servicio a los pacientes dentro del Instituto Nacional de Perinatología. Y por último las y los usuarios con y sin diagnóstico de infertilidad.

Lo más significativo de este capítulo es que en estos discursos se pueden observar, juicios de valor, opiniones personales, significados culturales y experiencias en torno a las Técnicas de Reproducción Asistida entre los participantes de éstas, personal médico jurídico y usuarios.

Finalmente se presentan las conclusiones de esta investigación, así como tres anexos, el primero anexo consiste en un glosario de términos médicos utilizados en la redacción de esta investigación, así como en las narrativas de los informantes.

El segundo anexo muestra la carta de consentimiento informado entregada a los informantes. El último consiste en los formatos que se les brindan a los pacientes para comprobar que no son derechohabientes de otra institución, la documentación a presentar y un cuestionario sobre violencia familiar.

Realizar esta investigación me permitió iniciar como investigadora aprendiendo a realizar trabajo de campo, análisis de información y la redacción de los resultados obtenidos en el proceso. Al mismo tiempo me abrió el camino dándome las herramientas para continuar y abrir nuevas líneas de investigación, la oportunidad de realizar ponencias explicando los objetivos en los que consistía el análisis y recibiendo comentarios para la mejora de este trabajo. Tengo claro que este es el inicio de mi carrera como investigadora.

Capítulo 1 Contexto

1.1 Metodología y Objeto

1. 1. 1 Planteamiento del problema

A partir de la aparición de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), se han planteado muchos problemas éticos en la medicina, como el comercio de cuerpos, células y órganos. Uno de estos problemas éticos es la construcción de la filiación ya que dio un giro, debido a que ésta no podía estar sólo basada en hechos biológicos, como el embarazo o la aportación de material genético, ya que comenzaron a intervenir otros factores para la construcción de la filiación.

Debido a que éstas tienen varias opciones para la búsqueda de la descendencia, como la donación de gametos y gestación subrogada en dónde se replantea cómo se construye la filiación cuando no se comparte material genético con los hijos, o una mujer no gesta ni paré a su bebé, ya que la intervención clínica desplaza los hechos naturales de la reproducción (Bestard: 2004), hechos que anteriormente no se cuestionaban.

El tener un diagnóstico de infertilidad hace que los sujetos busquen otras alternativas para lograr tener descendencia, siendo las TRA una de las opciones a las que recurren frecuentemente la personas con diagnóstico de infertilidad, debido a los beneficios que éstas les brindan.

1. 1. 2 Justificación

“Si la filiación (el reconocimiento social de un individuo como perteneciente a un grupo) es uno de los puntos centrales alrededor de los cuales se construyen los sistemas de parentesco” (Fox: 1980, 30 en Perujo: 2013). Por este motivo considero que es de suma importancia estudiar la construcción de filiación a partir de las TRA, debido a que éstas modifican la forma en la que se había venido construyendo.

La poca información académica que existen sobre TRA en la Ciudad de México (Olavarría: 2002) (Chávez: 2011) (Perujo: 2013) muestra la importancia de

estudiar, entre otras, la construcción de la filiación en las TRA, la necesidad de una regulación en torno a las TRA y la importancia de dar la voz a los usuarios de TRA para conocer como construyen vínculos de parentesco a partir de éstas, así como las deficiencias que se puedan encontrar en la búsqueda de descendencia a través de dichas técnicas.

Por esto considero que es importante estudiar cómo se construye la filiación, que representa la genética, cómo se viven las experiencias de tratamientos en Reproducción Asistida, así como los discursos que se dan en torno a éstas.

Justificación personal

El interés por estudiar las representaciones simbólicas de la genética, es por curiosidad de saber por qué las parejas buscan a toda costa hijos con su mismo material genético y no buscan una adopción, porque se empeñan en traer más niños al mundo cuando hay muchos esperando en albergues y casa hogar, una familia que pueda cubrir sus necesidades básicas.

1. 1. 3 Objetivos

Objetivo general

- Conocer cómo se construye la filiación a partir de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), e indagar que simboliza la transmisión genética en este proceso.

Objetivos específicos

- Explicar la representación socio-cultural de la genética para los usuarios de TRA
- Explorar que elementos intervienen para la construcción de filiación en usuarios de TRA.

1. 1. 4 Hipótesis

La filiación en las TRA se construye con tres elementos, lo genético, lo biológico y lo social. Estos pueden estar relacionados entre sí, o carecer de uno.

La transmisión de la genética sigue siendo de vital importancia para la búsqueda de descendencia, ya que con ésta se garantiza que los hijos son exclusivos de la pareja.

1. 1. 5 Con fines para la investigación.

El ingreso al Instituto Nacional de Perinatología como tesista, se me permitió gracias al apoyo de la Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois quien es investigadora del mismo. Ella me contactó con el Dr. Julio de la Jara, subdirector de la Dirección de Reproducción Asistida, quien al mismo tiempo nos contactó con la Dra. Patricia Aguayo; quien es coordinadora de infertilidad. Ella me presentó con los doctores residentes y adscritos, quienes nos permitieron estar en las consultas de infertilidad.

En el trabajo de campo consulté a usuarios y usuarias de Técnicas de Reproducción Asistida captando a 23 mujeres y 4 hombres con diagnóstico de infertilidad. Realicé 7 entrevistas a profundidad, de las cuales 4 son en pareja. Teniendo una duración aproximada de 30 minutos.

Es importante mencionar que a una de las parejas la contacté por fuera del Instituto. Ellos se atendieron en el Hospital General Ignacio Zaragoza del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), durante un año, actualmente se atienden con un ginecólogo particular.

La captura de pacientes se realizó en las consultas de infertilidad dentro del INPer, saliendo de la consulta me acercaba a las pacientes y les hacía la invitación a participar en el proyecto, les explicaba en qué consistía su participación, que era voluntaria, qué fin tendría la información que me proporcionarían, que la invitación también era para su pareja, y que en caso de no querer participar no se veía afectado su servicio dentro del Instituto

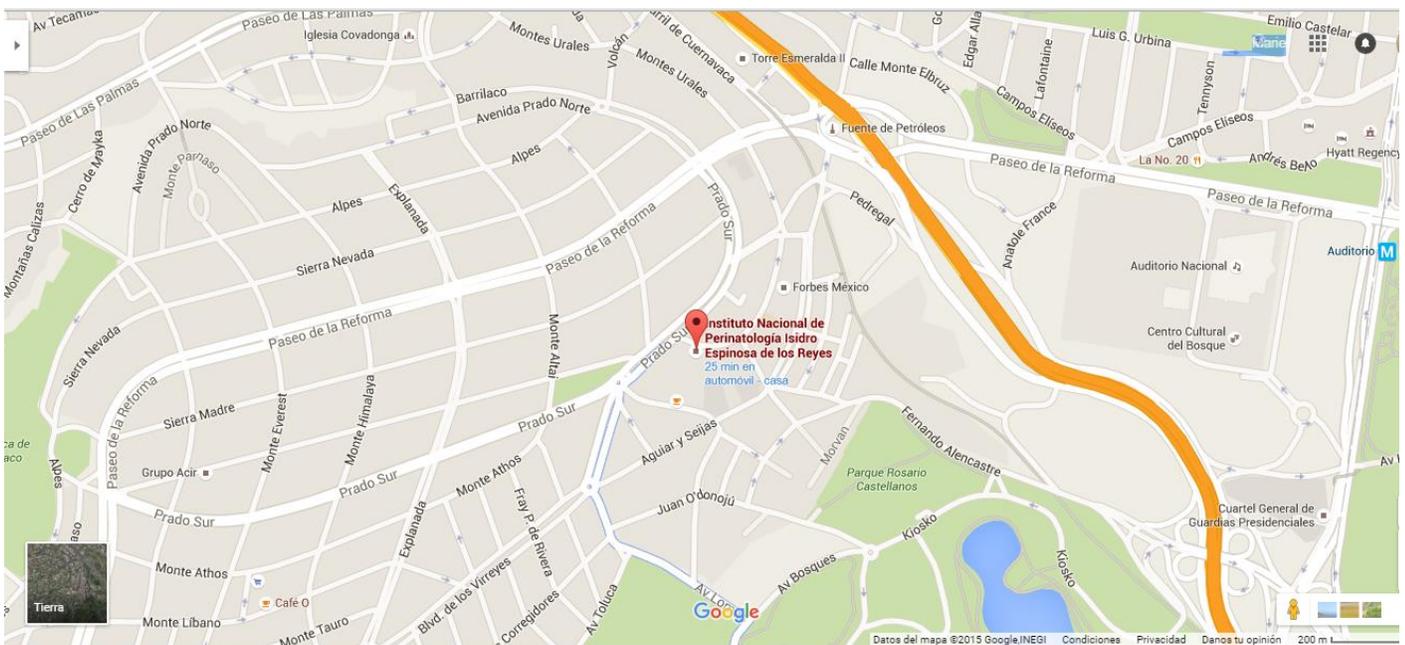
1.2 Contexto del trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó durante un periodo de 2015 a 2016 dentro del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPerIER) con

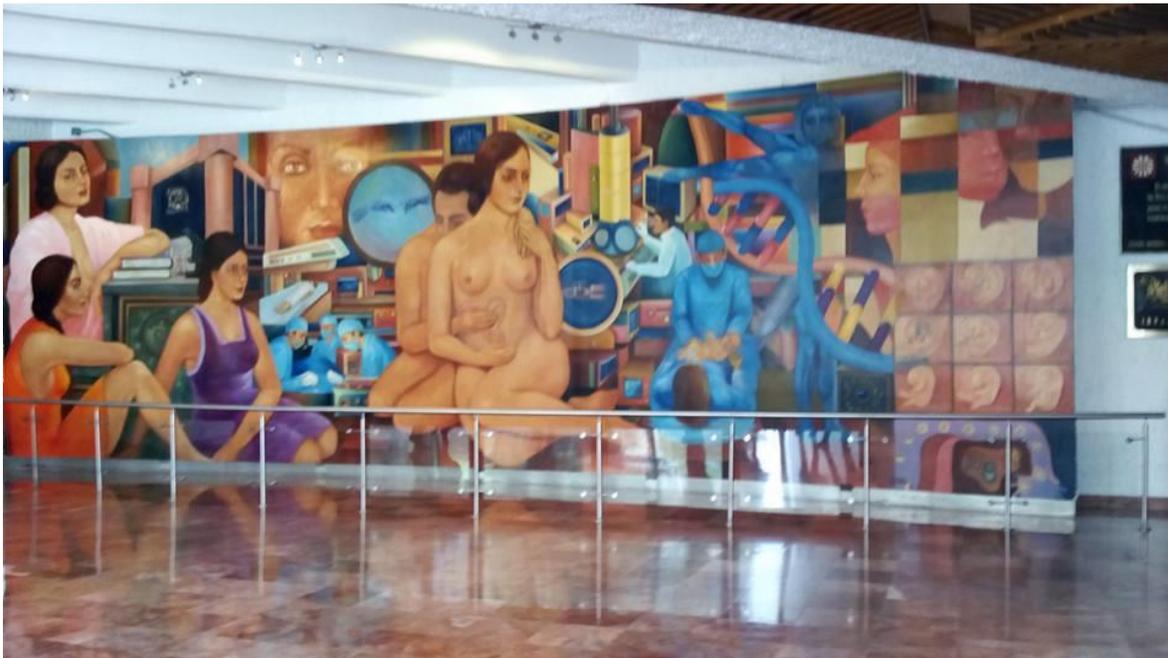
usuarios de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), los cuales ya habían tenido un tratamiento de Reproducción Asistida, o en algunos casos, estaban en esperar de éstos.

Las actividades que se realizaron durante el trabajo de campo fueron: observaciones participantes en la consultas de infertilidad, captación de pacientes con y sin diagnóstico de infertilidad, pláticas con doctores residentes del Instituto y con una trabajadora social del mismo, y por último entrevistas a profundidad, con duración aproximadamente de 30 minutos, efectuadas con guía previamente realizada y con carta de consentimiento informado para los entrevistados.

El Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPerIER) es una Institución de Salud Federal, perteneciente a la Coordinación Nacional de los Institutos de Salud y Hospitales de Alta especialidad de la Secretaría de Salud. Se encuentra ubicado en Montes Urales 800, Lomas Virreyes, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México. Las estaciones de metro más cercanas son observatorio de la línea 1 y auditorio de la línea 7.



En él se brindan servicios sobre temas de salud reproductiva, salud prenatal y neonatal. El instituto cuenta con una subdirección de Reproducción Asistida, en donde se atienden a pacientes con diagnóstico de infertilidad.



Para ingresar al Instituto se deben cumplir ciertos requisitos para poder recibir el servicio, que van desde una edad máxima 35 años en la mujer y 55 años en el hombre, estado civil casados o en unión libre, nivel socioeconómico de preferencia bajo o medio, y sobre todo no estar afiliado a otra Institución de Salud Pública.¹

“Misión: La misión del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes es la resolución de los problemas nacionales de salud reproductiva, perinatal y neonatal de alta complejidad, a través de la investigación científica básica, clínica, 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,

¹ Para conocer a detalle los requisitos ver anexo “Requisitos para apertura de expediente”

que lo posicione como un modelo institucional para la atención, con una formación médica de excelencia para la integración de problemas complejos” (INPer, 2012).

“Visión: El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes debe ser la institución líder a nivel nacional y regional en investigación científica de alto nivel, orientada con misiones específicas, la formación de recursos humanos de la más alta calidad y atención médica de excelencia, que impacte en los indicadores nacionales de salud y contribuya no sólo a disminuir el rezago epidemiológico, sino a enfrentar con eficacia los problemas emergentes en salud reproductiva, perinatal y neonatal para contribuir a incrementar la salud, la calidad de vida y el bienestar de las mujeres, niñas y niños, en su vida de pareja, así como en la familia” (Ibídem).

“Objetivo: La resolución de los problemas nacionales de salud reproductiva, perinatal y neonatal de alta complejidad tales como embarazos de riesgo elevado, riesgo pre-gestacional, infertilidad, problemas ginecológicos, climaterio. Asimismo, es una unidad de enseñanza e investigación, en ella se forman recursos humanos y se desarrolla investigación básica, clínica, epidemiológica y social” (Sánchez: 2015).



En un informe realizado por el Director General Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez en Junio de 2015, redacta las principales actividades realizadas en el Instituto Nacional de Perinatología, durante el primer semestre de 2015 y su comparativo al mismo de 2014. Para fines de la investigación, plasmé la más significativas de manera general y las más relevantes para lo aquí estudiado, las Técnicas de Reproducción Asistida.

Consulta Total Otorgada

El total de consultas en el semestre referido fue de 67,158 de las cuales el 86.4% (58,034) correspondieron a la consulta externa y 13.6% (9,124) a urgencias.

Los principales motivos de consulta de primera vez entre las pacientes obstétricas fueron: edad materna de riesgo (adolescentes y mayores de 35 años), endocrinopatías entre las que destacan diabetes mellitus e hipotiroidismo, cardiopatías, hipertensión arterial, retardo en el crecimiento intrauterino, antecedente de 2 o más cesáreas y antecedente de infertilidad. Entre las pacientes ginecológicas los motivos más frecuentes de consulta de primera vez fueron: infertilidad, tumoraciones benignas de útero y de ovarios, endometriosis y sangrado uterino anormal.

Reproducción Asistida

Dentro del Instituto Nacional de Perinatología se encuentra la subdirección de reproducción asistida, en la cual el Dr. Julio de la Jara Díaz es el subdirector y la Dra. Patricia Aguayo es la coordinadora de infertilidad.

El Trámite para obtener el servicio consiste en generar primero una cita vía internet, la cual se expide si él o la paciente cumple con todos los requisitos, principalmente la edad mínima de 35 años, de acuerdo a lo comentado con la trabajadora social del Instituto. Una vez generada la cita se imprime un formato que contiene el día de la cita para la valoración médica, que es de lunes a viernes a las 7:30 horas en consulta externa.

Servicios que ofrece:

Entre las técnicas más utilizadas dentro del instituto se encuentran la Inseminación Artificial (IA), la Fertilización In Vitro (FIV), la manipulación microquirúrgica de embriones o gametos y la Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), además de otros. También ofrecen tratamientos farmacológicos, ya sea para inducir la ovulación o para tratar alguna infección. Al mismo tiempo brinda asesoría nutricional para controlar el peso en caso de que la causa del problema sea la obesidad.

Requisitos para obtener el servicio:

- No estar asegurada por alguna Institución.
- Contar con estudio previo de esterilidad y presentar resumen médico y estudios de laboratorio y gabinete (ultrasonografía o rayos X) que apoyen el diagnóstico de esterilidad.
- Ser aceptada en la valoración médica.

Criterios de aceptación:

- Edad máxima de la mujer: de 35 años y del esposo o compañero, máxima de 55 años.
- Vida sexual durante 1 año o más sin anticoncepción y sin haber logrado embarazo.
- Espermatobioscopia reciente (no más de 6 meses).

Los casos en los que la pareja presente azoospermia (falta de espermatozoides), no podrán ser atendidos en el Instituto.

Documentación requerida por trabajo social.

Una vez que el médico valora y acepta a la persona que solicita el servicio, ésta debe presentar original y copia de la siguiente documentación, tanto de ella como del esposo:

- Identificación oficial vigente con nombre, fotografía y firma
- Acta de nacimiento y Clave Única de Registro de Población (CURP)

- Acta de matrimonio o constancia de situación civil
- Constancia oficial de empleo que indique fecha de ingreso y salario percibido; sellada por la empresa o Institución que contrata. De no contar con ésta, tramitar estudio socioeconómico o Carta Bajo Protesta de Decir Verdad de la Delegación o Municipio que corresponda a su domicilio
- Comprobante de domicilio actual
- Comprobar si es o no derechohabiente de algún servicio médico, para lo cual deberá acudir a las direcciones indicadas en los formatos proporcionados por el Instituto.²
- De contar con Seguro de Gastos Médicos, presentar la documentación correspondiente en la que se especifique la cobertura del mismo.

Procedimientos de reproducción asistida

En el primer semestre de 2015 iniciaron 118 ciclos de inducción de ovulación. Se practicaron 83 capturas ovulares y 69 transferencias obteniéndose un total de 22 embarazos.

Procedimientos	2014		2015	
	n	Eficiencia (%)	n	Eficiencia (%)
Ciclos iniciados	161		118	
Ciclos capturados	110	68	83	70.3
FIV	68		44	
ICSI	41		33	
PICSI	2		6	
Ciclos transferidos	101	92	69	83.1
FIV	66	97	37	84.1
ICSI	28	68	27	81.8
PICSI	2	100	5	83.3
Desvitrificados	33*	-	2	9
Total de embarazos	40	39	22	31.9
FIV	23	35	11	32
ICSI	7	25	7	26
PICSI	1	50	3	50
Desvitrificados	10	30	1	9

*Transferencia de embriones descongelados capturados en ciclos previos

² Para conocer los formatos ver anexo 4 y 5.

Cuotas de recuperación de los servicios de reproducción asistida 2015

En la siguiente tabla se pueden observar los costos que tienen algunos tratamientos, así como estudios, de acuerdo al nivel que le determinen al o la paciente. El nivel se otorga de acuerdo a un estudio socioeconómico que se realiza en el departamento de trabajo social del mismo instituto, de acuerdo a lo comentado por la trabajadora social.

Nombre del servicio: Reproducción Humana	Nivel 1x	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	Nivel K
Cultivo de cavidad uterina	0	14	29	63	99	135	181	235
Epermocultivo	0	14	29	63	99	135	181	235
Cultivo de Exud. Cervicovaginal	0	14	29	63	99	135	181	235
Cultivo de Baar en B/Endometrio	0	14	29	63	99	135	181	235
Cultivo de Baar en B/Trompas	0	14	29	63	99	135	181	235
Citología Cervicovaginal	0	0	0	0	0	0	0	0
Histerosalpingografía	0	153	306	670	1,053	1,435	1,914	2,488
Prueba de capacitación espermática	0	36	72	157	247	337	449	583
Paq. Gift-Fivite	0	1,530	3,060	6,694	10,520	14,345	19,127	24,865
Paq. Inseminación Artificial	0	242	484	1,058	1,662	2,267	3,022	3,929

Paq. Transferencia de embriones congelados	0	206	412	902	1,417	1,933	2,577	3,350
Histeroscopia de consultorio	0	153	307	671	1,054	1,437	1,916	2,491

Capítulo 2 Presentación de los actores

La finalidad de este capítulo es la presentación de los actores que intervinieron en la investigación, partiendo de lo más general a lo más específico. Considero al INPer como un actor que permea en la reproducción de las personas, esto es debido a la serie de requisitos que pide para obtener el servicio, los cuales mencioné anteriormente. Posteriormente explicaré brevemente en qué consisten algunas Técnicas de Reproducción Asistida. Finalmente haré la presentación de los informantes que intervinieron en la investigación.

1. 1 Ingreso al INPer

El ingreso al Instituto Nacional de Perinatología como tesisistas, se permitió gracias al apoyo de la Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois quien es investigadora del mismo. Ella nos contactó con el Dr. Julio de la Jara, quien nos contactó con la Dra. Patricia Aguayo. Ella nos presentó con los doctores residentes y adscritos, quienes nos permitieron estar en las consultas de infertilidad.

En las consultas de infertilidad se pudo observar la relación médico paciente, así como la dinámica que se lleva en cada consulta, en su mayoría consiste en el seguimiento del problema de infertilidad de la pareja o de la paciente.

El primer tratamiento depende del diagnóstico. Sin embargo para la mayoría de los pacientes el primero consiste en 3 o 4 ciclos de inducción a la ovulación, el medicamento utilizado principalmente es el omifin. Si no se da el embarazo se sigue con la inseminación artificial, se realizan de 3 o 4 a cada pareja, si el

resultado es negativo se continúa con la Fertilización In Vitro, se realizan de 3 a 4 ciclos.

Además se pudo observar cómo se hacen las historias clínicas de las pacientes de primera vez, partiendo de lo más interno a lo más externo, refiriéndonos al aparato reproductor femenino. Se consideran 5 factores para tener un posible diagnóstico de infertilidad, empezando por el ovario, después por las trompas de Falopio, el útero, el cérvix y finalmente el factor masculino.

En el caso de pérdidas continuas los factores son: endocrino, genético (aquí se considera al hombre, es decir a los espermatozoides) infeccioso, inmunológico y anatómico.

En cada uno de los factores se realizan preguntas específicas a las pacientes, esto con la finalidad de tener una idea de las condiciones en las que se encuentran cada uno de sus factores, incluyendo preguntas sobre la salud, actividades laborales, intervenciones quirúrgicas, alimentación y hábitos de su pareja. Las mujeres de primera vez son sometidas a una revisión médica que incluye un Papanicolaou y tacto, para conocer el estado de salud en el que se encuentran.

De acuerdo a lo observado en las consultas de infertilidad. Las que asisten en su mayoría son mujeres, en pocas ocasiones los hombres pueden acompañarlas. La ausencia en la mayoría de los casos es por cuestiones laborales. Aun cuando los hombres presenten un diagnóstico de infertilidad, las mujeres son las encargadas de llevar la muestra al Instituto para la realización de los estudios correspondientes. Ellas reciben los resultados de los mismos y el tratamiento a seguir para sus parejas.

En los hombres, en caso de que la espermatozoides presente alguna anomalía, éstos son citados y enviados a andrología o genética, según sea el caso, para llevar un tratamiento, que muchas veces consiste en la toma de vitaminas y una alimentación adecuada para mejorar la calidad del semen. También se les realizan exámenes de colesterol, diabetes y triglicéridos, ya que estas enfermedades afectan la calidad del semen.

En el Instituto Nacional de Perinatología se pueden realizar tratamientos con donación de semen, pero no con donación de óvulos. Esto se hace mediante el contacto con un banco externo, el único reconocido por la COFEPRIS, en donde los usuarios hacen los trámites necesarios y el banco sólo se encarga de entregar la muestra de semen al Instituto para llevar a cabo el procedimiento.

Este banco se encuentra en el Centro de Fertilidad Humana en México (CFHM). Los usuarios asisten al banco a realizar los trámites necesarios y el banco se encarga de entregar la muestra. Esto también fue comentado por un informante de mi compañera Libertad López.

Esta información es contradictoria con lo comentado por la trabajadora social. De acuerdo con los lineamientos del Instituto esto no está permitido, debido a que se expiden documentos legales, y resulta problemático el hecho de la donación de semen. Para trabajo social el problema se resuelve cuando los mismos doctores que atienden a los pacientes, los canalizan a sus clínicas particulares y es ahí donde les realizan el tratamiento.

1. 2 Tratamientos

La siguiente sección tiene como propósito explicar de forma breve en qué consisten algunos de los tratamientos de Reproducción Asistida. Con fines para la investigación, sólo explicaré los tratamientos que mis informantes han vivido, o en otros casos se encontraban en espera de alguno.

2. 2. 1 Inducción a la ovulación

La inducción a la ovulación es una técnica que consiste en medicar a las pacientes para desarrollar un folículo. Se recomienda monitorizar el crecimiento folicular mediante ultrasonidos vaginales, sobre todo en el primer ciclo. Con la finalidad de evitar el desarrollo multifolicular, gestaciones múltiples o algún síndrome.

Esta técnica va acompañada por coito programado, inseminación artificial o Fertilización In Vitro.

La técnica consiste en la administración de fármacos en los primeros días de la menstruación para estimular el desarrollo folicular de ese mes. Se lleva seguimiento con ultrasonidos vaginales hasta constatar la presencia de ovulatorios maduros, momento en el que se desencadena la ovulación y se recomienda tener relaciones sexuales en los días consecutivos. El folículo ovulatorio maduro debe de ser mayor a los 18 mm.

Algunos de los factores que se toman en cuenta para llevar a cabo esta técnica, es la edad de la paciente (no menores de 30 años), parejas con esterilidad de corta duración, menos de 2 años. Parejas con esterilidad desconocida o en los casos en que los estudios no arrojen ninguna anomalía o cuya única causa sea un problema de ovulación (González, Molina, Campos, Magán & Ruzafa 2012: 307-316).

2. 2. 2 Inseminación Artificial Homóloga (IAH)

Esta técnica consiste en depositar espermatozoides, provenientes de la pareja de la paciente, de manera no “natural” en el aparato reproductor de la mujer con el objetivo de lograr una gestación. Es de baja complejidad.

Es recomendada, entre otras situaciones, cuando la paciente presenta las trompas permeables, las cuáles se estudian mediante una Histerosalpingografía, Laparoscopia, Fertiloscofia y/o Histerosonografía, el recuento de los espermatozoides móviles es mayor a 3 millones. También se toma en cuenta la edad de la paciente, su reserva ovárica y el tiempo de esterilidad de la pareja. Se recomiendan 4 IAH, en caso de no haber éxito, la pareja es candidata a la Fertilización In Vitro.

Para esta técnica se necesita realizar una capacitación al semen, la cual consiste en separar los espermatozoides móviles progresivos de aquellos móviles no progresivos o inmóviles. Esto se realiza en un laboratorio especial (Sánchez, Amorós, Lucco, Ballesteros & Pellicer 2012: 317-332).

2. 2. 3 Inseminación Artificial con semen de donante (IAD)

Esta técnica consiste en buscar la gestación en la paciente tras la introducción de espermatozoides procedentes de un donante. Algunas de las causas por las que se realiza dicha técnica son: causa masculina grave, es decir los casos de azoospermias, enfermedades genéticas con herencia dominante y mujer sin pareja masculina, siendo esta la de mayor demanda. El proceso de la estimulación ovárica es igual a la de la inseminación homóloga.

Un factor importante que interviene en esta técnica son los bancos de espermatozoides, ya que se necesita un banco cuyo protocolo sea riguroso, para el reclutamiento y selección de los donantes, así como contar con un adecuado procesamiento, almacenaje y congelación del semen.

Además se busca que los donantes tengan un buen estado de salud y que la calidad de la muestra sea buena, esto se considera a partir de los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuanto a la concentración espermática, movilidad y morfología, y los lineamientos de Kruger. Otro criterio decisivo es el número de espermatozoides móviles progresivos tras la descongelación.

Es importante tomar en cuenta otras características del donante, como, su edad (entre 18 y 35 años), estar informado del carácter anónimo de la donación, así como de la ausencia de derechos sobre el niño nacido y cumplir con cierto perfil psicológico (Rabadan y Pacheco 2012: 333-339).

2. 2. 4 Fertilización In Vitro (FIV)

Este tratamiento consiste en la fecundación del ovocito en condiciones de cultivo in vitro, se necesita previamente obtener y preparar los gametos, para posteriormente transferir los embriones a la cavidad uterina. Esta técnica es más compleja y más costosa, pero es la de mayor éxito.

Las principales causas para realizar una FIV en las pacientes son: endometriosis, fallo de inseminación artificial, esterilidad en el hombre, esterilidad de origen

desconocido, fallo ovárico y disminución de la reserva ovárica, alta respuesta en el ciclo de una inseminación artificial y criopreservación de ovocitos.

En algunas ocasiones se recurre a la estimulación ovárica para tener mayor éxito. Se realiza una aspiración de ovocitos guiada por una ecografía transvaginal bajo sedación o con anestesia local. Una vez extraídos se lavan y se almacenan en una incubadora a 37° C y 6% de CO₂, por ello se necesita de un laboratorio con características especiales.

La muestra del semen se obtiene por masturbación y se le realizan estudios para conocer la calidad del mismo, siguiendo los parámetros de la OMS, además se le da una capacitación.

Cada ovocito es incubado con 50.000-100.000 espermatozoides móviles durante 17 a 20 horas. Una vez transcurrido este tiempo se evalúan los ovocitos en busca de signos de fecundación. La transferencia de embriones puede realizarse dentro de los 2 o 3 días después de la fecundación o en los días 5 y 6 de desarrollo. La transferencia de embriones en su mayoría es vía vaginal.

Esta técnica puede estar acompañada por la Inyección Espermática Intracitoplasmática (ICSI), ésta consiste en la microinyección de un espermatozoide en el interior de un ovocito maduro (Giles & Vidal 2012: 341-347).

2. 3 Presentación de las historias de vida

El presente apartado tiene como propósito dar a conocer algunos aspectos de las historias de vida de las y los usuarios entrevistados. Es importante mencionar que para respetar el anonimato de todos los informantes se utilizó seudónimos.

En los primeros tres casos sólo se entrevistó a las mujeres que presentaban el diagnóstico, no pude concretar una cita con sus parejas por diversas razones, como no tener la oportunidad de hablar con ellos sobre el proyecto, cambio de número de teléfono y pérdida de contacto. En los últimos 4 casos las entrevistas las realicé en pareja.

En ocasiones parecerá que se tiene más información de las mujeres, esto es debido a que ellas son las que participan activamente en los tratamientos de Reproducción Asistida, asistiendo a consultas, estudios y procedimientos, por lo cual se consideró pertinente hablar de una perspectiva de género, que se analizará más adelante.

2. 3. 1 Liz

Liz tiene 35 años. Ella nació en el Estado de México el 10 de Julio de 1980 y actualmente sigue viviendo en este mismo Estado. Su religión es católica cristiana. Se dedica al hogar ya que se vio en la necesidad de dejar su trabajo porque iba a ser operada de la vesícula y decidió no seguir trabajando. Además de dedicarse al hogar realiza manualidades que venden entre sus familiares, lo cual ayuda a pagar una pequeña parte de los gastos de los tratamientos. Liz estudió una carrera comercial. Su nivel socioeconómico es medio.

Se casó en 2008 por régimen civil y religioso. Su esposo se dedica a la venta de frutas. Ambos decidieron darse un tiempo para disfrutar su matrimonio y no tener hijos, por lo cual se cuidaban. Después dejaron de cuidarse y esperaban un embarazo, el cual no llegó. Por este motivo ella acudió de inicio con su médico general, en donde se atiende desde que nació,

De acuerdo a lo que me comentó. El médico le realizó una serie de estudios para conocer su estado de salud, y le mando algunos ciclos de inducción a la ovulación. Debido a que los estudios le salían algo “caritos” y una persona le platicó del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), decidió seguir su tratamiento en éste.

Es paciente del INPer desde abril de 2015. En el mismo le han realizado una inseminación artificial sin éxito. Considera que su inseminación no tuvo éxito porque se la realizó una doctora primeriza. Lleva tres años buscando un embarazo y dice desconocer la causa por la cual no se ha podido embarazar, aunque los doctores le han mencionado que tiene alto los triglicéridos, por eso es que se ve afecta su fertilidad.

Está dispuesta a hacer uso de la donación de gametos sólo en el caso de que su esposo o ella lo necesiten. No se plantea la posibilidad de la adopción porque considera que es muy difícil conseguirla, además de que es muy tardado, y tiempo es algo que no tiene, ni ella ni su esposo. También considera que cuando adoptas a un bebé, “no sabes de dónde viene, ni sí se va a adaptar a ti, aun cuando lo adoptes desde bebé” (Liz: 2015). Es por esto que ella se niega a buscar una adopción.

Para Liz el embarazo es determinante para concebirse como madre. Considera que el vínculo creado con su hijo en el embarazo es el más importante. Liz siente presión por la familia de su esposo para tener un bebe, por el lado contrario dice sentirse muy apoyada por su familia.

2. 3. 2 Lorena

Lorena tiene 35 años. Nació en Pachuca, Hidalgo el 16 de septiembre de 1980. Actualmente reside en la Ciudad de México. Desde hace tres años vive en unión libre. Estudió arquitectura y actualmente es administrativa. Su nivel socioeconómico es medio. Su religión es católica creyente.

Acudió al médico debido a que se le presentaban sangrados uterinos anormales. El primer doctor que la revisó le diagnosticó miomas en el útero y le comentó que probablemente le tendría que quitar la matriz. Al verse en esta situación Lorena se planteó que quería ser madre, por ello buscó otra opción para no perder su matriz y lograr un embarazo.

Fue por esto que llegó al INPer, en donde es paciente desde hace un año. No le han realizado ningún tratamiento de Reproducción Asistida porque le practicaron una cirugía y le recomendaron esperar un año para iniciar con los tratamientos. Además de presentar miomas en la matriz, su pareja fue diagnosticada con mala calidad de esperma, pero no ha querido someterse a ningún tratamiento.

Ella piensa que su pareja no quiere tener hijos, “aún no está preparado”, por el lado contrario para ella es el mejor momento para ser madre. Por estas razones Lorena se ha planteado la posibilidad de una donación de esperma.

Para ella la maternidad se da desde el momento del embarazo, por eso ella tiene como última alternativa la adopción, y además no está completamente segura de querer llevarla a cabo.

Al momento de la entrevista Lorena se encontraba pensando la decisión de una donación de espermatozoides para lograr un embarazo. El doctor que la atiende le propuso darle cita en un mes para que pensara si quería seguir o no con la donación, a lo cual ella accedió. Posteriormente la volví a contactar y me dijo que aún seguía con los tratamientos, se encontraba en esperar de la Inseminación Artificial con Donante

2. 3. 3 Lulú

Lulú nació el 7 de diciembre de 1983 en la Ciudad de México (antes Distrito Federal), lugar donde actualmente reside. Tiene 32 años. Es maestra pero en el momento de la entrevista no estaba ejerciendo. Su nivel socioeconómico es medio. Su religión es católica creyente.

Se casó el 07 de enero de 2011. Decidió junto con su pareja no tener bebés hasta después de algunos meses de casados, por lo cual usaban preservativo. Al percatarse de que no se daba un embarazo acudieron al médico, el cual le diagnosticó útero didelfo (la cavidad del útero está dividida en dos), esto ocasiona que si se da un embarazo, éste sería de alto riesgo, el bebé nacería antes de los nueve meses y las posibilidades de aborto son mayores.

Después de conocer su diagnóstico, ella y su esposo decidieron darse un tiempo más para ver si se daba un embarazo, pero no llegó. Lleva 4 años buscando un embarazo. Es paciente del Instituto desde 2014. Le han practicado dos inseminaciones artificiales sin éxito.

Debido a los riesgos de un embarazo al tener útero didelfo, Lulú se ha planteado buscar una adopción, o hacer uso de la gestación subrogada, ya que piensa que pasar por el proceso de un aborto es muy doloroso y no lo quiere experimentar, pero su pareja no está de acuerdo en hacer uso de la gestación subrogada o

adoptar un bebé, ya que piensa que el niño nacido mediante esta práctica, o en el otro caso, adoptado, no lo podría considerar su hijo.

Para Lulú el embarazo no es un factor determinante para concebirse como madre, ya que piensa que un hijo no sólo es el que se lleva en el vientre, sino también el que se cría y se cuida.

2. 3. 4 Xóchitl y Pablo

Xóchitl y Pablo viven en unión libre desde hace tres años. Ella tiene 29 años, nació el 24 de abril de 1986 en la Ciudad de México, lugar donde actualmente reside. Trabaja en una oficina de gobierno y estudió una licenciatura. Su nivel socioeconómico es medio.

Él tiene 30 años, nació en Guasave Sinaloa el 18 de enero de 1985. Actualmente vive en la Ciudad de México. Estudió el bachillerato completo y es chofer de un restaurante. Su nivel socioeconómico es medio.

Desde el momento en que decidieron vivir juntos se plantearon tener un hijo, después de un año que no se daba el embarazo decidieron acudir al doctor. Ambos son pacientes del Instituto Nacional de Perinatología desde 2013. En el momento de la entrevista estaban en esperar de su primera Inseminación artificial. Llevan 3 años buscando un embarazo.

Los doctores le comentaron a Xóchitl que tenía las trompas obstruidas y al momento de realizarle una laparoscopia descubrieron que estaban permeables, pero no lograba embarazarse. Pablo es atendido dentro del departamento de Andrología. Le detectaron baja movilidad en sus espermias, por ello les recomendaron a él y a su pareja la inseminación artificial.

Xóchitl se ha planteado la posibilidad de una adopción o una donación de gametos. Considera que las mujeres no tienen que ser necesariamente madres, y que llevar un embarazo no es el único medio para ser madre, ya que considera que hay muchas mujeres que parieron a sus hijos, pero no asumen la parte de los cuidados.

Para Pablo el hecho de compartir material genético con su hijo es de vital importancia, aunque ha considerado la adopción, pero como su última alternativa. También ha considerado la donación de esperma, pero considera que el niño nacido de esta donación no sería su hijo biológico, pero no por eso no le tendría cariño. Prefiere que la donación sea anónima.

Además de tener un diagnóstico de infertilidad, a Pablo le resulta difícil ver a su esposa someterse a los tratamientos. Ambos decidieron seguir con los tratamientos de Reproducción Asistida y esperarse a los resultados.

2. 3. 5 Laura y Alberto

Laura y Alberto se casaron por régimen civil y religioso en 2001, actualmente viven en Ecatepec, Estado de México. Ella nació el 12 de mayo de 1979 en la Ciudad de México. Estudió la licenciatura en contaduría y actualmente la ejerce en una oficina particular. Su nivel socioeconómico es medio. Profesa la religión católica.

Él nació el 18 de diciembre de 1973 en la Ciudad de México. Estudió la licenciatura en Odontología, la cual ejerce en su consultorio privado. Además de trabajar en el consultorio, Alberto toma algunos cursos acerca de su profesión. Su religión es la católica y su nivel socioeconómico es medio.

Después de dos años de matrimonio planearon tener un hijo, paso el tiempo y no se daba el embarazo lo cual no les preocupó, paso un año y decidieron acudir a un especialista.

Llevan 10 años buscando un embarazo. Se atendieron en el Hospital de la Mujer durante 6 años, en el mismo realizaron 5 ciclos de inducción a la ovulación y 4 inseminaciones artificiales sin éxito, les dijeron que sí en la cuarta “no pegaba” los canalizarían a Perinatología para que les realizarán una Fertilización In Vitro.

Al inicio de los tratamientos le comentaron a Laura que tenía la prolactina alta por eso no había podido embarazarse, le dieron un tratamiento y bajo los niveles de prolactina pero no se logró embarazarse. Por el lado contrario los resultados de los estudios que le han realizado a Alberto no muestran ninguna dificultad para que pueda concebir un hijo.

En el Instituto Nacional de Perinatología llevan 2 años esperando entrar a un ciclo de Fertilización In Vitro (FIV). No han podido entrar porque a veces están ocupadas las incubadoras o alguno de sus estudios se vence.

Además de los tratamientos de reproducción asistida, Laura ha realizado tratamientos de medicina alternativa como acupuntura, masajes y alimentación. Alberto no se ha sometido a ningún otro tratamiento.

Para Laura el embarazo es una parte importante de ser madre, pero no necesaria, ya que podría ser madre de un hijo adoptado. Considera que los niños adoptados son discriminados por la sociedad y ésta es la que marca la diferencia entre hijos adoptados y no adoptados. Por ello la adopción es su última alternativa.

No se han planteado la posibilidad de la donación de gametos, porque hasta el momento no les han dicho que no puedan procrear a un hijo con los suyos. Para Alberto es importante que la ley reconozca a su hijo como propio. Está dispuesto a una adopción pero como su última alternativa.

2. 3. 6 Leticia y Armando

Leticia y Armando viven en unión libre desde 2007 tienen 25 y 27 años respectivamente. Actualmente residen en Chimalhuacán, Estado de México. Ambos se dedican a cortar bóxeres y playeras en el taller de costura de los papás de Armando. Posteriormente los venden en tianguis de sus colonias cercanas. Su nivel socioeconómico es bajo.

Ella nació en Chimalhuacán, Estado de México el 03 de octubre de 1990. Estudió sólo la primaria. Profesa la religión católica. Él nació el 30 de mayo de 1988 en Nezahualcóyotl, Estado de México. Estudió la secundaria completa. Su religión es la católica.

Desde el momento en que empezaron a vivir juntos buscaban un embarazo, al principio no se alarmaron porque no se diera, ya que en el centro de salud dónde se atendían les dijeron que era normal, que a veces las mujeres que no quedaban embarazadas luego, luego.

Primero se atendieron en el Hospital de la Mujer, dónde no les realizaron ninguna Técnica de Reproducción Asistida, sólo le realizaron una cirugía a Leticia, pero no le dieron muchos detalles al respecto.

Posteriormente los canalizaron al INPer, dónde son pacientes desde hace 4 años. Ahí le comentaron a Leticia que tenía las trompas de Falopio tapadas y Armando tenía baja movilidad en sus espermias, por ello les recomendaron una Fertilización In Vitro. Hasta el momento de la entrevista solo les habían realizado una Fertilización In Vitro sin éxito. Tiempo después los contacté por la red social *Facebook* y me percaté que estaban en espera de su primer hijo.

Para ellos lo más importante es tener un hijo sin importar la manera en que llegué, ya que en ocasiones han pensado rentar un vientre o adoptar un niño. No se han planteado la donación de gametos, porque hasta el momento no les han comentado que la necesiten.

2. 3. 7 Angélica y Francisco

Angélica y Francisco se casaron el 8 de noviembre de 2007 por régimen civil y el 16 de febrero de 2008 por régimen religioso. Actualmente viven en Chalco, Estado de México. Tienen 35 y 36 años respectivamente.

Ella nació en Naucalpan, Estado de México el 23 de Septiembre de 1981. Estudió una licenciatura incompleta. Se dedica al hogar. Su religión es católica creyente. Él nació en la Ciudad de México el 10 de septiembre de 1980. Trabaja en una oficina de gobierno. Estudió la secundaria completa. No profesa ninguna religión.

No se plantearon tener un hijo, pero al momento de casarse esperaban la llegada de un bebé. Al percatarse de que no se daba un embarazo decidieron asistir al doctor.

En 2010 comenzaron a tratarse en el ISSSTE, en dónde su diagnóstico fue que Angélica no ovula. En el mismo le dieron tratamiento con omifin para inducirle la ovulación. Después de un año de tratamiento sin éxito, le comentaron a Angélica que tendrían que realizarle una cirugía, ya que presentaba miomas en la matriz, pero ella no aceptó realizarse dicha cirugía ya que no encontraba el sentido de la

operación si su diagnóstico es que no ovula. Al no aceptar, los doctores le dijeron que debido a su caso ya no podían hacer más por ella. Por este motivo dejó de atenderse en el ISSSTE.

Al medio año aproximadamente de dejar de asistir al ISSSTE, Angélica presentó un embarazo anembrionico (“es un óvulo que es fertilizado y que luego de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional pero sin desarrollarse el embrión en su interior. En palabras más simples es como si fuera un embarazo sin bebé”) (CCM 2014), pero ella no se percató de esto. Dejo de atenderse por dos años. Posteriormente por recomendación de la hermana de Francisco acudió con un ginecólogo en donde lleva 2 años atendiéndose, pero no de manera consecutiva. El tratamiento con este ginecólogo ha sido el mismo, toma o se inyecta medicamento para inducirse la ovulación.

Además del tratamiento de inducción a la ovulación, Angélica y Francisco se han sometido a diversos tratamientos por recomendación de sus familiares por ejemplo: acupuntura, sobadas, temazcal, baños de asiento, remedios caseros y medicina homeópata, como ellos dicen “hemos hecho de todo”. Con excepción de la Inseminación Artificial y Fertilización in vitro.

Se han planteado la posibilidad de una donación de gametos, e incluso estarían dispuestos a que el donador conozca al bebé nacido, pero sin que quiera tener derechos sobre él. Así mismo se han planteado la alternativa de adoptar, pero no se han decidido a iniciar un trámite de adopción como tal.

Para Angélica y Francisco ser padres no es algo esencial en su vida, ya que dicen estar muy a gusto con el ritmo de vida que llevan y están conscientes de que un hijo trae consigo muchas responsabilidades. Piensan que si en algún momento llega un bebé sería algo hermoso, pero sí no llega “no pasa nada”.

Consideran que un embarazo no los determinaría como padres, e incluso comentan que las palabras mamá y papá ya las han oído por alguno de sus sobrinos o niños con los que conviven. Dicen estar en su “zona de confort” y la llegada de un bebé cambiaría muchos aspectos de su vida, pero esto no quiere

decir que no deseen ser padres. Dicen sentir presión por parte de sus familias e incluso sienten presión social.

Capítulo 3 Las Técnicas de Reproducción Asistida en la construcción de vínculos de parentesco.

En el presente capítulo hablaré de los factores que intervienen para la construcción de vínculos de parentesco en las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), desde la voz de las y los usuarios entrevistados, quienes deciden qué papel juega lo genético, lo biológico y lo social en la construcción de filiación.

Partiendo de lo que Joan Bestard considera la moralidad del parentesco, que entiendo como aquella relación biológica, genética y social que se presenta en las Técnicas de Reproducción Asistida, en dónde los individuos crean y significan dichos vínculos, que va en función de su experiencia del parentesco.

De acuerdo a las circunstancias en las que se encuentran dan mayor peso a uno u otro, o una combinación de los mismos, cargándolos de significados para entender y dar sentido a sus relaciones de parentesco (Bestard: 2004). Sobre lo cual profundizaré más adelante.

Siguiendo con el mismo autor; él expone que en el parentesco la naturaleza adquiere cualidades simbólicas, representa algo que no es, es decir una relación social. Siendo la intervención tecnológica quien desplaza a la naturaleza en las TRA (Ibídem).

Entendiendo así que la filiación es una relación biológica y social pero, ¿Qué pasa cuando no hay una relación biológica? Por ejemplo cuando se da la filiación por adopción o gestación subrogada ¿Qué factores intervienen para la construcción de la filiación?

Como lo menciona Bestard “Es necesario un trabajo simbólico para adaptar la intervención clínica sobre los hechos naturales de la procreación a los vínculos de parentesco, puesto que hay que dar sentido a unos procesos biológicos que la

mirada clínica separa analíticamente e integrarlos en la experiencia como posibles vínculos del parentesco. (Bestard: 2004, 63)

De acuerdo a lo contestado en las entrevistas, la filiación es entendida como una relación biológica y/o genética y social. Conforme a los elementos que poseen los usuarios y haciendo una mezcla de los mismos. Siendo lo social el único elemento que mencionan todas y todos los usuarios, ya que hacen referencia a la paternidad, como se describe en el siguiente cuadro.

Cuadro 1 “Factores para la construcción de filiación”

Informante	Factores que intervienen para concebirse como madre/padre	Factores que intervienen para la construcción del hijo propio	Uso de donantes	Uso de gestación subrogada	Adopción
Liz	Genético Biológico- embarazo Social- educación.	Biológico- Sangre y embarazo Genético	Sí	No	No
Lorena	Genético Biológico- embarazo Social- adopción.	Biológico- embarazo Social- adopción Genético	Sí, sólo esperma	No	Tal vez
Lulú	Biológico-embarazo Social- adopción.	Biológico-embarazo Social- adopción.	Si	Sí	Sí
Xóchitl	Biológico-embarazo Social- educación.	Genético y biológico- embarazo. Social- adopción	Sí	No	Si
Pablo	Biológico- embarazo y sangre. Genético	Genético Biológico- sangre Social- adopción	No	No	Tal vez
Laura	Biológico- embarazo Social- educación.	Genético Biológico- embarazo	No	No	No
Alberto	Biológico- embarazo Social- adopción y	Biológico Genético	No	No	Si

	educación.	Social- adopción			
Leticia	Biológico- embarazo Social- cuidado, crianza educación y amor.	Biológico- embarazo Social- adopción	No	Si	Si
Armando	Bilógico- sangre y social- adopción, crianza y educación.	Social- adopción Biológico- embarazo Genético	No	Si	Si
Angélica	Biológico- embarazo Social- adopción	Biológico- embarazo Social- adopción Genético	Si	No	Si
Francisco	Biológico- embarazo Social- adopción y cuidado	Biológico- embarazo Social- adopción	Si	No	Si

Todos los informantes consideran que el embarazo es determinante para generar filiación, algunos consideran que el material genético determina la filiación con sus hijos. Pero todos concuerdan que la parte social siempre va de lado con la filiación. El hecho social de la filiación no lo ponen en duda. Comprobando así que la filiación tiene una relación biológica y una social (Bestard: 2004).

Aunque buscan a toda costa un hijo con su mismo material genético, ya que tienen como primera instancia las TRA, dejando en segundo lugar la donación de gametos, como ellos lo dicen “sólo en el caso que lo necesitemos”, maternidad subrogada y como última instancia la adopción.

“yo creo que aunque lo adoptáramos pues, puedo ser padre, pero... es un anhelo es algo que uno busca como primer instancia, creo nunca encuentra uno, una pareja que diga, adoptó y no buscó la paternidad biológica” (Alberto: 2015)

La paternidad y la maternidad se convierte para los informantes en una realización, un sueño, transmitir valores, enseñanzas y costumbres a sus hijos, un todo. Como la definen algunos de mis informantes:

“la maternidad es la realización de... las mujeres que deseamos tener, procrear o tener un bebé ¿no? Es todo, es este, cultivar todo. Desde la célula que inicia la nueva vida, hasta la educación y... todo lo que viene, todo lo encierra la maternidad” (Laura: 2015).

“La paternidad es... enseñarles a lo mejor valores a tus hijos, saber que a lo mejor tienes responsabilidades con él ¿no? Aquí ya es cuando tienes familia. Enseñarle a respetar a la familia, no sé... ¿Qué te puedo decir? (silencio 3 segundos) Pues enseñar a lo mejor que la familia es todo, y más tus hijos cuando ya los tienes, sobre todo es el respeto, a la familia a lo mejor es lo más importante, creo” (Armando: 2015).

Además de reconocer el ámbito biológico y genético, dan importancia a las labores de crianza, cuidado, manutención y educación. Es decir a la parentalidad. En el caso del grupo de informantes la parentalidad es una parte fundamental para la construcción de filiación, ya que la nombran repetidamente al preguntarles ¿Qué es ser padre o madre? Sin dejar a un lado el hecho biológico del embarazo y la transmisión genética.

Hacer referencia a la paternalidad permite a los informantes una salida para no interrogarse por la parte genética o biológica de la reproducción, ya que ésta reconoce a una persona como padre, sea o no genitor de los hijos. “No basta ser genitor para ser padre, se puede ser padre sin ser genitor” (Neyrand: 2001 en Martin: 2003). Entiendo que la paternidad es vivida y compartida (Martin: 2003)

Hablar de parentalidad nos llevaría a pensar en una equivalencia en las labores de crianza, manutención y educación de los hijos, en ambas partes. Aunque está hipótesis es muy tentadora, no está del todo comprobada ya que aún se sigue viendo una marcada división de los roles de género (Martin: 2003).

Tanto hombres como mujeres hacen referencia a la paternalidad, lo cual me lleva a pensar ¿Podemos empezar a hablar de una neutralidad en las labores de crianza? ¿Qué tanto esta idea de paternalidad que muestran los informantes en la práctica es llevada a cabo?

En el grupo de informantes se puede observar la importancia social que se le da al proceso reproductivo (embarazo, parto y lactancia) para la conformación de parentesco o nuevas alianzas, dando prioridad a la descendencia directa, ya que ésta garantiza el reconocimiento inmediato al nuevo ser dentro del sistema

familiar, así mismo el reconcomiendo por parte de las personas con las que se conviven. Siendo las TRA una alternativa en dónde se puede vivir este proceso (Chávez: 2011).

¿Tú consideras que para ser madre, es importante que tú hayas estado embarazada? Me refiero a esto, por ejemplo ¿Tu considerarías que adoptar a un niño te hace ser madre? porque tú no llevarías el embarazo, pero tu ¿considerarías que te hace ser madre? “yo creo que sí. La verdad no lo eh considerado, estoy luchando para que sea yo la que (...) la que tenga a mi propio bebé, a lo mejor en su momento sí las cosas no se dan igual sería una opción” (Lorena: 2015).

Cómo hemos observado en el cuadro 1, lo social, lo biológico y lo genético están interrelacionados en la construcción de filiación, de acuerdos a la situación en que se encuentran los informantes. Un ejemplo es el caso de Lulú, quién al conocer los riesgos de tener útero didelfo tuvo como primera opción la adopción, dejando de lado lo biológico en la búsqueda de descendencia, porque está consciente que quizá de esta manera no podría conseguir su anhelo, pero su esposo que no tiene ningún diagnóstico de infertilidad se negó a esta alternativa.

(...) Cuando a mí me dieron el diagnóstico y posibles riesgos de embarazo y todo lo que conlleva, pues antes de arriesgarme y demás le hablé de la adopción (a su esposo) y fue una negativa rotunda, y fue por eso que decidí si someterme al tratamiento” (Lulú: 2015).

Otro ejemplo serían Leticia y Armando quiénes a conocer el diagnóstico de Leticia (Trompas de Falopio tapadas), se plantearon la opción de la gestación subrogada, dejando a un lado lo biológico, pero no lo genético, para lograr su anhelo.

“¿El embarazo? No, bueno para mí no. Bueno por las técnicas que nos han platicado podemos a lo mejor, sí a lo mejor su vientre ya no responde, yo creo que hay la opción de un vientre rentado. Para mí hay opciones y no necesariamente tiene que estar embarazada, es más la ilusión del hijo” (Armando: 2015).

De acuerdo a la información presentada en este capítulo podemos concluir; los informantes dan gran importancia a la parentalidad, pero no dejan de lado los hechos biológico y genéticos a la hora de buscar descendencia, ya que buscan cómo primera instancia la TRA, debido a que éstas garantizan compartir con sus hijos material biogenético, además de que les permiten vivir el proceso del

embarazo. Por este motivo la donación de gametos, maternidad subrogada y adopción son sus últimas opciones.

Entonces lo biológico, lo genético y lo social se encuentran interrelacionados en la búsqueda de descendencia a partir de las TRA. Se puede carecer de alguno de los tres factores, siendo lo social lo que no se pone en duda y al que frecuentemente recurren los informantes.

3. 1 La perspectiva de género.

La siguiente parte tiene como finalidad mostrar cómo se vive el proceso de los tratamientos de Reproducción Asistida para un hombre y para una mujer. De acuerdo a lo observado y a lo contestado en las entrevistas, son las mujeres quienes participan continuamente en el proceso de los tratamientos, aun cuando sea su pareja él que tenga el diagnóstico de infertilidad. Además de lo que significa la maternidad y paternidad, y lo que se entiende cómo un hijo propio para un hombre y una mujer.

Se decidió continuar con la perspectiva de género ya que es importante entender que debido a ésta, la experiencia y los discursos en torno a las TRA no es igual, ya que se práctica desde dos miradas. Asimismo no debemos dejar de lado que vivimos en una sociedad en dónde la dominación masculina está impresa en la sociedad y la subordinación femenina es evidente en todos los ámbitos político, económico y simbólico (Héritier: 1991).

Entendemos como perspectiva de género a todas aquellas identidades subjetivas de hombre y mujer que han sido construidas culturalmente, que incluyen ideas sobre los roles apropiados para hombres y mujeres (Scott: 1990). Además “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).

Cabe mencionar que de acuerdo a lo observado y a lo contestado en las entrevistas, la experiencia de tratamientos en TRA, es de diferente manera para

un hombre y una mujer, siendo éstas últimas quienes viven mayormente el proceso, pero eso no quiere decir que los hombres no estén presentes en esto.

Las mujeres asisten principalmente solas a las consultas y estudios, la ausencia de su pareja fundamentalmente se debe a cuestiones laborales. Indagando se encontró que los hombres quisieran acompañar a su pareja, tanto a las consultas y a los estudios, el no poder ir les causa cierta frustración e intentan apoyarlas de otra manera. En cuánto se les presenta una oportunidad para acompañarlas no dudan en hacerlo.

El hombre se convierte en un compañero de dolor, ya que expresan sentir dolor al ver a su pareja someterse a los diferentes procesos que llevan los tratamientos. Dicen distraerse con su trabajo y dejar de pensar un poco en el problema que viven.

“También, pero pues más verla a ella así ¿no? Más verla a ella así, este, pues sufrir cuando ha estado en cirugía, y todo eso, que viene. Porque yo a veces no la puedo acompañar, a venir para acá, casi, casi nunca porque, contadas han sido las veces que he venido para acá. Este, sí que se levanta, sale a las carreras, llega a las carreras, me habla, este...y se va corriendo al trabajo, no sé. Para mí sí ha sido difícil verla así” (Pablo: 2015)

“Pues tratamos de enfocarnos más en el trabajo, para no estar pensando tanto en... pues en lo que es ¿no? en lo que estamos, en el tratamiento, digamos, bueno (se ríe) Son ya pues muchos años, son... ya digamos que ya todo nuestro pensamiento, bueno el mío es ya poder embarazarnos. Bueno yo en eso trato de enfocarme en trabajar para no estar pensando en eso” (Armando: 2015).

A diferencia de las mujeres que asisten constantemente al Instituto, y aunque tenga un trabajo dicen sentir frustradas por no lograr un embarazo, por ello buscan actividades que las distraigan.

“Entonces también es cómo... cómo que se siente una cierta frustración de que estás esperando a que resulte, de que dices bueno lo que tenía ahorrado, o lo que mi marido me puede dar se está agotando, entonces así como que me comprometo en un trabajo, pues ahorita no puedo comprometer en un trabajo” (Lulú: 2015)

“Sí de diferente forma, porque a lo mejor yo siento más feo porque yo estoy en casa, sin nada que hacer, y él está trabajando, está ocupado,

este, se va temprano, llega tarde. Su mente está trabajando en su trabajo y él no está, no está pensando tanto en esto” (Liz: 2015).

Aunque sea el hombre quién tenga el diagnóstico de infertilidad, la mujer es sometida a diferentes tratamientos, como la toma de hormonas, cirugías, estudios dolorosos, todo esto con la finalidad de que al momento del tratamiento ella se encuentre en las mejores condiciones para lograr el embarazo. Las mujeres dicen sentirse incómodas y nerviosas durante los tratamientos y estudios:

“pues para mí, que son muy dolorosas. Ósea, son estudios, a lo mejor no tan doloroso pero incómodo, el hecho de que te vean tantas personas y vengas aquí, y también el tiempo, dedicarle mucho tiempo... es de estar tranquila y decir así sean 5, 6 horas sé qué, pues algún día va a valer la pena ¿no? Pero si es tiempo, es compromiso, es este... es la pena, la incomodidad y doloroso” (Xóchitl: 2015).

Así mismo expresan sentir dolor cuando los tratamientos no dan resultados positivos, y la larga esperar que representa someterse alguna TRA.

“Para mí igual muy tardado, y... sí se me ha hecho eterno, llevamos en el Hospital, ya son 4 años en INPer, y doloroso porque el primer ciclo que pasas y te hacen la inseminación tu esperas... el embarazo (risas) pero... (Con lágrimas en los ojos y voz cortante) que pasan los días. Te dan 15 días para saber si quedaste o no (silencio 3 segundos). En ese transcurso de 15 días, este, esperas el positivo, pero anteriormente a mí, pues no, porque fue doloroso al momento de ver el sangrado, ver que no habías quedado y eso” (Leticia: 2015).

Estas narrativas también demuestran lo que Chávez (2011) menciona como un *dolor evidente* y un *dolor viviente*; el primero se expresa en la primera narrativa, es decir el dolor físico que conlleva cada tratamiento y estudio.

La segunda narrativa muestra el dolor viviente, definido por René Leriche como “el dolor experimentado fuera del laboratorio y no reducido a un código universal de impulsos nerviosos (que) consiste siempre, en lo íntimo, el encuentro humano en el significado” (Morris; 1994, 4 en Chávez; 2011, 105). Además este dolor, está permeado por la cultura, ya que forma parte del conjunto de representaciones simbólicas (Chávez: 2011).

En los tratamientos también hay una clara diferenciación que tiene su base en la biología, y la cual Héritier plantea como *la valencia diferencial de los sexos*, a

partir de la observación del cuerpo se dan diversas oposiciones, es decir a partir de una apariencia anatómica y fisiológica entre hombres y mujeres, se crea un artefacto cultural, de donde se desprenden nociones abstractas de oposición, idéntico/diferente, bajo/alto, frío/cálido etc. También se deriva de los papeles que juegan hombre y mujer en la reproducción, siendo las segundas quienes participan mayormente (Héritier: 1996).

Un ejemplo simple es la aspiración de los óvulos. Las mujeres necesitan ser medicadas previamente y pasar por un proceso de expiración para obtener sus gametos. A diferencia de los hombres de quienes se obtienen sus gametos mediante una eyaculación. Lo cual ocasiona que el cuerpo de la mujer sea constantemente manipulado por el personal médico, y se de una atención asimetría entre cuerpos masculino y femenino, en donde los primeros son favorecidos (Chávez: 2011).

“no sé ahora sí que me la llevé un poco más... más lento, más... no sé (...) sí porque yo nada más era cada mes, luego cada tercer mes, ya después eran puras pruebas de semen” (Armando: 2015).

Esto concuerda con lo ya reflexionado por Olavarría, y que denomina una “medicina de boutique, que se reduce a un conjunto de sistemas de control y manipulación del cuerpo de las mujeres, puesto que finalmente será el aparato médico-jurídico el que decida quiénes, cómo y cuándo pueden acceder a estas sofisticadas herramientas” (Olavarría: 2002).

En este sentido, los requisitos a cubrir solicitados por el INPer, dan paso a que sea el aparato médico-jurídico quienes decidan, quién, cómo y cuándo pueden acceder a las TRA. Regresando nuevamente a razones biológicas, en donde se encuentra la base para determinar hasta qué edad es recomendable, considerando que el embarazo se dé en las mejores condiciones, que mujer y hombre tengan descendencia.

El embarazo para las mujeres es importante para concebirse como mujer, no tanto como madres, pero sí para sentirse realizadas como mujer.

“(...) Ósea a lo mejor yo te lo diría, si es importante para ser mujer o... yo creo que depende de cada mujer. En mi caso como ya tengo cierta edad

y... y ciertos problemas ginecológicos, este, es importante para mí poder realizarlo en estos meses de mi vida” (Lorena: 2015)

“Bueno yo no tanto porque, igual yo digo “si puedo quedar embarazada pues que bueno ¿no?”, pero también una madre no es la que lo tiene, la que está embarazada, puedes atender a otros, no sé, medio de adopción, que es complicado sí, que es difícil sí, y es triste también, porque es impotencia al no poderte realizar como mujer al respecto” (Xóchitl: 2015).

En el grupo de informantes, sólo dos mujeres expresaron no sentirse menos por el hecho de no lograr embarazarse. Lo cual muestra que las TRA reafirman el rol de género de las mujeres, la maternidad, debido a que son una posible solución al problema de infertilidad de mujeres y hombres.

“Yo en su momento si lo pensé, porque yo creo que como mujer es más fuerte que tú te des cuenta de que no puedes quedar embarazada, pues la impresión es muy fuerte, para mí si fue muy fuerte. El hecho de que no y no, y no quedó embarazada, y no quedó embarazada. “Sabes qué pues no voy a poder tener hijos”. Entonces no, no voy a poder. Y hacerme la idea de que no voy a poder tener hijos, pero sé que estoy aquí y que tengo vida, y tengo cosas que hacer. Si dios me mando esto y decidió que estuviera aquí, y fuera así, pues no tengo porque reprocharle nada a él. Yo si en algún momento llegué a decir, no pues no pasa nada” (Xóchitl: 2015).

“Me ven tan tranquila y me dicen “a bueno pero ¿Sí quieres tener bebés?” pues sí, ósea si llega, pues sí, sino, no pasa nada, no por eso no valgo como mujer, al contrario yo digo, sí vieras todo lo que hago, que hago esto, que hago el otro, me levantó tarde, voy aquí, voy allá. Hago infinidad de cosas” (Angélica: 2016).

La maternidad que se nos ha impuesto a las mujeres como obligación cultural causa en las entrevistas frustración, dolor e insatisfacción por no cumplir con su rol de madre. La maternidad se nos ha interiorizado como un hecho natural (Tubert: 1991 en Lamas: 2011) y no lograr un embarazo causa en Xóchitl “una impresión muy fuerte”, puesto que el hecho de ser mujer es igual a ser madre.

El tener un diagnóstico de infertilidad para las mujeres entrevistadas, es un hecho frustrante y doloroso, por lo cual tienen que repensarse como mujeres y buscan otros atributos que no sean el ser madre solamente, como tener más tiempo libre para hacer muchas cosas, como lo expresa Angélica, “no tener tantas responsabilidades”.

En el caso de los hombres el hecho de ser padres significa conocer una nueva etapa de sus vidas, en la cual esperan descubrir una nueva parte sentimental.

“Primero es importante porque te hace, te descubre otra faceta de ti mismo al ser padre ¿no? Porque pues mientras no tengas no sabe uno ser padre ¿no? Tiene una idea pero no lo desarrolla del todo. En otra porque pues... te da la satisfacción de todo lo que haces de todo lo que (...) aprendido y vivido en la vida, se lo pudieras transmitir a tu hijo... y es una parte de dar, y que mejor a alguien que está a tu tutoría” (Alberto: 2015).

“Yo digo, bueno para mí sí es importante (silencio 3 segundos) y... porque es una etapa en la vida donde te conoces a ti mismo, a la pareja, lo que puedes hacer y dar por una persona que está llegando a tu vida” (Pablo: 2015).

En el caso de los hombres la paternidad conlleva una serie de obligaciones, la manutención de los hijos, la educación y la crianza.

“La paternidad es... enseñarles a lo mejor valores a tus hijos, saber que a lo mejor tienes responsabilidades con él ¿no? (...)” (Armando: 2015).

“La paternidad... la paternidad es... ser padres, a lo mejor ser padre, inculcar valores a un hijo, he, saberlo llevar por... por buen camino. Hacer de un hijo un buen... Pues una persona con valores, una persona que se haga independiente, independiente de, este, de sus padres” (Alberto: 2015).

Por lo que podemos decir que la maternidad y la paternidad también tienen diferente significado para un hombre y una mujer, cumpliendo ambos con sus roles de género, en el caso de los primeros su papel de proveedor y cuidador, pero además dan importancia a la parte de la educación y crianza. En el caso de las mujeres cumplen con su rol de madres, cuidadoras y amorosas. El papel de cuidadora también se traslada a su pareja, ya que son las encargadas de llevar las muestras al Instituto y recoger los resultados.

Así mismo las parejas expresan sentir presión por parte de sus familias e incluso presión social para tener un bebé. Angélica y Francisco comentaron abiertamente que a veces realizan los tratamientos más que nada por presión de su familia,

“si hasta te puedo decir que hay veces que hasta nosotros dos ya decimos “estamos a gusto así ya para que queremos más”... Pero, este, por parte de las familias luego si nos insisten, luego a veces ya llega el momento en el que estamos enojados, fastidiados de que nos estén diciendo, ya no nos

dicen más (...) Nos dejan descansar pero luego sigue, “oyes y esto, oyes y ya escuche así” (Francisco: 2016).

“si realmente sí, porque si era y o hasta, a veces presión social ¿no? O a veces de “¿y ustedes para cuándo?” “y cuando el bebé”. Y que no sé qué tanto ¿no? Ósea y de...Y yo bueno al menos yo he aprendido a decir, no púes no puedo tener ¿no? Y si, ya nada más, y ya empiezan “¿y por qué? a pues por esto, le digo lo que tengo, porque por lo regular ya no lloro, a púes les platico porqué, púes les digo, púes ya hice el otro, ya hice aquello y yo ya pasé por esto, por otro. Pues por esta razón no puedo” (Angélica: 2016).

La percepción del hijo propio también cambia. Para las mujeres un hijo propio se basa en lo biológico, es decir llevar el embarazo. En cambio para los hombres un hijo propio es quién, además de llevar su material genético, crían, educan y enseñan valores. Sobre lo cual profundizaré en el tercer apartado.

Sin duda hablar de la perspectiva de género cambia la manera en la que se lee la experiencia con TRA, ya que debido a ésta, se ve una clara diferenciación entre hombre y mujer, que se refleja en la participación de ambos en el proceso, la invasión de su cuerpo por parte del personal médico, en el cómo se concibe una mujer cómo madre y cómo se concibe un hombre como padre, ambos cumpliendo con el rol de género que se ha sido culturalmente impuesto.

3. 2 Representaciones simbólicas de la transmisión genética.

Este capítulo pretende dar a conocer qué papel juega la genética en la construcción de filiación. De acuerdo con lo investigado ésta sigue siendo un elemento importante a la hora de concebir a los hijos como propios, aunque también va acompañado de lo biológico y/o lo social. Como lo veremos más adelante.

Durante la investigación del proyecto se observó que las parejas buscan a toda costa tener un hijo con su mismo material genético, esto se reflejó al interrogarlos sobre la opción de donación de gametos, gestación subrogada y adopción. En dónde su contestación era que sólo harían uso de estas técnicas en el caso de que no pudieran concebir un hijo con sus propios gametos, su vientre no pudiera gestar al bebé, o cuando no tuvieran otra alternativa más que adoptar, o en

algunos casos aun cuando ésta fuera su única opción, decidían no llevarla a cabo por diversas razones, las cuales reflexionaremos posteriormente.

El interés por estudiar las representaciones simbólicas de la transmisión genética surge debido a que a partir de la intervención tecnológica en la reproducción, los usuarios de éstas comienzan a interrogarse a cerca de los vínculos de parentesco. La reproducción que había estado naturalizada, da un giro con la invención de las TRA, y los individuos se ven en la necesidad de interrogarse sobre lo genético y lo social de la reproducción (Bestard: 2014).

El hecho de recurrir a las Técnicas de Reproducción Asistida es porqué sienten que en éstas encontrarán el apoyo o la ayuda para lograr tener un hijo con su mismo material genético, ya que consideran que es el reflejo de ellos, la continuación de su persona.

“yo creo que aunque lo adoptáramos pues, puedo ser padre, pero... es un anhelo es algo que uno busca como primer instancia, creo nunca encuentra uno, una pareja que diga, adoptó y no buscó la paternidad biológica” (Alberto: 2015)

“púes sí porque... haaa, púes al final ahí te ves reflejado pues... no sé la genética... los ojos, todo” (Laura: 2015).

En este sentido “la sustancia biogenética compartida (...) se convierte también en un vehículo de transmisión de experiencias familiares compartidas. Los genes sirven de analogía para hablar de relaciones y valores” (Bestard: 2004, 94).

“Ajá, todo lo aprendido y vivido en la vida, se lo pudieras transmitir a tu hijo... y es una parte de dar, y que mejor a alguien que es de tu sangre” (Alberto: 2015).

Además de las TRA, buscan otras opciones, éstas al igual que las TRA garantizan la búsqueda de descendencia con sus propios gametos, como son la acupuntura, la medicina homeópata, los masajes, baños de asiento, temascal y alimentación.

En el caso de las mujeres, el hecho de compartir material genético con sus hijos no es de vital importancia, ya que lo compensan con la experiencia del embarazo. Pensar en una donación de óvulos no causa tantos conflictos éticos, ya que valoran mucho la experiencia física y emocional del embarazo, porque les permite

una conexión emocional y biológica con sus hijos, y a partir de éste se apropian de los gametos recibidos por donación (Fitó: 2013). Por esto es que pensar en una gestación subrogada o adopción les resulta más conflictivo y se reusan a hacer uso de estas alternativas.

“sería distinto para mí como mujer, fuera el donante, por ejemplo las que te prestan el vientre para tener (...) Ahí sí sería diferente porque yo no lo tengo, no sentiría, no tendría, ósea si vería crecer la pancita de ella y sabría que va a llegar mi hijo pero no sería la misma satisfacción a que yo lo sienta ¿no?” (Xóchitl: 2015).

En el caso de los hombres el hecho de compartir material genético con sus hijos parece ser no tan significativo. Para ellos participar en la crianza y educación de los hijos, vivir el embarazo y compartir experiencias de vida con sus hijos es de mayor importancia para concebirse como padres. Pero al cuestionarlos sobre la participación de donante de semen, prefiere hacer uso sólo en caso de necesitarlo, o que no puedan procrear con sus gametos. En caso de aceptar esta participación dicen necesitar trabajar en la asimilación de esta decisión.

“puessss... eee, consi... este si sería porque en mi caso este... no habría problema pero si sería así cómo... Pero si habría que trabajarlo mucho para asimilarlo” (Alberto: 2015)

En el caso de Pablo es de vital importancia compartir con su hijo material biogenético, esto se refleja al interrogarlo sobre la participación de un donante de semen, ya que no se consideraría el padre biológico del niño, puesto que no compartiría sus genes ni su sangre.

“púes porqué, este, si estamos pensando el caso de donación, pues ahora sí que el donante sería el papá (risas) biológico sería otra persona y este, este para mí sería importante, porque púes... este, igual la sangre, todo, todo, yo pienso que en todo. Igual eso no quiere decir que lo voy a querer menos, no eso no cambia nada, nada más eso en cuestión de genes y eso” (Pablo: 2015).

Pablo considera que su fluido corporal, el semen, representa la garantía para concebirse cómo “padre verdadero” de sus hijos.

En el caso de los donantes de gametos la representación simbólica de la genética cambia, ya que hacen una clara separación entre lazos biológicos y sociales. “Las donantes de óvulos quieren separarse a sí mismas emocionalmente de sus

experiencia buscan un sentido puramente biológico y médico a su donación” (Orobitg y Salazar: 2003 en Bestard: 2004, 95). Los donantes devalúan los genes como elementos significativos del parentesco. En este caso los genes en sí mismos no constituyen un lazo, porque se mantienen al dominio de la naturaleza, y abstracto del conocimiento biológico y técnicos de los médicos (Bestard: 2004).

Entonces podemos concluir que la representación simbólica de la genética varía según las circunstancias de los individuos. Cuando recuren a una donación de gametos, comienzan a cuestionarse sobre la importancia de compartir material genético con sus hijos, cargando de significados a la sustancia biogenética para la construcción de la filiación. En los casos de los donantes, los gametos no representan ningún lazo de filiación entre ellos y el niño que está por nacer de su donación.

3. 3 ¿Cómo se comprende el hijo propio?

Un hijo se vuelve para las parejas un complemento, un apoyo, una realización como personas, un sueño, una razón para seguir adelante, un reflejo de sí mismos, una parte de ellos, alguien con quien compartir experiencias de vida y algo que es sólo suyo. Considerando como primer vínculo al embarazo, el deseo de tenerlo o el hecho de haberlo idealizado y finalmente el amor.

Dentro de los tratamientos de Reproducción Asistida un hijo propio se entiende cómo aquel con el que se comparte material genético (Bestard: 2004). Para el grupo de informante ésta construcción se da con diversos factores, los cuales analizaremos a continuación.

Para Liz un hijo propio es “tener a una persona con tu misma sangre, que nazca de ti, bueno yo como mujer, este, pues a mí me gustaría mucho tener (...) La experiencia, y este... Debe ser hermoso”. En su caso Liz comprende a un hijo propio por hechos biológicos como compartir sangre, llevar el embarazo y parirlo.

En el caso de Lorena un hijo propio “pues sería el hijo que... yo llevé en mi vientre a lo mejor (silencio 3 segundos) Biológicamente pues sí sería eso. Pero como decíamos, a lo mejor si yo tomará la decisión de adoptar a alguien igual sería mi

hijo”. Lorena comprende al hijo propio por el hecho de llevar el embarazo pero además por la parte social de la crianza.

Un hijo propio para Lulú es “Llevarlo en mi vientre, bueno estar con él... sus cuidados, mmm un hijo adoptado pues es solo recibirlo no pasar por... ¿Cómo le llaman? Labor de parto y todo eso”. Para Lulú un hijo propio se comprende por el hecho de llevar el embarazo.

Xóchitl y Pablo coinciden en que un hijo propio es “aquel que salga de nuestros genes” “de tu sangre, de ti mismo”. Para ellos el hijo propio está concebido por compartir material genético y por el hecho biológico de compartir sangre.

Laura define a un hijo propio como “un hijo que viene de... Digamos que tiene mí... mis genes, mi sangre o mis células (silencio 10 segundos) pues que es, que tiene parte de mi ¿no?”. En el caso de Laura el hecho de compartir material genético y los hechos biológicos como que llevé su sangre y tenga sus células son necesarios para concebir a un hijo como propio.

Para Alberto “Yo, un hijo propio es aquel que... que tú lo reconoces como tuyo y... he, se podría decir que las leyes reconocen que es tu hijo ¿no?”. En el caso de Alberto el hecho de que la ley reconozca a su hijo como su propiedad es de vital importancia.

La definición de un hijo propio para Armando es “tenerlo en casa (se ríe). Es que en ese aspecto sí consideras que a lo mejor en un momento no puedas tener un hijo, pues a lo mejor puedes llegar a la adopción y no necesariamente tiene que ser tu sangre un hijo, simplemente con que tú lo eduques, tú lo mantengas, lo crezcas, es tu hijo, no necesariamente tendría que ser de tu sangre”. En el caso de Armando la importancia de lo social es el principal factor para entender a un hijo como propio, pero también lo biológico, la sangre, también se encuentra en esta construcción.

Para Leticia “un hijo propio... pues igual si lo tengo yo, de mi vientre, pues que mejor, pero sí no, al igual la adopción, el criarlo y tenerlo, el enseñarle nuestras... pues nuestras, lo que, a lo mejor, tal vez nos enseñaron a nosotros, al fin y acabo

es tu hijo, tú lo vas a criar y lo vas a enseñar a ser cómo se debe”. Ella entiende un hijo propio desde lo biológico, el embarazo y lo social, la crianza.

A diferencia de Angélica quién dijo:

“yo siento que esa palabra está mal usada, o no sé a qué se refiera el tener un hijo propio. Se supone que todos los hijos son... de la pareja, son de la mamá ¿no? Un hijo propio tal vez es o se entiende, o se le dio el significado, porque no sé si este bien o mal, un hijo propio es que viene de... Trae tus genes ¿no?, es concebido, es... se dio el embarazo normal vamos, ¿no?, se dio, o que se dio normal con tu espermatozoide y tu óvulo ¿no? No sé, digo sería, no sé si haiga otra definición, ese no es propio, este es del vecino, o no sé ¿no? (...) Un hijo propio siento que sería, no importa si fuera adoptado o no. Ósea es tu hijo tú decidiste tenerlo, esta personita en tú vida”.

Para Angélica el término de hijo propio es confuso, ya que ella comprende que un hijo propio se basa en la decisión de tenerlo, pero también entiende que un hijo propio es aquel que comparte material genético con sus padres.

“Cuidarlo, criarlo, educarlo” eso significa un hijo propio para Francisco. En el caso de Francisco comprende al hijo propio a partir de hechos sociales.

El embarazo en el caso de las mujeres, sigue siendo el factor de mayor peso para la construcción de filiación, acompañada de la parte social como lo es la crianza y la enseñanza. Para los hombres la crianza y educación juegan un papel importante para concebir a un hijo cómo propio, pero también va acompañado de lo genético, es decir su participación en el embarazo de sus parejas.

El hecho de que las mujeres privilegien el embarazo para la construcción del hijo propio es porque a partir de este cumplen con su rol de género, la maternidad y el embarazo confirma lo que por “naturaleza” se espera de la mujer. Así mismo el hecho de que los hombres privilegien los hechos sociales de la paternidad para la construcción del hijo propio es porque les permiten cumplir con su rol de género, el proveedor y cuidador de la familia.

El grupo de informantes tienen cómo primera instancia la búsqueda de un hijo con su mismo material genético, dejando a un lado la donación de gametos y la adopción. Tema del cuál profundizaré en el siguiente apartado.

Lo genético sigue jugando un papel importante en la construcción de filiación. En caso de que no se pueda llevar a cabo genéticamente, se busca reemplazarla por lo biológico, y finalmente si ninguno de los dos se tiene, se recurre a lo social. Lo genético, lo biológico y lo social pueden estar relacionados, o puede haber ausencia de alguno. Primero se busca la descendencia en la “naturaleza” después en lo social.

De acuerdo a estas definiciones, se puede entender que la construcción de un hijo propio es multifactorial. Éste se puede construir por hechos biológicos, genéticos y/o sociales, que pueden estar o no entrelazados.

3. 3. 1 ¿Por qué no adoptar?

¿Por qué no adoptar? Cuando en México más de 30 mil niños y niñas se encuentran en espera de una adopción, en albergues y casa hogar público y privado. Sí siendo bebés es difícil que los niños sean adoptados, menos probabilidades hay cuando pasan de los 4 años. Y no sé diga cuándo los niños y niñas se convierten en adolescentes, teniendo el 99% de posibilidades de lograr ser parte de una familia (Martínez: 2015).

Sí a todo esto le sumamos la falta de políticas públicas, programas sociales y la inexistente legislación sobre el tema, lo cual ocasiona que las parejas no quieran adoptar, sobre todo por lo tardado del trámite, que puede ser mayor a los dos años, aunque no debería ser así porque oficialmente no tendría que exceder a los 12 meses. Los muchos requisitos que les piden y el lento proceso de transferir la custodia de un menor (Celestino: 2010). Además de razones personales que les impiden realizar una adopción. Mencionaremos y analizaremos algunas a continuación.

Todos mis informantes con excepción de Liz, dijeron estar dispuesto a adoptar, pero como su última alternativa, o hasta haber agotado todas sus posibilidades de tener un hijo con su mismo material genético, o gestar en su vientre. Las razones por las que la adopción es su última alternativa son: el hecho de querer vivir la experiencia del embarazo, compartir material genético con su hijo, lo tardado del proceso de adopción.

En el caso de Liz ella se niega a la adopción porque dice que ésta es muy tardada y difícil, además del miedo que tiene de no saber si el niño se adaptará a ellos.

“esa opción la consideraría mucho porque es muy difícil adoptar (silencio 3 segundos) es muy muy difícil (...) te tardas años en conseguir una adopción... años, años, años, y yo creo que lo que menos tenemos es tiempo, porqué sí nos tardarnos tanto tiempo es porque ya seríamos abuelitos en lugar de papás (risas) (...) entonces, *¿Consideras que un hijo adoptado es diferente a un hijo propio? o ¿Consideras que es igual?* (silencio 2 segundos) mmm (silencio 2 segundos) en muchas cosas es diferente, en primera no viene de ti, en segunda no sabes de dónde viene y no sabes si se va a adaptar (...) a nosotros, por más que uno le dé una educación, este, no sabes cómo ya de grande pueda ser, por más que los adoptes desde bebés, no sabes cómo vaya a ser” (Liz: 2015).

Lo curioso es que hacen mención del tiempo que se tardarían en conseguir una adopción, cuando en su mayoría llevan más de tres años buscando un embarazo sin éxito. Lo que también les han hecho perder demasiado tiempo.

También se puede observar las creencias culturales que se tiene en torno al origen del bebé por adoptar, así como de las costumbres que valores que pueda traer, pensado que en la lectura cultural que implica la herencia, relacionado con la sangre, la cual trae los genes de las personas y por tanto las define de cómo serán, aunque sabemos que esto es construido y aprendido culturalmente (Chávez: 2011).

Al contrario de Lulú quien al conocer su diagnóstico se planteó la opción de la adopción, pero su esposo se negó a ésta, ya que siente que no sería su hijo:

“Entonces tú le planteaste esta posibilidad pero él dijo que no. ¿Tú por qué sí quisieras una adopción? para no arriesgarme. Porque también, me imaginó que ha de ser muy doloroso pasar por un aborto, una pérdida (...) no quisiera pasar por eso” (...) *¿Por qué crees que no quiera la adopción?* (silencio 3 segundos) mmm pues yo creo que es como cualquier hombre... machista, de que quiere un hijo propio, aparte también por influencia de su familia (Lulú: 2015).

Laura comentó que la razón por la cual dejaba como última opción la adopción, es por miedo al rechazo por parte de la sociedad:

“entre nosotros no, pero en la sociedad y en las familias si hay diferencias, *¿Cómo que tipos de diferencias?* pues si discriminaciones o el llamado

bullying. La sociedad si hace esas diferencias, esas marcas ¿no? En cuanto saben que es un hijo adoptado, entre ellos mismos los niños, digamos de la misma edad, si hay, los hacen, los marginan, hasta en la misma familia lo resienten. Ósea sí, no sé, si adoptaría un hijo, la misma familia, la sociedad los hace (...) *¿Por qué considera que existe este tipo de discriminación?* Por la idiosincrasia de la gente, porque como ellos, o la mayoría de la gente, de la familia, ha tenido a sus hijos propios, pues hacen esa, ese menosprecio” (Laura: 2015)

En esta narrativa se puede observar el miedo al rechazo social hacia los niños adoptados y parejas que deciden adoptar. Chávez (2011) expone que quizá esto se deba a la importancia que se le da socialmente al proceso reproductivo (embarazo, parto y lactancia) para la conformación de parentesco.

Estas razones son por las que la adopción es la última alternativa, o en otros casos no está contemplada, del grupo de informantes de esta investigación. Además de lo tardado del trámite para conseguirla, el hecho de no compartir material genético con los hijos, no vivir la experiencia del proceso reproductivo y las creencias culturales que se tienen alrededor de la adopción.

Capítulo 4 Los discursos en torno a las Técnicas de Reproducción Asistida.

En el presente capítulo se pretende analizar los discursos que rodean a las TRA, desde los médicos y enfermeras, el trabajo social, quien es el encargado de otorgar el servicio a los pacientes dentro del Instituto Nacional de Perinatología. Y por último los usuarios con y sin diagnóstico de infertilidad.

Está basado en pláticas con doctores durante las consultas de infertilidad y lo observado en las mismas, así como en lo contestado por los pacientes.

En una de estas pláticas, una doctora residente expresó:

“Al no existir una ley que regule las TRA, los doctores deciden a que tipos de parejas y personas les practican dichas técnicas, aunque esto no debería de ser así, porque debemos dejar a un lado nuestras creencias y juicios de valor para ejercer con ética nuestra profesión” (Ana: 2015)

En este testimonio se observa que el acceso a las TRA no es igual para todas las personas, y los doctores deciden a quienes les brindan el servicio, es uno de los tantos problemas que surgen al no existir un tipo de legislación en torno al tema. En este caso ya hemos analizado los parámetros para el acceso al servicio en el INPer, se necesita estar casado o vivir en unión libre, contar con cierta edad, no ser derechohabiente de otra institución etc.

La Dra. Ana Figueroa además comentó que ella se negaría a realizar una gestación subrogada a una mujer por razones estéticas, es decir por no querer deformar su cuerpo. Debido a que ella considera que la mujer que decide no gestar a su hijo por esta razón tiene “un problema psicológico muy fuerte”. En este testimonio se puede observar cómo se ha naturalizado el rol de la mujer cómo madre, ya que el hecho de que una mujer no geste a su hijo, se interpreta como una mujer con “un trastorno psicológico”, es decir “anormal”.

Al mismo tiempo es contradictorio con lo antes planteado con la Doctora, ya que comenta que no deben de intervenir sus creencias y juicios de valor para ejercer con ética su profesión, pero el hecho de no querer realizar esta técnica en mujeres que ella considera “con un trastorno psicológico muy fuerte” deja mucho que decir.

También me percaté que existe falta de información por parte de los doctores hacia los pacientes, ya que en algunas ocasiones los doctores, no les explican cómo es el procedimiento, cómo es el estudio que les van a realizar, para qué les sirve, cuál es su situación en cuanto a problemas de infertilidad, qué posibilidades tienen de lograr un embarazo.

Asimismo los informantes expresaron tener dudas con referencia a su diagnóstico de infertilidad, además dicen recibir poca información sobre las posibilidades que tienen de lograr un embarazo. Lo tardado de los tratamientos y lo caro que son.

“Un poco así como de desánimo, porque, pues por lo económico, porque los doctores no explican, no sé... ¿Cómo se llama?, no se adentran, no se enfocan en explicar en detalle de cómo funciona esto. Un poco más de desánimo porque también no nos dicen “oigan tienen que hacer esto, tienen que ponerse hasta de cabeza” no dicen nada, ósea nada de... si hay que hacer ejercicio, si hay que comer, lo que hay que comer. Nada de... “ayúdense con estas técnicas” nada. Ósea se los dejamos a los doctores,

que se creen, no sé, dioses, a ver qué hacen. Bueno no sé, ellos sienten eso que nosotros tenemos la varita mágica y nosotros nos podemos, nosotros nos vamos a embarazar casi, casi, no nos ayudan, entonces si es un poco desesperante, y a parte porque uno le pregunta, bueno yo les eh preguntado, oiga y ¿Qué hago?, estoy bien de peso ¿Qué como?, ¿me pongo de cabeza?, ¿Qué hago? Dígame, y no dicen nada, entonces si es un poco así como que ¡ay! (...) En esa parte, en la otra parte he, la ayuda dada en cuanto a la información, te repiten mucho la información, o te dicen, así como que tirando soles, a ver doctor dígame ¿cuál es la probabilidad de que si funciona? ¿No? Ese tratamiento “no pues nada más el 30%” dicen y ya ahí queda ¿no?, no hay ese de que los doctores digan “no pues si usted quiere apóyese, apóyese en unos masaje” que no creo que crean en eso. “apóyese en, en comer puros ejotes todo un año, porque esos lo ejotes tiene, no sé esta vitamina y le va ayudar”. Entonces sí, si como que ahí les falta (Laura: 2015).

A veces la enfermeras juegan un papel de mediadoras entre la relación médico-paciente, ya que ellas son las que les exponen a los médicos las dudas y problemas que tienen las pacientes, incluso interceden por ellas para que no se cancelé su cita por llegar tarde o expresan la dificultad de las pacientes de no poder comprar los medicamentos por falta de dinero.

El trabajo social es una parte importante dentro del Instituto ya que se encarga de los trámites administrativos de los pacientes, se encarga de otorgar el nivel con base a un estudio socioeconómico que se les realiza en el mismo Instituto. Funciona como regulador de la relación médico-paciente y valora la documentación entregada.

Después de la valoración médica, la valoración de los documentos y la realización de diferentes cuestionarios se decide sí se les brinda o no el servicio a las y los pacientes. Una trabajadora social expresó “sentir feo” al rechazar a las y los pacientes con diagnóstico de infertilidad, ya que no tienen otra opción a dónde recurrir.

El discurso del paciente cambia cuando este tiene o no tiene un diagnóstico de infertilidad, e influye en la manera de buscar al hijo propio. Un claro ejemplo es Lulú, en donde ella posee dicho diagnóstico y su esposo que no tiene ningún diagnóstico, se niega a hacer uso de la maternidad subrogada y donación de gametos.

“Sí, no mira lo que pasa es que yo creo que yo pienso muy diferente a él, por lo de mi problema, me he tenido que mentalizar... y pensar de otra manera, una manera muy distinta. Entonces a él como que si le afectaría que hubiera la participación de un donante de esperma, o que hubiera un donante de óvulo, e incluso que hubiera una renta de vientre. Al principio él, la renta de vientre, lo habíamos investigado, pero aparte de que se sale totalmente de nuestro bolsillo, este él... él no se sentía muy convencido (...) *¿Él que te dice porque no se convencía de esto?* (se ríe) pues siente que no sería su hijo” (Lulú: 2015)

Además el hecho de tener un diagnóstico de infertilidad cambia totalmente la perspectiva de vida que tenía.

“pues sí me cambia muchísimo la perspectiva... pero... no sé, pues es difícil, muy difícil porque te cambia todo tu rol de vida. Por decirlo yo soy una persona metódica, Entonces como que ya tenía todo planeado, y cuando me dan este diagnóstico, tengo que empezar a planear que es lo que va a pasar, las probabilidades... ahorita he dejado, pues mi trabajo, eso no lo tenía contemplado, este, pues la verdad sí me ha cambiado muchísimo, muchísimo la vida se puede decir (...) pues yo creo que también el estado de ánimo. Ahorita por decirlo ya va la tercera inseminación... artificial y no ha resultado, entonces apenas tuve consulta la semana pasada, me comentaban que vamos a hacer, bueno van a hacer otro intento y en caso de que no funcione me mandan a In Vitro. Entonces también es como... como que se siente una cierta frustración de que estas esperando a que resulte, de que dices bueno lo que tenía ahorrado, o lo que mi marido me puede dar se está agotando, entonces así como que me comprometo en un trabajo, pues ahorita no puedo comprometer en un trabajo. Ya sea que los... estudios que manda hacer, o las inseminaciones necesitan reposo, sobre todo reposo, entonces pues no me puedo comprometer ahorita en un trabajo” (Lulú: 2015)

La frustración también se siente en los usuarios que no tienen un diagnóstico de infertilidad, ya que no conocen la causa por la cual no han podido tener un hijo.

“Igual este, es un poco desesperante, un poco frustrante, porque pues, a veces llega uno a pensar que... pues las condiciones de la vida no son parejas, porqué luego como hay otros que ni lo desean y de la nada sale, y a uno parece que, parece que, este... algo personal ¿no?... que dices, este, porque a uno se lo dificultan más ¿no? Ósea ¿qué necesidad hay de esto? cuando puede llegar de una forma natural y más te desesperas, cuando dices, como yo luego les digo, que... pues si te dijera a ti esto pues a lo mejor ya te haces, ya haces la idea de que pues no vas a poder, de

que... o de que hay que trabajar en esto, o que te digan que todo está bien y no sale, por un lado te reconforta porque dices que bueno no tengo nada, pero por el otro, te fu... te frustra porque no tengo nada y... y no puedo lograr el objetivo, mejor díganme “sabes que tus espermias no sirven” y bueno ya tomó otra decisión”

En el grupo de informantes, dos mujeres negaban su diagnóstico de infertilidad, Laura y Liz, ya que al interrogarlas por su diagnóstico de infertilidad, decían no conocer, conforme se fue desarrollando la entrevista me comentaron lo que les habían planteado los doctores.

En el caso de Laura presentaba Hiperprolactinemia, es decir presentaba niveles altos de prolactina en la sangre, lo cual afectaba su fertilidad. Liz presentaba un problema de tiroides, lo cual también dificultaba lograr un embarazo.

La negación del diagnóstico de infertilidad me lleva a pensar que el rol de género que se nos ha impuesto a las mujeres, lo pensamos como un hecho natural, que el no poder embarazarse causa en las mujeres una frustración, dolor y negación por no poder cumplir con esta norma cultural que se nos ha impuesto.

También se interrogo a dos mujeres y un hombre acerca de la situación ética de los huevecillos fecundados utilizado para la fertilización In Vitro, es decir si lo podrían o no considerar cómo sus hijos, una de ellas contestó “pues ya es vida ¿no?” (Lulú: 2015) y preferiría que los huevecillos no utilizados, sirvan para la experimentación, lo cual es curioso porque ella considera que ya son vida.

Angélica y Francisco no podría considerarlos su hijo debido a que no saben si se va a desarrollar por completo, es decir si llegará a ser una persona. Lo consideran parte de ellos, de su propiedad puesto que lo están pagando. A Angélica le gustaría conservar los huevecillos no utilizados, para su posible uso después. A Francisco le gustaría donar los huevecillos no utilizados.

Sin duda las técnicas de Reproducción Asistida tienen muchos actores involucrados en los procesos, el personal médico jurídico, los usuarios y los Institutos de Salud así como las clínicas privadas, cada uno tiene un discurso en torno a las TRA. En este capítulo se han expuesto solo algunos de los muchos discursos que se dan en torno a dichas técnicas.

En ellos podemos observar juicios de valor, opiniones personales, significados culturales y experiencias, por ello considere importante mencionar algunos de los encontrados en esta investigación.

Conclusiones

Esta investigación ha tenido como objetivo conocer las representaciones simbólicas de la transmisión genética. A lo largo de ésta, y de acuerdo a la información etnográfica, no podemos separar el flujo genético de lo biológico y lo social, ya que se encuentran interrelacionados.

El compartir material genético con sus hijos, representa para el grupo de informantes, la continuidad de su persona, el reflejo de si mismos y un elemento para considerar que los hijos son exclusivos de la pareja.

Las Técnicas de Reproducción Asistida garantizan la posibilidad de tener un hijo con su mismo material genético (Chávez: 2011) Siendo éstas, la primera instancia a la que recurren las parejas con diagnóstico de infertilidad.

Sin duda el hecho de compartir material genético con un hijo, sigue jugando un papel importante en la búsqueda de descendencia, pero el embarazo y la parentalidad también juegan un papel importante en ésta búsqueda.

Pero ¿Por qué es tan importante para los informantes compartir material genético con su hijo? De acuerdo a lo observado y contestado en las entrevistas, este hecho les garantiza una mayor apropiación del hijo. Al no recurrir a la donación de gametos, gestación subrogada o adopción, sienten tener la seguridad que nadie aparecerá para reclamarles o exigir derechos sobre el niño nacido de éstas Técnicas.

La presente investigación además sirvió para reafirma lo que Joan Bestard (2004) propone como la moralidad del parentesco, ya que durante ésta se encontró que a partir de las técnicas de reproducción asistida intervienen 3 factores para la construcción de filiación, lo biológico, lo genético y lo social (ver cuadro 1).

Factores para concebirse como padre/madre

(7 Mujeres 4 hombres T= 11)

Biológico	Genético	Social	Total
11	3	9	11

Debido a la intervención tecnológica en la reproducción, las personas hacen un trabajo simbólico que consiste en reflexionar acerca de la importancia de los hechos biológicos, la transmisión genética y lo social, a partir de su propia experiencia del parentesco y haciendo uso de los recursos que poseen. Es decir, de acuerdo al diagnóstico de infertilidad y a sus posibles soluciones van dando significado a dichos factores.

El grupo de informantes recurren al hecho biológico del embarazo, para concebirse como padres, ya que les resulta difícil pensar en una donación de gametos, gestación subrogada o adopción, ya que para mis informantes, en su mayoría, es la última alternativa (cuadro 2)

Cuadro 2

*Otras alternativas**

Donación de gametos	Gestación subrogada	Adopción	Total
7	3	8	11

*El orden va de acuerdo a cómo lo tienen planeado los informantes

Por lo anterior podemos concluir que la filiación es entendida principalmente por dos factores, lo biológico y lo social. Consideran como social, la adopción, las labores de crianza, es decir la parentabilidad. Cumpliendo así con uno de los objetivos específicos, conocer cómo se construye la filiación a partir de las TRA. Así mismo se cumple con la hipótesis, *la filiación en las TRA se construye con tres elementos, lo genético, lo biológico y lo social. Estos pueden estar relacionados entre sí, o carecer de uno.*

Hoy en día lo genético sigue jugando un papel importante en la construcción del parentesco; ya que lo primero que se busca es compartir material genético con un hijo, recurriendo a las TRA, como segunda instancia se piensa en la donación de gametos y la gestación subrogada, en última instancia se considera la adopción. Aunque algunos usuarios no consideran las dos últimas (ver cuadro 2).

La información presentada en el cuadro 1 hace notar que sólo 3 informantes, dan importancia al aspecto genético para la construcción de filiación, el hecho de llevar tratamientos de reproducción asistida, u otros como medicina homeópata, tratamientos con naturistas, masajes, remedios caseros y temazcal, donde existe mayor posibilidad de tener un hijo con su mismo material genético da mucho que decir, ya que primero se busca la descendencia en lo natural y después en lo social (Bestard: 2004).

No debemos olvidar que nos encontramos en un contexto cultural determinado, en dónde la dominación masculina está impresa en la sociedad, y la subordinación femenina está presente en todos los ámbitos político, económico y simbólico (Héritier: 1991). Lo cual permea en las Técnicas de Reproducción Asistida.

Por este motivo la experiencia con los tratamientos de Reproducción Asistida se vive de diferente manera. Las mujeres son las que participan activamente, aun cuando sus parejas tengan un diagnóstico de infertilidad. La atención médica es asimétrica entre cuerpos masculino y femenino, en donde los primeros son favorecidos (Chávez: 2011)

Los hombres se convierten en un compañero de dolor, un apoyo, mientras que el cuerpo de la mujer es el más invadido dentro de los procedimientos, física simbólica y emocionalmente, dando paso a lo que Chávez denomina “una dinámica diferencial del trato del cuerpo genérico” (Ibídem)

Lo contrario sucede con la filiación, ya que hombres y mujeres recurren al hecho biológico del embarazo, para significarse como padres. En el caso de las mujeres el embarazo, además, es significativo para sentirse mujeres realizadas, cumpliendo con su rol de madres, cuidadoras y protectoras, con excepción de dos

quienes dijeron no sentirse menos por el hecho de no ser madres, además expresaron tener cierta “resignación” si no logran un embarazo.

Cuadro 3

Factores que intervienen para concebirse como madre (T= 7)

Biológico	Genético	Social	Total
7	2	7	7

Cuadro 4

Factores que intervienen para concebirse como padre (T=4)

Biológico	Genético	Social	Total
4	1	3	4

En el caso de los hombres el embarazo, significa vivir el proceso junto a su pareja, esperando descubrir una parte sentimental que hasta el momento no conocen, convirtiéndolos, como ellos dicen, en “mejores personas”. Además recurren con frecuencia a las labores de crianza, la parentalidad, y las responsabilidades que conlleva tener un hijo, es decir la manutención, lo cual también reafirma su rol de género de proveedor y protector.

Hablar de parentalidad implicaría una neutralidad en las prácticas educativas de los hijos, teniendo una posición equivalente entre hombres y mujeres. Aunque esta hipótesis no puede ser del todo aceptable, ya que las funciones maternas y parentales están todavía muy determinadas por una división de los roles de género (Barrére-Maurison: 2001 en Claude: 2003)

Lo interesante aquí es que los hombres comienzan a hacer un notable reconocimiento de su participación en las labores de crianza, lo cual me hace interrogarme. En la práctica ¿Qué tanto esto se lleva a cabo? En caso de ser así ¿Podríamos comenzar a hablar de equidad en la participación de hombres y mujeres en las labores de crianza?

Cuadro 5

Factores que intervienen en la construcción del hijo propio. (T= 11)

Biológico	Genético	Social	Total
8	8	8	11

La construcción del hijo propio es multifactorial, puede implicar el hecho de compartir material genético con el hijo, llevar el embarazo o la adopción. Esta construcción se encuentra totalmente marcada por la perspectiva de género. Para las mujeres el hecho de gestarlo en su vientre es de suma importancia, debido a que cumplen con su rol de madres.

Los hombres dan mayor significado a la parte de la parentalidad, es decir a los hechos que se esperan de un padre. Lo nuevo sería que el hecho de compartir material genético con su hijo no tiene tanta importancia, por lo menos en el pequeño grupo de informantes de la presente investigación, con excepción de uno, ya que el hecho de que un hombre tuviera descendencia era como demostrar su virilidad (Chávez: 2011).

Es importante mencionar que el contexto cultural influye en las decisiones que toman los actores en la búsqueda de descendencia. Ya que en nuestra sociedad existen ciertas creencias en torno a la adopción. Además de lo ya mencionado, como la falta de agilidad en los trámites de adopción, lo tardado del proceso, razones personales basadas en mitos en torno a los niños adoptados. Considerando a ésta como su última opción.

El discurso de la persona en torno a la construcción de filiación y de hijo propio, cambia cuando se tiene o no un diagnóstico de infertilidad. La persona que es diagnosticada con infertilidad hace un trabajo simbólico para la búsqueda de la descendencia, haciendo uso de las diversas opciones que tiene para la solución de dicho problema.

Mientras que la persona que no posee un diagnóstico, difícilmente acepta hacer uso de todas las alternativas ofrecidas. Como ejemplo tenemos al esposo de Lulú, quien no tiene ningún diagnóstico y se niega a hacer uso de la donación de gametos, maternidad subrogada y adopción.

Considero que es importante trabajar en la relación médico- paciente, sobre todo en la explicación de los tratamientos, las alternativas para solucionar su problema de infertilidad, el procedimiento de los estudios a realizar, el estado de salud en el que se encuentran las y los pacientes. Logrando así que los usuarios tengan un panorama claro para la toma de decisiones en la continuidad de los tratamientos, con información clara y oportuna.

La inexistente legislación en el tema provoca en los usuarios de TRA incertidumbre sobre la situación legal de sus hijos en un futuro. Expresando miedo de que algún día aparezca alguien exigiendo derechos sobre los niños. Por esta razón los usuarios mencionan que en caso de hacer uso de la donación de gametos prefieren que ésta sea anónima. Se recurre al anonimato ya que no implica ningún tipo de relación (Bestard: 2004).

En el caso de la gestación subrogada, prefieren no tener ningún vínculo con la mujer que llevará el embarazo, que se usen sus gametos para la concepción, y que ésta se haga por el contacto de una clínica y no directamente entre las partes involucradas. O simplemente prefieren no hacer uso de esta técnica.

La falta de legislación también permea en el discurso manejado por el trabajo social del Instituto Nacional de Perinatología, ya que los requisitos que piden para brindar el servicio, hacen que el acceso a las TRA sea desigual, excluyendo a las personas que no cumplen con dichos requisitos.

Lo mismo pasa con el personal médico, quienes deciden a quién y qué tipos de tratamientos realizan. Es importante trabajar en materia legislativa sobre el tema que nos interesa en esta investigación, las Técnicas de Reproducción Asistida, para la resolución de los problemas que conllevan éstas.

Para finalizar, considero importante seguir explorando en el estudio de las TRA, ya que la antropología puede aportar mucho sobre el tema, en relación del género y parentesco. Queda interrogantes con las que se puede dar continuidad al estudio, como conocer cómo se entiende la filiación y la construcción del hijo propio con usuarios de TRA en el ámbito privado, no dudo que se encuentren nuevos datos para contribuir al conocimiento y debate ético de las TRA.

Bibliografía

Bestard, Joan (2004) *Tras la biología: la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción*. Universidad de Barcelona. Barcelona

Cardona, Pérez Jorge Arturo (2015). *Informe de autoevaluación del Director general del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes 1 de enero a 30 de junio de 2015*, Ciudad de México. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de salud y hospitales de alta especialidad.

Chávez Courtois Mayra Lilia (2011) *Infertilidad y reproducción asistida: una mirada antropológica. Dimensiones de cuerpo, género y parentesco* Editorial Académica Española. España.

Claude, M. (2003). *La parentalidad: controversias en torno de un problema público*. Junio 19, 2016, de La teoría Sitio web: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/laventan/Ventana22/7-34.pdf>

Fitó, Carme. (2013). Maternidad y paternidad mediante donación de gametos. Redefiniciones desde la Reproducción Asistida.. En Maternidades, procreación y crianza en transformación. (19-37). Barcelona: Bellaterra.

Giles, J. & Vidal, C. (2012). *Fertilización in vitro e inyección intracitoplasmática de espermatozoides*. En Manual práctico de esterilidad y reproducción humana: aspectos clínicos (341- 347). España: Editorial Medica Panamericana.

González, R., Molina, N.M., Campos, I., Magán, R., & Ruzafa, C. (2012). *Inducción a la ovulación y coito programado*. En Manual práctico de esterilidad y reproducción humana: aspectos clínicos (PP. 307- 316). España: Editorial Medica Panamericana.

Héritier, Françoise (1991) *La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres* en Alteridades, No. 1 Vol., 2:92-102, México.

Lamas, Marta (2000) *"Diferencias de sexo, género y diferencia sexual"* en Revista Cuicuilco, Vol. 7 No. 18: 95-118., México.

Olavarría, Eugenia (2002) “De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día” en *Alteridades*; Año 12, No. 24: 99-116, México.

Perujo, Emilia. (2013). *La búsqueda de la descendencia. Parejas usuarias de técnicas de Reproducción Asistida en la práctica médica privada*. En *Parentescos en plural* (137-187). México: Porrúa.

Rabadán, S. & Pacheco, A. (2012). *Inseminación artificial con semen de donante*. En *Manual práctico de esterilidad y reproducción humana: aspectos clínicos* (pp. 333-340). España: Editorial Medica Panamericana.

Sánchez, I., Amorós, D., Lucco, F., González, S., Ballesteros, A. & Pellicer, A. (2012). *Inseminación artificial conyugal*. En *Manual práctico de esterilidad y reproducción humana: aspectos clínicos* (pp. 317-332). España: Editorial Medica Panamericana.

Sánchez, Miranda Georgina (2015). Tesis para obtener el grado de Maestra en Medicina Social. “Lectura sociocultural del riesgo durante el embarazo: La experiencia de dos grupos de mujeres en México”, México, D.F.

Scott, Joan W. “El género una categoría útil para el análisis histórico” en: James S. Amelang y Mary Nash. *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Valencia: Edicions Alfons El Magnanim/ Institució Valenciana D, Estufis I Investigació, 1990. Pp. 23-56

Sitios de Internet

BabyCenter en Español. (2016). Malformaciones del útero. Julio 15, 2016, de Baby Center Sitio web: <http://espanol.babycenter.com/a4200028/malformaciones-del-%C3%BAtero#ixzz4Eq9oQL6X>

CCM. (2014). Embarazo anembrionado. Mayo 24, 2016, de CCM Sitio web: <http://salud.ccm.net/faq/6705-embarazo-anembrionado>

CCM. (2016). Embarazo anembrionado. Julio 15, 2016, de CCM Sitio web: <http://salud.ccm.net/faq/6705-embarazo-anembrionado>

Cirenia Celestino Ortega. (2010). *Tarda dos años o más, el proceso de adopción en México*. Junio 06, 2016, de CIMAC NOTICIAS Sitio web: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/42813>

El Blog de la infertilidad. (2013). La Espermatobioscopía Directa, el estudio más importante para evaluar la FERTILIDAD masculina. Julio 15, 2016, de El Blog de la infertilidad Sitio web: <http://blogdeinfertilidad.blogspot.mx/2013/05/la-espermatobioscopia-directa-el.html>

Emma Martínez. (2015). *30 mil niños en México esperan ser adoptados; la niñez es abandonada y aniquilada por el sistema: experta*. Junio 06, 2016, de Revolución tres punto cero Sitio web: <http://revoluciontrespuntocero.com/30-mil-ninos-en-mexico-esperan-ser-adoptados-la-ninez-es-abandonada-y-aniquilada-por-el-sistema-experta/>

GINECO FEMME. (2016). Laparoscopia e Histeroscopia. Julio 15, 2016, de GINECO FEMME Sitio web: <http://www.ginecologiatijuana.com/ginecologia-tijuana-laparoscopia-histeroscopia.html>

Instituto Ingenes. (2016). Anovulación y fertilidad. Julio 15, 2016, de Instituto Ingenes, Fertilidad y Génética Sitio web: <http://www.ingen.es.com/primeros-pasos/entendiendo-la-infertilidad/causas/factor-ovulatorio/anovulacion/>

Instituto Ingenes. (2016). Azoospermia. Julio 15, 2016, de Instituto Ingenes, Fertilidad y Génética Sitio web: <http://www.ingen.es.com/primeros-pasos/entendiendo-la-infertilidad/causas/factor-masculino/azoospermia/>

SECRETARÍA DE SALUD (2012) "Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes" Disponible en: <http://www.inper.edu.mx/>

ANEXOS

Anexo 1 “Glosario de términos médicos”.

Anovulación: ausencia de ovulación, los ovarios no liberan óvulos, generalmente se debe a desequilibrios hormonales.

Azoospermia: ausencia de espermatozoides en el semen, falta de fertilidad.

Embarazo anembriónico: un óvulo que es fertilizado y luego de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional pero sin desarrollarse el embrión en su interior.

Endometriosis: el tejido que recubre el interior del útero crece fuera de éste.

Espermatobioscopía: estudio para evaluar la fertilidad masculina. Consiste en una evaluación macroscópica y microscópica del semen, el cual está formado por una mezcla de espermatozoides suspendidos en un líquido llamado plasma seminal.

Hiperprolactinemia: aumento del nivel de prolactina en la sangre, afecta la fertilidad de la mujer.

Hipertiroidismo: hiperactividad de la glándula tiroides, hace que el metabolismo se acelere.

Hipotiroidismo: disminución de la actividad de la glándula tiroides, ocasiona que el metabolismo sea más lento.

Histerosalpingografía: radiografía especial en la que se usa un tinte para observar el útero (matriz) y las trompas de Falopio.

Histeroscopia: procedimiento para examinar el interior del útero (matriz)

Laparoscopia: operación de mínima invasión que se lleva a cabo a través de pequeñas incisiones (1cm), para realizar diagnóstico exacto.

Permeabilidad: puede ser atravesado, calidad de ser permeable. Estar libremente abierto.

Útero didelfo: malformación del útero, tiene dos cavidades internas. Cada cavidad puede llevar a su propio cuello uterino.

Anexo 2 “Carta de consentimiento informado”



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de esta carta es informarle acerca del estudio antes de que usted confirme su disposición de participar.

Usted ha sido invitado/a a participar en un estudio llevado a cabo por RICO ROSALES SUSANA GUADALUPE estudiante de licenciatura en antropología social con matrícula 2123046802 del proyecto financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología *Parentescos en el espejo. Diversidad y desigualdad en el contexto mexicano contemporáneo* (CONACYT núm. 236622 con vigencia 2015-2018), bajo la responsabilidad de la Dra. M. Eugenia Olavarría, profesora investigadora de la UAM Iztapalapa.

El propósito de este estudio es investigar las configuraciones del parentesco a partir de Técnicas de Reproducción Humana Asistida en tres ciudades de la República Mexicana: Tijuana BC, Villahermosa Tabasco y el Distrito Federal.

Deberá contestar algunas preguntas generales y realizar una entrevista sobre el tema del estudio, cuya duración será establecida por usted.

Está garantizado el anonimato y se mantendrá total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en este estudio, ya que su nombre o el de la clínica o institución no aparecerá en ningún documento ni en las bases de datos que utilizaremos. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación y sus testimonios, en caso de ser citados, lo serán mediante un pseudónimo.

Su participación es totalmente voluntaria y puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin necesidad de dar explicación. Su participación no conlleva ningún riesgo y cualquier duda puede ser consultada con la Dra. M. Eugenia Olavarría ome@xanum.uam.mx,

HE TENIDO OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO

Firma del participante _____

Firma del investigador _____

FECHA Y LUGAR _____



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA



REQUISITOS PARA APERTURA DE EXPEDIENTE

Para recibir atención en los servicios del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes es requisito indispensable presentar original y copia de la siguiente documentación.

1. Identificación personal vigente con nombre, fotografía y firma. Ejemplo: credencial de elector, credencial de trabajo, licencia de automovilista, pasaporte o carta de identificación y residencia del Municipio correspondiente para quienes viven en zonas rurales.
2. Acta de nacimiento y Clave Única de Registro de Población (CURP) de la persona que solicita los servicios, así como del esposo o pareja.
3. Constancia oficial de empleo e ingresos, tanto de la persona que solicita los servicios como del esposo o pareja. Ejemplo: último recibo de pago, carta oficial expedida por la Empresa o Institución en donde labora, última declaración de ingresos ante la Secretaría de Hacienda. Si no contara con ninguna de éstas, deberá tramitar estudio socioeconómico o carta "bajo protesta de decir verdad" de la Delegación correspondiente.
4. Comprobante de domicilio actual. Ejemplo: boleta predial, recibo de teléfono, agua o de arrendamiento; correspondencia personal como estado de cuenta bancaria; inscripción en revistas o publicaciones.
5. Comprobar si tiene o no derecho a servicio médico del IMSS y del ISSSTE, para lo cual deberá acudir a las direcciones indicadas en los formatos proporcionados por el Instituto, presentando original de identificación, acta de nacimiento y comprobante de domicilio.
6. En caso de contar con póliza de seguro de gastos médicos, notificar y presentar la documentación correspondiente en la que se especifique la cobertura del mismo.
7. Constancia de situación civil. Ejemplo: Acta de Matrimonio o en caso de no estar casada, "Constancia de Hechos" que se tramita ante Juez Cívico, Familiar o Calificador de la Delegación o Municipio correspondiente a su domicilio.
8. Comprobante de pagos por concepto de servicios domiciliarios.

Con los documentos requeridos acudir a la ventanilla de control de citas, el día y la hora señalada.

**EN CASO DE NO TENER LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA LAMENTABLEMENTE
NO PODRÁ HACER USO DE LOS SERVICIOS QUE OTORGA EL INSTITUTO**

PARA FACILITAR LOS TRÁMITES SOLICITAMOS SU VALIOSA COLABORACIÓN

Para cualquier aclaración acudir al Departamento de Trabajo Social.

A T E N T A M E N T E

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA



COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO

El Departamento de Trabajo Social desea proporcionarle un buen servicio.

Para ello, le rogamos nos ayude tomando en cuenta la siguiente información:

1. La entrevista con Trabajo Social es para elaborar un estudio socioeconómico en base al cual se determina el nivel para cubrir los costos de su atención.
2. Para ello es indispensable que presente, en original y copia, los documentos señalados en la hoja "Requisitos para apertura de expediente", que le será entregada después de la valoración médica.
3. Para solicitar Constancia Hospitalaria y/o llenado de Póliza, será necesario haber reportado el contar con este tipo de servicio, presentando los comprobantes correspondientes en la entrevista de Trabajo Social.
4. Los datos que contiene el "Certificado de Nacimiento" de su hijo(a) se obtienen de la información que usted proporciona en la entrevista de Trabajo Social por lo que deben ser verídicos, ya que no se realiza ninguna corrección.
5. Así mismo por su seguridad y la de su hijo(a) sólo se permitirá el acceso a la visita familiar a aquella persona que usted haya referido como Responsable y/o a su familiar directo, previa identificación.
6. En caso de ser paciente adolescente menor o igual a 17 años se requiere de la autorización de madre, padre o persona responsable legalmente para realizar trámites en el Instituto.
7. Al finalizar la entrevista, la Trabajadora Social le hará entrega de su carnet con el que acudirá a caja para el pago de consulta de primera vez.
8. Posterior a ello, deberá presentarse en la ventanilla de control de citas, para que le indiquen la fecha y hora en que deberá acudir a la Historia Clínica.
9. De considerar necesario, se le proporcionará una cita subsecuente a solicitud de Trabajo Social o de usted, la cual se anotará en el carnet.
10. Es indispensable la donación de sangre como trámite necesario para su hospitalización. Para tal efecto, la persona que designe usted como donador deberá presentarse en la recepción de Banco de Sangre de 11:30 a 13:00 para conocer los requisitos de dicho trámite.
11. Para información de costos aproximados sobre parto, cesárea e intervención quirúrgica; deberá acudir directamente a la ventanilla del área de Cuentas Corrientes. Con respecto a costos aproximados sobre consultas médicas o estudios deberá consultar las computadoras que se encuentran ubicadas en el área de Consulta Externa a un costado de la caja principal y Cuentas Corrientes, o mediante la página de Internet del Instituto www.inper.mx, a través de la liga de preguntas frecuentes.
12. En caso de que requiera hospitalizarse deberá realizar un pago anticipado del 50% del costo probable que genere su atención.

Atentamente
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA



México, D. F. a _____ de _____ de 201__

**OFICINA DE REGISTRO Y VIGENCIA
DE DERECHO DEL IMSS
VILLALONGÍN N° 117 ESQ. MANUEL CONTRERAS
COL. CUAUHTÉMOC
(EXCLUSIVAMENTE PACIENTES FORÁNEAS)
(RESIDENTES DEL DISTRITO FEDERAL O ÁREA METROPOLITANA VER LISTADO AL REVERSO)**

Presente

Por medio de la presente, me permito solicitar a usted(es) comprobante donde se indique si la(s) persona(s) abajo mencionada(s) tiene(n) o no derecho al Servicio Médico que su institución proporciona:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL SERVICIO, FECHA DE NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES.

NOMBRE DEL ESPOSO O DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE, FECHA DE NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES

Agradeciendo de antemano la atención al presente, quedo de usted.

Atentamente

Dr. Juan Manuel Grosso Espinosa
Jefe del Departamento de Consulta Externa

Nota:

- *Favor de no usar abreviaturas**
- *Evite tachaduras o enmendaduras**

2440-05



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA



México, D.F., a _____ de _____ de 201 _____

TITULAR DE LA SUBDELEGACIÓN DEL I.S.S.S.T.E
Presente.

At'n.: OFICINA DE VIGENCIA DE DERECHOS

Por este medio, me permito solicitar a usted(es) comprobante donde se indique si la(s) persona(s) abajo mencionada(s) tiene(n) o no derecho al Servicio Médico que su institución proporciona:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL SERVICIO, FECHA DE NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES.

NOMBRE DEL ESPOSO O DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE, FECHA DE NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente, quedo de usted(es).

Atentamente



Dr. Juan Manuel Grosso Espinosa
Jefe del Departamento de Consulta Externa

Nota:

- *Favor de no usar abreviaturas
- *Evite tachaduras o enmendaduras

Acudir a la dirección más cercana a su domicilio

DELEGACIÓN NORTE:

Av. Paseo de la Reforma N° 39
Col. Tabacalera
Deleg. Cuauhtémoc

DELEGACIÓN ORIENTE:

Calle 10 N° 167
Col. Granjas de San Antonio
Deleg. Iztapalapa

DELEGACIÓN PONIENTE:

Av. Parque Lira N° 156
Col. Daniel Garza
Deleg. Miguel Hidalgo

DELEGACIÓN SUR:

Melchor Ocampo N° 293
Col. Barrio Santa Catarina
Deleg. Coyoacán

ISSSTEL: 54 48 89 03

2440-06



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y CALIDAD



PROGRAMA DE VIOLENCIA FAMILIAR

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ ¿Cuántos años de estudios? _____ Teléfono _____ Registro _____

Marque con una X su respuesta:

Estado civil: soltera _____ casada _____ unión libre _____ divorciada _____ separada _____ viuda _____

Ocupación: ama de casa _____ empleada _____ profesionista _____ comerciante _____ otros _____

¿Esta embarazada? Si _____ No _____ ¿Deseaba usted este embarazo? Si _____ No _____

¿Planeo usted este embarazo? Si _____ No _____

Número de hijos vivos _____ ¿Acepto usted este embarazo? Si _____ No _____

¿Su pareja deseaba este embarazo? Si _____ No _____ No sé _____

¿Su pareja planeo este embarazo? Si _____ No _____ No sé _____

¿Su pareja acepto este embarazo? Si _____ No _____ No sé _____

¿Cuántos embarazos ha tenido incluyendo el actual _____

¿Cuántos abortos? _____ ¿Cuántos óbitos? _____ ¿Cuántos partos? _____ ¿Cuántas cesáreas? _____

¿Ha sufrido violencia durante este embarazo de parte de su pareja actual? Si _____ No _____

¿Ha sufrido violencia antes del embarazo de su pareja actual? Si _____ No _____

¿Ha sufrido violencia durante este embarazo de parte del padre de su hijo? Si _____ No _____

¿Cuánto tiempo tiene de relación con la pareja actual?
_____ años. _____ meses. _____ semanas. _____ días.

¿Qué edad tiene su pareja actual? _____

CONTINUAR AL REVERSO...

Nos gustaría saber si algún hecho de los que se van a mencionar le ha ocurrido con su **pareja actual**.

Marque con una **X** su respuesta

FORMAS DE VIOLENCIA		Si	No
1	Que su pareja le aviente algún objeto. *		
2	Que le tuerza el brazo. *		
3	Que la amenace con golpearla.		
4	Que se ponga a destruir algunas cosas de usted.		
5	Que use la fuerza física para tener relaciones sexuales con usted, en contra de su voluntad. *		
6	Que la rebaje o menosprecie.		
7	Que se ponga celoso.		
8	Que su pareja sospeche de sus amistades.		
9	Que la insulte.		
10	Que su pareja la empuje a propósito. *		
11	Que la agreda con alguna navaja, cuchillo o machete. *		
12	Que le haga sentir miedo de él.		
13	Que la golpee con un palo o un cinturón o algún otro objeto doméstico. *		
14	Que la trate de ahorcar o asfixiar. *		
15	Que la amenace con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales con él.		
16	Que la amenace con matarla a usted o matarse él o matar a los niños.		
17	Que la golpee con la mano o con el puño. *		
18	Que le exija tener relaciones sexuales aunque usted no esté dispuesta. *		
19	Que su pareja la patee. *		
20	Que la amenace con alguna navaja o cuchillo o machete.		
21	Que la golpee en el estómago. *		
22	Que la sacuda, zarandee o jalonee. *		
23	Que le dispare con alguna pistola o rifle. *		
24	Que le diga cosas como que usted es poco atractiva o fea.		
25	Que la ataque con alguna otra cosa. *		
26	Que se ponga a golpear o patear la pared o algún mueble.		
27	Que la amenace con alguna pistola o rifle.		

28. ¿Cuántas veces sucede el evento de violencia con su pareja?

Solo en una ocasión _____ ¿Cuántas en una semana? _____ ¿Cuántas en un mes? _____

¿Cuántas en un año? _____

29. ¿Cuándo su pareja es violenta, usted también lo golpea? Si _____ No _____

30. ¿Cuándo su pareja es violenta, usted también lo insulta? Si _____ No _____

31. ¿Cuando su pareja la insulta o golpea usted quisiera responder pero se aguanta?

Si _____ No _____

32. ¿Ha tenido otras **parejas anteriores** con una relación de violencia? Si _____ No _____

Violencia física _____ Violencia emocional _____