



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**“EXPERIENCIA DE LA MATERNIDAD EN MUJERES QUE
UTILIZARON LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA”**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TERMINAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

PRESENTAN:

MITZI NATHALY GÓMEZ OROZCO

NADIA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

ASESORA:

LECTORA:

DRA. GLORIA ELIZABETH

GARCÍA HERNÁNDEZ

DRA. MAYRA LILIA

CHÁVEZ COURTOIS

IZTAPALAPA, JULIO 2017





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**“EXPERIENCIA DE LA MATERNIDAD EN MUJERES QUE
UTILIZARON LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA”**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TERMINAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

PRESENTAN:

**MITZI NATHALY GÓMEZ OROZCO
NADIA SÁNCHEZ GONZÁLEZ**

ASESORA:

DRA. GLORIA ELIZABETH
GARCÍA HERNÁNDEZ



LECTORA

DRA. MAYRA LILIA
CHÁVEZ COURTOIS

IZTAPALAPA, NOVIEMBRE 2017



Mitzi Nathaly Gómez Orozco

Primeramente este trabajo se logró gracias a la inmensa colaboración que nuestras participantes aportaron al compartirnos sus narrativas y que dieron forma a este trabajo, muchas gracias a Julieta, Zaira, Gabriela, Valeria, Yadira y Fiona por brindarnos su tiempo, su cálida atención y sus experiencias. Gracias a nuestra lectora la Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois y nuestra directora de tesis la Dra. Gloria Elizabeth García Hernández por tomarse el tiempo de escucharnos, leernos, aconsejarnos, animarnos durante el proyecto y ser nuestras guías en esta experiencia.

“Estoy orgullosa de ti” esas palabras me dieron ánimos a seguirme superando, gracias a mi mamá Esmeralda Orozco Cárdenas por apoyarme en mis decisiones, porque viste mis errores antes de que yo los pudiera notar, y aún después de equivocarme estuviste conmigo, por enseñarme que las cosas que valen la pena nos son fáciles de conseguir y a no dar nada por sentado, gracias porque siempre me has impulsado a ser una mejor persona.

“Tú puedes” esa frase me dio la motivación para lograr todo lo que me proponía, nada era imposible mientras tuviera dedicación y me esforzara, palabras que venían de mi padre Jorge Alejandro Gómez Martínez, quien me dejaba equivocarme y aprender de mis errores, gracias por confiar en mí y por impulsarme para seguir luchando por lo que quería.

A mis hermanos Valeria Gómez Orozco y Zuriel San Juan Orozco mis dos sorpresas, quienes me ayudaron a ser más paciente, a Valeria, mi angelito, por enseñarme a ser más tolerante y siempre brindarme una linda sonrisa; a Zuriel quien todos los días me hace reír con sus travesuras, gracias por defenderme, cuidarme y apoyarme. A Ángel San Juan Rodríguez, gracias por devolverle la sonrisa y la alegría a la mujer que más amo, mi madre, por ser su soporte, su compañero, gracias por tolerar mi mal carácter, sé que no fue fácil, pero lo hiciste, gracias por apoyarme en tantos momentos difíciles.

A mis tías Guadalupe Orozco Anguiano, Mayra Orozco Cárdenas y mi prima Fanny Orozco, gracias por ayudarme cuando más lo necesité, por brindarme su apoyo y comprensión en mis peores momentos e impulsarme a seguir superándome, a mis abuelitos Antonio, Lorena, Amalia y Pablo por consentirme tantas veces y por apoyarme.

A mi Tío Rodolfo Orozco Rojas, porque siempre trato de mantener unida a mi familia, y aún en el cielo ha sido una gran inspiración para mí, gracias por los grandes consejos. 

A mi amiga Nadia Sánchez González por ser mi compañera durante esta experiencia y apoyarme cada vez que lo necesité, gracias por aceptar hacer este lindo proyecto conmigo y que aunque no fue fácil lo logramos, siempre ayudándonos.

A mis amigas Ely, Yare, Ceci, Vane, Sandra y Fani gracias por su amistad, sus increíbles consejos, por tantos lindos momentos juntas, por ser un gran apoyo en momentos difíciles y por siempre darme ánimos para seguir adelante, las estimo y las quiero mucho.

Nadia Sánchez González

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a todas aquellas personas que hicieron posible este sueño, una gratificación importante a cada una de las informantes (Julieta, Gabriela, Yadira, Fiona, Valeria y Zaira) por compartirnos su experiencia como madre, pues con sus narrativas pudimos concretar este maravilloso trabajo.

A mi hermosa Danae, pues me diste el impulso para seguir con mi meta, gracias por acompañarme en esta travesía y por ser parte de esta maravillosa etapa.

Agradecimientos

Agradezco a cada uno de los profesores que estuvieron con nosotros en el año de investigación, gracias por sus consejos, por sus regaños, por cada una de las observaciones que fueron fortaleciendo el trabajo día con día, sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Gracias a la Dra. Mayra Chávez por su atenta escucha y por sus sabios consejo, agradecemos la aceptación de ser nuestra lectora y a la vez asesora en el tema de reproducción asistida.

Mi agradecimiento a la Dra. Gloria Elizabeth García Hernández por su acompañamiento y guía durante todo el trabajo, con sus sabios conocimientos pudimos fortalecer nuestro proyecto y llenarnos de experiencia.

A mis padres Isabel González Flores y Santiago Sánchez González, les reitero nuevamente mi agradecimiento por apoyarme todos estos años, por darme alientos para seguir adelante pues gracias a ustedes he podido concluir satisfactoriamente todos los proyectos de mi vida.

A Juan Carlos Samano Peralta, mi compañero de vida, quien me ha brindado durante varios años su amor incondicional y apoyo en todos mis proyectos. Gracias por tu escucha y paciencia en esta investigación, gracias por tus palabras de aliento y por acompañarme en esta aventura.

A Mitzi Gómez Orozco, porque más que una compañera-colega, eres mi amiga, gracias por aceptar ser mi compañera investigadora de este tema que una vez iniciado nos fascinó, gracias por todo el tiempo invertido y por darme aliento cuando estuve a punto de desertar, si esto fue posible es porque tú estuviste ahí conmigo. Gracias a mis amigas del #Barrio13FreudForever, por su acompañamiento y por su inmensa amistad, las quiero mucho.

Y mil gracias a ti Danae, por estar conmigo, por tus risas que sirvieron de inspiración para concluir esta maravillosa etapa, Te amo hija.

ÍNDICE

<i>Introducción</i>	7
<i>Capítulo 1: Experiencia de la maternidad: el caso de la reproducción</i>	11
1.1 La construcción social del género.....	11
1.2 Aproximaciones y debates sobre la maternidad	15
1.2.1 El deber ser de la madre	19
1.3 Técnicas de reproducción asistida.....	24
1.3.1.1 Ámbito legal	27
1.3.3 Desigualdad para acceder a la reproducción asistida.....	29
1.3.3 Tratamientos de reproducción asistida.....	32
1.4 Algunas derivaciones del parentesco en reproducción asistida	37
<i>Capítulo 2: Diseño metodológico</i>	41
2.1 Planteamiento del problema.....	41
2.1.1 Preguntas de investigación	42
2.1.2 Objetivos	43
2.1.3 Justificación	43
2.2 Metodología.....	44
2.2.1 Informe de entrada a campo.....	45
2.2.2 Población.....	52
2.2.3 Procedimiento y análisis de datos	54
<i>Capítulo 3: La reproducción asistida como vía para la maternidad</i>	55
3.1 Casos de mujeres que utilizaron la reproducción asistida	55
3.2 “Quiero tener un hijo”: toma de decisión respecto a la maternidad	62
3.3 “Esto es para valientes”: el proceso de la reproducción asistida	63
3.3.1 “Queremos tener un bebé, pero no podemos”: el diagnóstico de infertilidad.....	63
3.3.2 “Si puedes tener hijos”: el tratamiento de reproducción asistida.....	67
3.4 “Alcancé el positivo”: experiencia del embarazo en mujeres que utilizaron la reproducción asistida.....	74
3.5 “Para algunas cosas vale la pena esperar”: nacimiento del primer hijo	78
3.6 “El mejor regalo que me han dado”: ser madre	80
3.7 “Nos teníamos el uno al otro”: redes de apoyo	84

3.8 “A fin y al cabo van a ser tus hijos”: derivaciones del parentesco a través de la reproducción asistida.	87
Capítulo 4: Conclusiones y reflexiones	93
2.3 Lista de referencias	101
Anexos	105
1. Ubicaciones de las clínicas de reproducción asistida visitadas durante el trabajo de campo	105
Anexo 2. Carta de consentimiento informado	107
Anexo 3. Guión de entrevista	109
Anexo 4. Los siguientes documentos sobre reproducción asistida pertenecen a una clínica privada de la CDMX, fueron proporcionados por una pareja que acudió a hacer una cotización sobre un tratamiento <i>In Vitro</i> para tener un hijo.	113

Introducción

De acuerdo con datos del INEGI, en México se calcula que entre 15 y 17% de las parejas presentan problemas de infertilidad, sin embargo, menos del 50% de éstas acude a un especialista para buscar soluciones a este padecimiento, muchas veces se debe a las presiones sociales que tienen sobre ellos, lo que provoca que quienes lo padecen se sientan aislados y apenados, debido a la frustración que les genera este problema (Aguirre, 2015).

Anteriormente se consideraba que la mujer era la única responsable de la incapacidad de tener hijos, sin embargo, ahora se sabe que aproximadamente el diagnóstico de infertilidad en un 40% se presenta en el factor femenino, el otro 40% en los hombres y hay un 20% que se denomina “de origen desconocido” (Aguirre, 2015).

Ahora con el avance tecnológico, las parejas que presentan un problema de infertilidad pueden tener descendencia con la ayuda de las técnicas de reproducción asistida, mismas que les ofrecen tener hijos de manera biológica y a su vez poder compartir material genético.

En México existen clínicas públicas y privadas especializadas en la reproducción asistida que realizan tratamientos de baja complejidad (coito programado e inseminación artificial), en algunos casos solo el sector privado ofrecen técnicas de alta complejidad (fecundación *In Vitro*) y que involucran procedimientos heterólogos (donador de óvulos, embriones y espermas).

A pesar de los avances científicos en la biología de la reproducción, hay un vacío legal en materia jurídica respecto a las técnicas de reproducción asistida, por lo que no existe un adecuado control y regulación de estos tratamientos; afectando a la población que presenta un problema de infertilidad, pues no todas las personas que demandan este servicio logran el acceso.

Con respecto a la falta de regulación sobre la reproducción asistida, existe un debate para considerar la infertilidad como una enfermedad que requiere tratamiento o si solo es cubrir un deseo (convertirse en madre o padre); es por ello que incluso la mayoría de los seguros de gastos médicos mayores no cubre los tratamientos para infertilidad, cuyo costo

puede ser de aproximadamente 100,000 pesos por procedimiento (entre medicamentos, análisis y tratamientos), sin que esto garantice un éxito.

Pese a que el diagnóstico de infertilidad esté presente en el hombre o la mujer, es el cuerpo femenino el principal escenario en donde se realizan los procedimientos, siendo ella quien tiene en mayor medida la experiencia desde el tratamiento, hasta la concepción del hijo; su narrativa es un aporte esencial para comprender la vivencia de estas técnicas, y todo lo que involucra a nivel físico y emocional pasar por un proceso de reproducción asistida.

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la experiencia de la maternidad en mujeres que utilizaron las técnicas de reproducción asistida para lograr su embarazo; por medio de la cual se busca saber la perspectiva que tienen dichas mujeres sobre la maternidad, conocer la vivencia con respecto al tratamiento al que se sometieron, explorar las diferentes situaciones a las que se enfrentan estas mujeres en sus otros ámbitos sociales (trabajo, familia, hogar) durante el tratamiento y tras el nacimiento de sus hijos, y conocer las redes de apoyo (económico y/o emocional) que les brindaron.

La importancia de esta investigación se centra en indagar las experiencias de mujeres que decidieron embarazarse a través de la reproducción asistida debido a que ella, su pareja o ambas partes presentan un diagnóstico de infertilidad, visto desde la perspectiva de mujeres que se encuentran en diferentes etapas del proceso de la maternidad.

La relevancia de la psicología social se encuentra en el hecho de permitirnos explorar y comprender el proceso de la maternidad en mujeres que se convirtieron en madres utilizando la reproducción asistida, a través de sus discursos generados por las experiencias que vivieron durante dicho proceso.

La investigación es de corte cualitativo, utilizando como método entrevistas en profundidad, que generan las narrativas que ofrecen las participantes, las cuales tienen la finalidad de ofrecer material discursivo que permite realizar un análisis posterior; las participantes cumplen con ciertos requisitos: que la mujer o el hombre presente un diagnóstico de infertilidad, ser mujeres que se hayan embarazado utilizando la reproducción asistida y que realizaron su tratamiento en clínicas privadas.

En el primer capítulo se presenta el panorama general de la literatura existente, partiendo de la concepción de género para enfatizar en los roles y representaciones establecidos por la sociedad que deben cumplir las mujeres, mismos que se diferencian de los roles que socialmente se les asignan a los hombres; se explica en qué consisten cada una de las técnicas de reproducción asistida, así como los avances que se han hecho con respecto al ámbito jurídico en México, finalizando con una exposición del papel que juega el parentesco en la reproducción asistida cuando se requiere de un donador.

En la actualidad el uso de las tecnologías se han convertido en una constante en nuestra vida cotidiana, mismas que han abierto posibilidades para la realización de procesos que anteriormente no se podían o que para lograrlo se utilizaba un método diferente; en el caso de la procreación ha sido el poder concebir con el uso de las técnicas de reproducción asistida, los cuales se abordaran en este capítulo.

En lo que compete a la maternidad, es un tema que ha sido cuestionado y criticado por diversos autores debido a la concepción que cada uno de ellos tiene respecto a ella, misma que se ha ido modificando conforme al espacio y el tiempo en el que se encuentran; aunado a los nuevos modelos familiares que han surgido, y en específico a las técnicas de reproducción asistida.

Existe un debate en cuanto al parentesco que se tiene con hijos que no comparten material genético con los padres, cuestionándose, al cuestionar a quién se le atribuye la maternidad o paternidad cuando se utiliza un donador de esperma o una donadora de óvulos.

En el segundo capítulo se presenta el proceso que se siguió para la obtención de informantes, dividiéndolo en dos etapas de entrada a campo; en la primera etapa se parte de una serie de visitas a diferentes clínicas de reproducción asistida localizadas en la Ciudad de México, a partir de lo cual se pretendía poder acceder a posibles informantes. En la segunda etapa se utilizó otra técnica para el acercamiento a sujetos viables que participaran en nuestra investigación, se describe cómo fueron dichos acercamientos, las primeras visitas y las posteriores entrevistas.

En el tercer capítulo se presenta el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, se exponen los diferentes momentos por los cuales pasaron las entrevistadas para convertirse

en madres. En el último capítulo se muestran nuestras conclusiones respecto a la problemática estudiada, así como también posibles líneas de investigación sobre el tema de la maternidad en las técnicas de reproducción asistida.

Dentro de los principales hallazgos encontramos que frente a la posibilidad de no tener hijos, las mujeres se ven cuestionadas por no cumplir con su deseo ser madres y ante ello se generan sentimientos de “frustración” y “fracaso”, ya que la maternidad socialmente es pensada como algo innegable en la vida de la mujer, corriendo el riesgo de ser vista como una mujer incompleta por no cumplir con el proceso reproductivo, también hallamos que tras concretar la descendencia con el nacimiento de un hijo vivo, se logra la realización como mujer, por ello estas mujeres sienten “agradecimiento” por tener a sus hijos después de tanto tiempo de espera además que tomar la decisión de iniciar un tratamiento de reproducción asistida para lograr un embarazo, tiene múltiples implicaciones, desde lo personal al enfrentarse a un diagnóstico que les impide tener un hijo de manera convencional y que requieren ayuda médica para conseguir embarazarse, en lo social cuando se enfrentan al señalamiento por la falta de progenie y al aislamiento por el miedo a ser rechazados por ello es que la ayuda psicológica, familiar o de pareja es primordial durante el tratamiento, el embarazo y el post parto ya que durante estas etapas la mujer se encuentra emocionalmente sensible.

Capítulo 1: Experiencia de la maternidad: el caso de la reproducción asistida.

1.1 La construcción social del género

La perspectiva de género es importante en nuestra investigación para denotar los roles socialmente asignados a cada sexo, haciendo énfasis en las funciones que se espera cumplan las mujeres, teniendo como principal actividad el concebir, criar y cuidar a sus hijos y esposo.

En la sociedad encontramos símbolos que se construyen a partir del lenguaje y es mediante este que nos volvemos sujetos y seres sociales, el lenguaje será un elemento de la matriz cultural, por lo que simbolizamos la diferencia sexual y representamos dichas diferencias. Las fuentes principales sociales de nuestras representaciones son tres: preconceptos culturales, las ideologías y la experiencia personal, mismas que percibimos desde la infancia mediante el lenguaje y los objetos e imágenes que nos presenta la cultura (Lamas, 2002).

Mediante la experiencia construimos imágenes o ideas sobre lo que es apropiado para cada género, partiendo de las concepciones culturales que nos fueron enseñadas en cada uno de los ámbitos en los que no desarrollamos (familia, escuela, trabajo) y que a su vez compartimos con el resto.

Debido a que existe una diferencia corporal entre hombres y mujeres notablemente en sus genitales, la cultura es la forma mediante cual interpretamos esa diferencia, por ello se toma al ámbito cultural como un espacio simbólico definido por la imaginación y es un determinante en la autoconstrucción y la autopercepción de cada persona (Lamas, 2002).

La categoría “género” se impulsó con la intención de diferenciar las construcciones sociales y culturales de los hechos biológicos, señalando que las características humanas consideradas “femeninas” o “masculinas” son adquiridas por mujeres y hombres respectivamente, mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse “naturalmente” de su sexo (Lamas, 2002).

La construcción social del género se fundamenta en el reparto sexual de las tareas, y como artefacto de orden particular que resulta de una serie de manipulaciones simbólicas y

concretas que afectan a los individuos (Héritier, 2002). Es en base a esas manipulaciones simbólicas que cada género (femenino/masculino) debe cumplir con lo establecido por la sociedad, evitando que las personas puedan ejercer tareas de un género diferente al propio.

Por lo que las características que se le atribuyen al género van a variar de acuerdo a la cultura y el entorno en que se desarrollen; sin embargo, hay ciertos tejidos culturales universales que funcionan estableciendo ordenes o roles particulares para cada persona. Por ejemplo, en México tradicionalmente las tareas que deben de cumplir los hombres y las mujeres, serán impuestos socialmente denotando al factor masculino como el encargado de proveer a la familia, mientras que el rol femenino se basa en la procreación y el cuidado de los hijos.

El individuo debe realizar las actividades propias de su sexo aparente (tareas y reproducción), aunque su identidad y género sean diferentes (Héritier, 2002). Mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que es “propio” de cada sexo. Hay sólo dos ámbitos en donde existe una experiencia diferente de las mujeres, en comparación a los hombres; la sexualidad y la procreación (Lamas, 2002).

La nueva definición que se le da al “género” hace referencia al conjunto de prácticas, creencias y representaciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización existente, con respecto a la diferencia anatómica entre hombres y mujeres, por lo que cada cultura le asigna un determinado rol en base a su propia versión de lo que socialmente es masculino y femenino, el significado que se le atribuye a cada uno nos ayuda a entender y percibir la vida de determinada manera; es por ello que se le suele atribuir al hombre o a la mujer ciertas características o funciones desde su nacimiento, y que a lo largo de la vida deben de cumplir (Lamas, 2002).

Culturalmente el rol que le es asignado a la mujer compete a la procreación y el cuidado de los hijos como sus principales funciones, las cuales tienen el propósito de continuar con la descendencia familiar y crear seres que posteriormente serán incluidos en las diferentes esferas de la sociedad (escuela, trabajo).

Un criterio aceptado en nuestra cultura es considerar a la base de la feminidad como algo sexual y que toda la experiencia femenina pertenece al orden biológico, a diferencia de la identidad social e histórica, que se le atribuye al hombre. La imagen de la mujer, así como otras formaciones sociales que han existido a lo largo de la historia, se han construido en sociedades patriarcales donde el hombre es el único que ejerce el poder sobre la esposa y lo hijos (Lagarde, 1993).

Los atributos que definen al género como los roles van a variar de una sociedad a otra, pero lo que va a permanecer igual será la subvaloración de las actividades desarrolladas por la mujer, entonces se puede decir que el rol social será valorado o despreciado, se le considerará cercano a la cultura o a la naturaleza según si lo desarrolla un hombre o una mujer (Serret, 2001).

Culturalmente la completud de la mujer se establecerá cuando ella sea una esposa fértil, que puede engendrar un hijo y se convierta en madre; por lo que los principales escenarios en donde la mujer se puede desarrollar es la conyugalidad y la maternidad (Lagarde, 1993).

La concepción que se tiene de la mujer y de los roles que debe seguir son impuestos por una sociedad patriarcal, en la que la autoridad en la familia es ejercida por un hombre, lo que lleva a que se presenten diversas problemáticas con respecto a lo que significa “ser mujer”, como el hecho de compatibilizar su deseo de ser madre con el desarrollo de sí misma y de sus propias necesidades, muchas de las mujeres entran en conflicto ante ello y se muestra una insatisfacción al verse reducidas al ámbito familiar y la crianza de los hijos. Además de los conflictos entre tratar de definir su propio ser y lo que ellas esperaban, al buscar ser madres adecuadas para sus hijos, se distingue una imagen idealizada de la situación, es decir, de lo que se espera como madre y la situación real que se vive; mismos que reflejan además aspectos negativos sobre la experiencia maternal (Paterna y Martínez, 2005).

Sin embargo, el rol social de la mujer no puede reducirse a la crianza, es mucho más compleja que eso, ya que puede desarrollarse en actividades diferentes a la concepción y el cuidado de los “otros”, incursionando en la actividad social y económica en las sociedades (Serret, 2001).

Con la transformación del ideal de la mujer y el derecho que actualmente posee en la toma de decisiones sobre su vida personal, surge la aprobación del control de la natalidad, el cual implicó un proceso en conjunto entre el reconocimiento del deseo sexual de las mujeres, la separación entre sexualidad y reproducción, y el reconocimiento de las mujeres como sujetos plenos de derechos, modificando así la concepción de ser mujer que anteriormente regía a nuestra sociedad (Héritier, 2002).

Las mujeres pedían un cambio en los derechos reproductivos y las prácticas conceptivas para tener el control sobre su propio cuerpo, sin embargo, lograr estas transformaciones no fue sencillo, debido a que había una traba cultura con respecto a la socialización de género, la identidad de las mujeres se seguía asociando con la maternidad, el control de la sexualidad y de la capacidad reproductiva por parte de otros (Jelin, 2010).

A medida que la mujer demandaba un conocimiento sobre su lugar en la sociedad, el número de mujeres que presentaban alguna insatisfacción femenina con respecto a su función reproductiva fue creciendo, llevándolas a incursionar en otros ámbitos como el laboral y su espacio en la familia, al reconocer la labor que realiza en la procreación, la crianza de los hijos y el hogar; dicho reconocimiento hizo que se visibilizaran los malestares que la mujer presentaba ante una maternidad forzada (Paterna y Martínez, 2005).

En América Latina se han identificado dos marcos de representaciones culturales de género, en la primera se habla de una concepción tradicional de la relación hombre/mujer en la procreación, la crianza, la familia y la pareja; y en la segunda se menciona la modificación de las antiguas concepciones, guiando a una idea moderna/urbana de familia, donde existe poca o nula descendencia, la maternidad que permite el desarrollo óptimo, afectivo e intelectual de los hijos y la pareja buscando un trato más igualitario entre hombres y mujeres (Sánchez, 2003).

Ahora con el poder que poseen las mujeres para controlar el cuándo, con quién y cómo tendrán a sus hijos, se abre la posibilidad de que la jerarquía de lo masculino por encima de lo femenino empiece a transformarse, y se visibilizan nuevas construcciones con respecto al género. Esta transformación que se tiene sobre las funciones de la mujer y el poder que se le otorga en la toma de decisiones con respecto a diferentes ámbitos de su vida, da pie a que

en la maternidad surjan nuevos modelos, como la procreación sin una pareja o desligada del matrimonio (Héritier, 2002).

En la actualidad las mujeres optan por un estilo de vida diferente que no se constriñe a la maternidad, pues la participación de la mujer en el ámbito económico ha ido en aumento, han aparecido nuevas jefas de hogar que no se consideran a sí mismas como víctimas sino que es un estilo de vida que ellas decidieron ejercer; de igual manera han aparecido nuevas formas de ejercer la maternidad o no ejercerla, hay nuevos estilos de vida que no corresponden a las expectativas sociales tradicionales (Asakura, 2005).

Los cambios económicos y sociales surgidos en la ciudad, han permitido que las mujeres consideren otros proyectos en su vida antes de dedicarse o incorporar la maternidad a sus vidas, siendo un proyecto que puede no realizarse (Perujo, 2013).

Aún con las transformaciones que se han logrado con respecto al ideal femenino, pudiéndolo deslindar de la conyugalidad, la procreación y la maternidad, siguen existiendo algunas mujeres cuya base de su feminidad y su completud como mujer reside en los hijos y el esposo; desvalorizando otros logros en ámbitos como el profesional y el personal, pues al no tener un matrimonio y descendencia, se cuestionan su lugar en la sociedad.

1.2 Aproximaciones y debates sobre la maternidad

En la literatura existen diversas críticas referentes a la idea de “el instinto maternal”, pues se afirma que toda mujer que se convierte en madre tiene un amor maternal como valor natural. Es importante abordar la perspectiva de diferentes autoras referente al tema, pues nos ayuda a comprender la problemática, refiriéndonos a que no necesariamente se debe ser madre para considerarse mujer. En este apartado las autoras consultadas fueron Elisabeth Badinter y Simone de Beauvoir, debido a la descripción y análisis que hacen sobre la maternidad y el “instinto maternal”, Badinter haciendo un desarrollo histórico desde 1760, junto con las transformaciones que han tenido estos conceptos.

Ante el desapego que existía entre madre e hijo, en 1760 comienzan a abundar publicaciones que aconsejan a las madres sobre los cuidados de sus hijos, les ordenan dar pecho, actividad que anteriormente era vista como poco honrosa para las mujeres; y que los

maridos veían como un atentado a su sexualidad y como una restricción a su placer, al médicamente prohibir las relaciones sexuales mientras la mujer estaba embarazada y mientras amamantaba al bebé. Así mismo, le crean a la mujer la obligación de ser madre, lo que da pie al mito del “instinto maternal”, donde se habla del amor espontáneo de la madre hacia su hijo, apareciendo como nuevo concepto el amor maternal (Badinter, 1981).

La maternidad fue adquiriendo un nuevo sentido, se veía enriquecida con nuevos deberes, se fue a extender más allá de los nueve meses, por lo que la tarea maternal ya no podía concluir antes de que el hijo fuera físicamente autónomo, sino que pronto se descubrió que la madre tenía que garantizar también la educación de sus hijos y una parte importante de su formación intelectual. Dando pie a que comenzaran a surgir como novedades la exaltación del amor maternal como valor simultáneamente natural y social que es favorable a la especie y la sociedad, y se propone la asociación de dos términos, *amor* y *maternal*, que era además de la promoción de ese sentimiento, la promoción de la mujer en tanto se es madre (Badinter, 1981).

Para que las mujeres volvieran a experimentar la dulzura maternal y sus hijos tuvieran mayores probabilidades de sobrevivencia, debido a la alta mortalidad infantil presente en esa época, se les habló de un discurso económico dirigido a los hombres para ver al niño como una carga a corto plazo que se convertirá en la futura fuerza de trabajo y un discurso filosófico que hablaba de la igualdad, el amor y la felicidad (Badinter, 1981).

Se deja ver una nueva imagen de la madre cuyos rasgos distintivos recaen en el cuidado del bebé y el niño, convirtiéndose estos en objetos privilegiados de la atención maternal; la mujer acepta sacrificarse por su hijo para que él viva mejor a su lado, lo que genera que poco a poco se introduzca la idea de que los cuidados del bebé eran un factor insustituible para el bienestar del bebé (Badinter, 1981).

Se comenzaron a proponer características que debía poseer la mujer para poder ser considerada una “buena madre”, como ser tierna y la capacidad de adaptarse a las necesidades de su hijo, entre otras, pues de lo contrario no se era madre (Badinter, 1981). Al encargarse de la educación de sus hijos, la mujer burguesa mejoraba su condición personal, así la madre se convirtió en la soberana doméstica, que gracias a la responsabilidad creciente de la madre,

la esposa podía imponerse cada vez más al marido y en ocasiones tenía la última palabra, la “nueva madre” ahora invierte todos sus deseos de poder en sus hijos. (Badinter, 1981).

Las responsabilidades maternas oscurecieron la imagen del padre, puesto que al asumir el liderazgo en el seno del hogar la madre invadió sus funciones, y ahora ella también se dedicaba al trabajo y al hogar, tomando así más atribuciones. En el inconsciente colectivo seguía presente la idea de que la crianza era asunto de mujeres, y que el padre era un colaborador y no un socio de igual nivel, por lo que su participación en el proceso del cuidado de los hijos era menos necesaria (Badinter, 1981).

Este cambio de mentalidades tuvo principalmente dos consecuencias, primero permitió a algunas mujeres vivir con alegría y orgullo su maternidad y encontrar plenitud en una actividad que ahora era honrosa y que todos reconocían como útil, por lo que la maternidad se convirtió en un aspecto esencial de su personalidad. Por otro lado, dicha concepción maternal tan autoritaria creó en otras mujeres un inconsciente malestar, debido a que la presión ideológica las obligaba a ser madres sin desearlo verdaderamente, viviendo así su maternidad bajo culpabilidad y frustración. Ante dichos argumentos, la concepción de la maternidad fue cuestionada por diversos autores y feministas que estaban en contra de esa postura y que se han encargado de destruir el mito que se tiene del “instinto maternal”, provocando que esa idea conservadora fuera criticada y cuestionada (Badinter, 1981).

Tras hacer un recorrido por la historia del mundo de las actitudes maternas, se puede decir que el “instinto maternal” es un mito, pues se plantea el cuestionamiento sobre la naturaleza del instinto maternal, y el origen del mismo, es decir, si proviene de una “naturaleza femenina” o se debe a un comportamiento social e histórico que varía según épocas y costumbres, planteando aspectos de la vida cotidiana de hombres y mujeres, como lo son los roles de género y la paternidad (Badinter, 1981).

“Pero una vez más constatamos que la maternidad no es siempre la preocupación instintiva y primordial de la mujer; que no hay que dar por supuesto que el interés del hijo se anteponga al de la madre, resulta evidente, que no existe un comportamiento maternal suficientemente unificado como para que pueda hablarse de instinto o de actitud maternal «en sí»” (Badinter, 1981: 292).

Al parecer, el amor maternal ha dejado de ser una exclusividad de las mujeres, los “nuevos padres” actúan como madres, quieren a sus hijos lo mismo que ellas; lo cual parecería probar que ya no hay una especificidad del amor maternal ni del paternal. Se sugiere que en el futuro las madres serán aún más desnaturalizadas, poseedoras al igual que sus compañeros del saber y el poder. Ahora el desarrollo del proceso de responsabilización de la madre se ha modificado y aunque trabajen, las mujeres permanecen más cercanas a sus hijos y más preocupadas por ellos que anteriormente (Badinter, 1981).

También podemos encontrar otra postura referente al instinto maternal, se trata de Simone de Beauvoir que utilizó un discurso del horror y de angustia existencialista ante la pérdida de la autonomía individual para criticar la experiencia de la maternidad. Ella denunciaba el conjunto de determinantes sociales que encerraba a la mujer ante la única salida de su rol de ser madre, la prisión maternal como lugar donde la mujer vive un espectro de rutinas, opresión, placeres y deseos femeninos (Beauvoir, 1992).

La mujer ha sido encerrada en la maternidad para ofrecer un sentido a su vida pero hoy en día el verdadero sentido para continuar viviendo procede de su participación en las estructuras políticas, económicas y sociales, y solo a través de esta incorporación podría hallar el significado de la maternidad (Beauvoir, 1992).

Beauvoir (1992) menciona que al cuerpo materno se le debería de atribuir un significado diferente al tradicional, es decir, el crear una nueva concepción del sujeto femenino que rompa con la exclusividad de su capacidad reproductora y atribuir las diferentes funciones que cumple la mujer y que están relacionadas con la procreación y la maternidad. Beauvoir trata de desmentir dos de los prejuicios sobre la maternidad, el primero hace referencia a la realización plena a través de la experiencia de ser madre y el segundo en generalizar a todos los hijos el sentimiento de dicha que viven en el momento en el que se encuentran en los brazos de su madre.

Ambas autoras concuerdan en que existen atribuciones sociales tan estrictas que encierran a la mujer en la maternidad como uno de sus principales roles que debe cumplir, lo que puede limitarla para desenvolverse en otros ámbitos como el profesional, debido a que la hacen priorizar el cuidado y bienestar hacia los “otros” (esposo e hijos), por encima de sus

intereses personales. El llamado “instinto maternal”, es un mito debido a que no todas las mujeres tienen el deseo de ser madres y buscan otra forma de ser en el mundo.

1.2.1 El deber ser de la madre

Las características y roles que se le han atribuido a las madres son múltiples, a continuación se hará mención de las transformaciones que ha tenido el ideal maternal, y el lugar que toma la mujer cuando no opta por ejercer la maternidad, ya sea por decisión o por problemas para concebir.

Debido a las configuraciones del género, la maternidad es vista como algo innegable en la vida de la mujer y como algo esencial dentro en la sociedad; sin embargo esa visión biologista en donde la maternidad dota de valor a la mujer siempre y cuando sea madre, y respondiendo a los estándares y modelos de mujer, madre y esposa, no permite entender el proceso en todas sus dimensiones (Peña, 2009).

En este proceso tan complejo que es la maternidad van a intervenir las prácticas reproductivas, los significados y las experiencias que son producto de las mujeres en su interacción social; por consiguiente, serán las representaciones y prácticas de la maternidad las encargadas de configurar la experiencia de la mujer antes, durante y después del parto (Peña, 2009). Los significados de la maternidad van a variar de acuerdo con la condición económica, política, cultural e histórica en la que se encuentren, sin embargo, las pautas del ejercicio de la maternidad aceptadas hacen que ésta sea un trabajo únicamente de mujeres (Asakura, 2005).

En las sociedades occidentales la maternidad es pensada como el eje estructurante de la identidad femenina, se considera la realización personal de una mujer solo por el hecho de cumplir con el ejercicio de la maternidad, siendo el concepto de madre más restrictivo que el de mujer (Asakura, 2005).

Para Lagarde, (1993) la maternidad es el conjunto de hechos de la reproducción social y cultural, por medio del cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanente a “los otros” (padres, cónyuges, hijos, hermanos y parientes) en su sobrevivencia cotidiana; debido a que la dependencia vital de las mujeres se plasma en

“los otros”, siendo éstos el núcleo del sentido de la vida y el límite de su existencia personal, porque en ellos se logra la completud de las mujeres.

La realización de la maternidad debe darse dentro de una relación conyugal, por lo que para ser madre es indispensable ser esposa; apareciendo la maternidad dentro de la relación conyugal como la opción central para la realización personal de la mujer (Asakura, 2005).

La representación ideológica de la maternidad refuerza la tesis de que si no media la progenitura, la maternidad no es reconocida, aunque ocurra (Lagarde, 1993). Existen mujeres que pasan por tres fases del ciclo maternal: embarazo-parto-lactancia, en cambio hay otras que voluntariamente viven sin la experiencia práctica de la maternidad, es decir, desconocen vivencias que la ideología de la feminidad patriarcal considera esenciales para la definición de la identidad femenina de la mujer (Lagarde, 1993).

El ideal maternal al que se hace mención está constituido por valores, deseos, prescripciones y prohibiciones proporcionando una imagen común para todas las mujeres, esta idea abarca aspectos que son obligatorios de las madres, como el amor al niño y la ternura protectora; de igual manera abarca no sólo los comportamientos que se deben tener, sino también los sentimientos que se deben experimentar (Tarducci, 2008). La imposición que se presenta del ideal maternal genera amplias contradicciones ya que se busca el homogeneizar en cada mujer el deseo de ser madre y la buena práctica de la maternidad, aun cuando no es el deseo de algunas mujeres el ser madre, priorizando en otros ámbitos sociales (Vázquez, 2016).

La maternidad es entonces un proceso que comienza con el embarazo y que continua en cada una de las acciones de la madre, por ello es que la maternidad no es únicamente un resultado impuesto biológicamente o culturalmente donde ubica a la mujer como un ser pasivo o como víctimas, sino que se identifica a la mujer como actor con capacidades y agencia política y cultural para construir significados y prácticas en torno a su compleja función (Peña, 2009).

Entonces se plantea una maternidad que va más allá de ser una experiencia física, de ser más que una transformación física pues dentro de este proceso se emanan sentimientos y

vivencias en cada una de las mujeres, se trata entonces de un proceso integral que pone en juego diversas variables como los miedos, las fobias, las alegrías, las expectativas, la familia y la pareja, los cuales se ponen en constante interacción con el contexto sociocultural donde se inserta la experiencia de las mujeres creando y recreando un sinfín de significados, representaciones y prácticas alrededor de la maternidad (Peña, 2009).

Aunque el deseo de un hijo es diferente en cada una de las fases de las mujeres, también se puede hablar de la maternidad expresada en un sentido negativo y no solo desde los aspectos positivos que cada una de las madres considera que posee la maternidad (Tarducci, 2008). Se ha naturalizado la idea de que todas las mujeres deben ser madres, pero no es reconocido el elevado costo que la maternidad supone, debido a que restringe algunos aspectos de la mujer y únicamente se exponen aquellos que deberían ser vistos y aceptados por la sociedad (Vázquez, 2016).

Algunas mujeres tienden a expresar la experiencia de la maternidad y de los hijos como un sacrificio personal y una fuerte carga de trabajo, por lo que no la ven como una situación placentera, aunque si la relacionan con los logros obtenidos. Mientras que para otras la experiencia de la maternidad se la vive como realización personal, los logros de los hijos se experimentan como propios, en tanto se asocian esos logros con los esfuerzos de la mujer y madre en la crianza, y se anteponen sus requerimientos ante cualquier otra expectativa (Peña, 2009).

El control de la natalidad iniciado a mediados del siglo XX, posibilitando a la mujer elegir cuándo y con quién tener un hijo, el número de hijos y el tiempo entre concepciones; por otro lado el hombre pierde parte de su control en la imposición de engendrar; lo que históricamente, fue un punto importante en el proceso de la liberación femenina que va más allá de lo sexual y lo maternal; posibilitando que las mujeres de esta generación realicen deseos y accedan a lugares en la sociedad impensables en épocas anteriores, específicamente en la cultura occidental (Cincunegui, 2004).

“El cambio en la idealización de la maternidad, reivindicando una libertad en la elección del embarazo, supuso un avance en la concepción de lo biológico que la definía; el origen sociocultural del deseo maternal parecía tener cabida en la nueva sociedad” (Paterna, Martínez, 2005: 74).

Debido a la liberación de la mujer y a la intrusión a otros ámbitos sociales, hoy en día cada vez hay más mujeres que deciden no optar por la maternidad, pues para ellas no es una prioridad en su vida y les interesan otras actividades, por lo que no consideran que los hijos sean necesarios para la realización, ni que la maternidad sea una experiencia que todas las mujeres deban vivir (Asakura, 2005).

Actualmente existen dos tendencias que hacen que se cuestionen la representación de la maternidad como un destino inmutable de la mujer, el primero corresponde al incremento de la maternidad voluntaria practicada por mujeres sin una pareja, y la segunda es el aumento de las mujeres que optan por no tener hijos y por tanto no ejercen la maternidad. En México gran cantidad de mujeres deciden ejercer su maternidad en solitario, en estas mujeres el significado de la maternidad es diferente y está muy relacionado con la forma en que se concibe y define la realización de las mujeres como individuos (Asakura, 2005).

Ahora podemos hablar de que la maternidad no se deriva de la función reproductiva de las mujeres, sino que es un proceso históricamente determinado, y como tal sus características dependen de las relaciones sociales y de las elaboraciones culturales a través de las cuales las mujeres construyen su maternidad (Sánchez, 2003).

En lo que compete a la procreación y la búsqueda de descendencia, la perspectiva es diferente para mujeres y para hombres, en especial la construcción que se tiene cuando no se puede cumplir con dicha función; se habla de ser mujer cuando se logra cumplir con el proceso reproductivo que refiere al embarazo y el parto, si no se cumple dicha función, la mujer es percibida socialmente como una mujer “incompleta”, y en el caso de los hombres la presión social es menos estricta, pero se puede prestar a la burla (Chávez, 2013).

Debido a que la maternidad es vista como un destino inmutable que todas las mujeres pueden ejercer, cuando se dan casos en los que no se logra cumplir porque no se desean tener hijos o por cuestiones médicas no se puede tener descendencia, a la mujer se les impone un estigma social que tienen que soportar.

Debido a la aplicación de la tecnología en la reproducción humana se han introducido productos que permiten a las mujeres separar la vida sexual de la reproductiva, finalmente, las decisiones que toman las mujeres sobre su vida sexual y reproductiva forman parte de

mecanismos culturales de toma de decisiones en otras dimensiones de sus vidas (Sánchez, 2003).

El lugar de madre está definido en términos de la relación social, por lo que la madre se hace cargo de nutrir, cuidar y atender al infante, de igual forma, posee la tarea de la construcción sociocultural del nuevo ser, y el proceso para convertirlo en persona; dicha relación por lo general comienza con la gestación de una nueva vida, aunque actualmente existe muchos casos en los que no lleva consigo el proceso biológico de dar vida (Sánchez, 2003).

Pese a la transformación de las sociedades, algunas construcciones culturales siguen vigentes, por ejemplo, se suele hablar sobre el supuesto de que todas las mujeres poseen la aptitud maternal, el cual se despliega de manera espontánea y que no hay necesidad de aprender nada; pero esta idealización que se tiene sobre la mujer como portadora de vida no toma en cuenta las diferencias que nacen de la función materna, pues los tiempos, los lugares, los estratos sociales han cambiado y ese modelo único de maternidad niega la subjetividad y particularidades que cada mujer experimenta, pues cada mujer vive de manera diferente el ser mujer y el ser madre (Vázquez, 2016).

Aún en la actualidad existe el pensamiento de que la conyugalidad y la maternidad son los espacios en que la mujer debe encontrar la plenitud, por lo que las mujeres deben probar en cada momento de sus vidas su feminidad, si dejan alguno de sus rasgos pierden grados en la valoración social y cultural sobre su existencia (Lagarde, 1993).

El “ideal maternal” que se sustenta con la conyugalidad y la maternidad, en donde la mujer vive por y para “los otros” (su esposo y sus hijos), anteponiendo su “ser madre” sobre el “ser mujer” es una concepción que hoy en día sigue vigente; sin embargo, han surgido nuevas maneras de construir el “ideal de lo femenino”, en donde la mujer decide si desea o no ejercer la maternidad, sin que con ello sea desvalorizada o que no logre una plenitud como mujer.

1.3 Técnicas de reproducción asistida

Debido a que los roles de género están culturalmente establecidos, la mujer debe cumplir su destino biológico que recae en convertirse en madre; y que si este cometido no se cumple es criticada por la sociedad, sin tener en cuenta que la situación de la “no concepción” puede tener causas médicas con respecto a problemas de fertilidad.

En México se calcula que entre 15 y 17% de las parejas presentan problemas de infertilidad, sin embargo, menos del 50% de éstas acude a un especialista para buscar soluciones a este padecimiento (Aguirre, 2015).

La idea de la infertilidad era pensada siempre a la condición femenina y causa de pecado, vergüenza social y marginación; culturalmente la infertilidad masculina se ha relacionado con anomalías físicas, mientras que la experimentada por la mujeres se vincula con algún tipo de transgresión de carácter moral, religioso o social (Cambrón, 2001). Este prejuicio se encuentra incluso en el ámbito de la obstetricia, en donde se menciona que es la mujer quien primero acude en busca de información y ayuda, son raros los casos en las que el hombre realiza la consulta en primer instancia (Cincunegui, 2004).

En la actualidad y pese al progreso, esos prejuicios negativos sobre el género femenino perduran, aunque ahora encaminados por el discurso científico-médico que estimulan a las parejas con infertilidad a recurrir a la reproducción artificial para asegurar su descendencia (Cambrón, 2001).

La imposibilidad de no tener hijos, es también la imposibilidad de no poder dar nietos a los padres, suponiendo un incremento del sentimiento de culpa o responsabilidad, que recae en un aislamiento. La infertilidad genera el sentimiento familiar incumplido, donde es necesario dar explicaciones, porque la gente se siente obligada a dar nietos a los padres y como consecuencia, se angustian si no cumplen con su deber (Bestard, Orobitg, Ribot y *et. al*, 2003).

La infertilidad se definirá como la imposibilidad de gestar un hijo a través de relaciones sexuales, en los días considerados fértiles, es decir, “durante un tiempo prudencial” lo que involucra una temporalidad para lograr concebir y que si en dicho lapso

no se genera un embarazo, se considera “infertilidad”, el tiempo prudencial que se menciona se ha ido modificando, anteriormente algunos manuales consideraban dos años, actualmente se ha reducido a un año e incluso se ha considerado que el hecho de que una mujer no se embarace cuando lo desea, es suficiente para una intervención médica (Cincunegui, 2004).

Existe una discusión sobre por qué la infertilidad no se considera políticamente como un problema social, donde la infertilidad no es solo una cuestión individual, sino también social, pues sus implicaciones vienen determinadas por las representaciones sociales del individuo, de la masculinidad, la feminidad y la familia (Bestard, Orobitg, Ribot y *et. al*, 2003).

Las parejas insisten con el argumento de “nadie puede saber lo que es no poder tener un hijo, hasta que no pasa por esto”, se preguntan muchas veces por qué les pasa eso a ellos, además no se les olvida decir que algunas personas son muy delicadas sobre el tema de “no poder tener hijos”, haciéndoles preguntas como “¿y los hijos, cuándo vienen?”, y esos cuestionamientos son lo peor para ellos (Bestard, Orobitg, Ribot y *et. al*, 2003).

El industrialismo y la modernidad trajeron cambios en la modalidades de reproducción a través de intervenciones en el cuerpo de las mujeres con desarrollos tecnológicos para prevenir embarazos por un lado y para tratar la infertilidad y promover la reproducción asistida por el otro. Los cambios en las prácticas sexuales van referidos a las prácticas de control de la fecundidad y al cambio de lugar que tenía el matrimonio como espacio privilegiado de la sexualidad, así como la identificación de la sexualidad con la reproducción (Jelin, 2010).

En el orden simbólico distinguir entre sexualidad y fecundidad representó un medio liberalizador para las mujeres, en tanto les permitieron superar su pretendido destino biológico; sin embargo los métodos de reproducción artificial han profundizado la separación entre la dimensión biológica, corporal y psíquica de las mujeres (Cambrón, 2001).

Como ya se mencionó, actualmente existen otras técnicas para acceder a la maternidad sin la necesidad de relaciones sexuales y utilizando los avances tecnológicos; las llamadas técnicas de reproducción asistida. El objetivo central de las técnicas de reproducción asistida consiste en ayudar a una persona o a una pareja a cubrir el deseo de

maternidad o paternidad en aquellas personas que desean tener un hijo, siendo como consecuencia cultural el “desarrollo de concepciones fuertemente biologizadas de la procreación, de la persona y de las relaciones familiares” en tiempo y condiciones precisas, indistintamente si existen fundamentos patológicos o no (Bestard, 2013).

Las mujeres y sus parejas acuden a la reproducción asistida para dar cumplimiento al deseo, no tanto de traer una nueva criatura al mundo, sino de cumplir con el deber culturalmente impuesto de la maternidad y la paternidad biológicas. El discurso médico contra la infertilidad refuerza en las mujeres la búsqueda y el cumplimiento de una identidad ilusoria “ser madres” a toda costa (Cambrón, 2001).

Las técnicas de reproducción asistida forman parte de un proceso en el que interviene y es intervenida la mujer, cuya posición cambia dentro de las ciencias médicas, así mismo se considera a la mujer como la principal actriz y desde ahí se analiza la experiencia, su cuerpo se considera como el espacio en donde se materializan las nociones sobre los cuerpos sexuados y se llevan a cabo las políticas sobre salud reproductiva (Perujo, 2013).

En los procedimientos médicos existentes en reproducción asistida, aquellos que requieren de una intervención corporal son, en su mayoría, llevados a cabo en el cuerpo femenino. Si el embarazo es una de las evidencias y representaciones de las diferencias biológicas entre sexos, los procedimientos de las técnicas de reproducción asistida ponen su atención en los cuerpos femeninos y los ubica como su principal escenario (Perujo, 2013).

Los tratamientos de reproducción asistida son llevados a cabo en el cuerpo de la mujer, aunque la infertilidad se encuentre en el hombre, ésta infertilidad masculina puede ocasionar alteraciones en su autoconcepción de la masculinidad, que está localizada en su incapacidad de engendrar, muchas veces asociada a la impotencia sexual; en algunos casos aunado al diagnóstico, se produce en el hombre un sentimiento de culpa e impotencia sobre el tratamiento que es llevado en sus esposas cuando la dificultad la presentan ellos. Por otro lado, existen mujeres en donde la infertilidad afecta profundamente a su sentido de identidad femenina, para la mayoría sin embargo, lo que les ocasiona más problemas es el tratamiento en sí, debido a la tecnologización y medicación de su proceso biológico (Bestard, Oorbitg, Ribot y *et. al*, 2003).

En el contexto clínico la procreación deja de ser el deseo de fundar una familia, de crear un vínculo social, por el tratamiento y las condiciones que deben producirse en el cuerpo para lograr embarazarse; lo que en algunas mujeres puede parecer como que su hijo no es completamente suyo, después de todas las manipulaciones a las que es sometido su cuerpo (Bestard, Orobitg, Ribot y *et. al*, 2003).

1.3.1.1 Ámbito legal

Desde 1989 en México se incorporaron las técnicas de reproducción asistida en los servicios de hospitales públicos y a inicios de la década de los noventa comenzaron a crecer el número de clínicas privadas, lo que ha llevado a una rápida innovación y un creciente mejoramiento tecnológico; en contraposición al poco avance en la regulación legal de dichas técnicas (López, 2016).

En México, a diferencia de otros países, la legislación en materia de reproducción asistida no cuenta con un marco que responda a todos sus usos posibles, y no contempla situaciones que se puedan presentar en el sector privado, lugar en donde los embarazos se logran más comúnmente, a diferencia del sector público que controla el acceso a los tratamientos. El acceso público a la reproducción asistida en el 2008-2009 era una actividad exclusiva de uniones civiles heterosexuales, ya que en la Ciudad de México eran las únicas reconocidas por la ley (Perujo, 2013).

Pese a lo anterior, en la Ciudad de México aún existe una ausencia en la regulación sobre el uso de las diversas técnicas de reproducción asistida, lo cual conlleva a presentar limitaciones para acceder a estas prácticas en el ámbito médico público, ya que sólo pueden realizarse técnicas de reproducción asistida homólogas, es decir, utilizando los gametos de la pareja y no dando la opción del uso de gametos vía donantes. Ante dicha problemática las políticas públicas en la Ciudad de México desarrollaron propuestas para el uso de las técnicas de reproducción asistida, entre las cuales podemos encontrar las del año 2008 impulsadas por los partidos PAN y PRD (Chávez, 2013).

La propuesta del PAN, consiste en el uso de las técnicas de reproducción asistida solo para parejas heterosexuales casadas por el civil y que sea comprobable, mayores de edad, que alguna de las partes presente infertilidad, y que ambos miembros de la pareja presenten

buena condición física y mental; también se habla sobre la participación de donadores, que deberá ser sin fines de lucro y que quien hace la donación sólo podrá brindar sus células una vez; se prohíbe más de una fertilización *In Vitro*, la clonación y las técnicas que pongan en peligro al embrión (Chávez, 2013). “La anterior propuesta fue basada en un apartado del Código Civil mexicano donde se menciona la importancia de que los hijos cuenten necesariamente con una madre y un padre” (Chávez, 2013: 189).

Por su parte, el PRD, propone aceptar que las personas solteras, tanto hombres como mujeres y no sólo parejas infértiles, tengan derecho a utilizar las técnicas de reproducción asistida; además, propone la creación de una Ley de Reproducción Asistida, reformas a la Ley General de Salud y crear un Consejo de Fertilización Humana y Embriología (CFHE) la cual, evalúe las condiciones de las clínicas, el manejo y el almacenamiento del material genético, desarrolle proyectos de investigación sobre la materia, obligar a las clínicas a publicar estadísticas sobre los tratamientos, sin embargo no propone evaluar a los posibles usuarios. Esta propuesta prohíbe la fecundación para fines no reproductivos, la conservación de óvulos fecundados más de 14 días, la comercialización de embriones y células, la revelación de la identidad de los donadores, la clonación con fines reproductivos, la selección de sexo que no sea para prevenir enfermedades genéticas, la manipulación no terapéutica, la transferencia de embriones no humanos y la creación de híbridos (Chávez, 2013).

Estas propuestas no fueron aprobadas y únicamente quedaron en una tapa inicial, para que después en el 2010 se redactara una ley sobre la reproducción asistida que involucraba más aspectos, pero que a su vez limitaba el acceso a ellas, dicha ley involucra aspectos muy conservadores y es cuestionada por los aspectos limitantes que maneja (Chávez, 2013).

La ley de la reproducción humana asistida 2010:

- La donación de esperma: Será anónima, confidencial y se guardará la información del donante para recabar sus datos genéticos, hasta que el nacido por esta técnica haya cumplido la mayoría de edad, el donante no puede reclamar la paternidad (Esteinou, 2012).
- Las Técnicas de reproducción asistida se autorizan para el uso de tres técnicas de reproducción: Inseminación artificial, fecundación *In Vitro* y la transferencia

intratubaria de gametos, siendo como usuarios parejas heterosexuales que vivan en matrimonio (Esteinou, 2012).

- No se pueden manipular los códigos genéticos para elegir el sexo, características genéticas o estéticas, a excepción de que sea para evitar alguna enfermedad hereditaria ligada al sexo (Esteinou, 2012).

Algunas de las propuestas en materia de reproducción asistida en los últimos años son las que llevan a cabo la cámara de diputados y senadores, donde sus representantes Maricela Contreras del grupo parlamentario (2015) y Mely Romero del grupo parlamentario del PRI (2015), se han sumado al tema legal local y federal, sin embargo, estos temas sobre reproducción tienen ciertas reservas, lo que limita que haya una regulación en torno a las TRA y por tanto que no todas las parejas que deseen tener un hijo puedan hacerlo por medio de estas técnicas (López, 2016).

1.3.3 Desigualdad para acceder a la reproducción asistida

La mayoría de las iniciativas propuestas en México son demasiado restrictivas, al no acceder en ella mujeres solteras, viudas o divorciadas o parejas del mismo sexo, dándose una discusión debido a su base de índole conservadora en la cual subyacen criterios éticos, sociales, culturales y jurídicos (Esteinou, 2012).

Las técnicas de reproducción asistida puede ayudar a cualquier persona a tener descendencia, independientemente de su sexo, permite acceder a todo tipo de casos mientras haya una disposición de gametos y de una mujer para que lleve el embarazo, sin embargo, acceder a un tratamiento no asegura que tenga éxito (López, 2016).

Dentro del sector privado las personas que tienen acceso a las técnicas de reproducción asistida son mujeres solteras con deseo de ser madres, mujeres homosexuales o parejas civilmente no casadas y que desean formar una familia. Ante esto las técnicas de reproducción asistida resuelven el deseo de maternidad y paternidad con el uso de donadores (técnicas Heterólogas) (Chávez, 2013).

En la práctica privada cualquier persona que pueda cubrir los costos de los tratamientos puede acceder a ellos, mientras el marco legal no lo sancione, y los tratamientos

no son interrumpidos por el factor económico al nivel de la institución, ya que son los clientes quienes costean los tratamientos, y si lo desean, quienes los detienen o espacian (Perujo, 2013).

Los servicios de reproducción asistida en México está en manos de las clínicas privadas, donde acuden personas con mayores recursos que costean las consultas que van desde los \$900, los tratamientos, los medicamentos y en el caso de que se necesite un donador el cargo será extra lo que provoca que no todas las personas puedan acceder a este tipo de servicios (Casiano, 2016).

En cuanto a las clínicas públicas que ofrecen el servicio de reproducción asistida en México sólo son tres, el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, la Clínica de Especialidades para la Mujer y el Instituto Nacional de Perinatología (InPer), ofreciendo únicamente técnicas homólogas (proceso que involucra los gametos de la pareja o cónyuge para lograr un óvulo fecundado) y en una de ellas solo se ofrece técnicas de baja complejidad (López, 2016).

Los requisitos para entrar a estas instituciones involucran tener una edad específica, en las mujeres es que tengan menos de 35 años y en los hombres menos de 55, únicamente pueden acceder parejas heterosexuales que se encuentren en matrimonio, haber tenido un año de relaciones sexuales sin protección, que avalen que tienen un problema de infertilidad y no tener algún servicio médico (IMSS o ISSTE) (López, 2016).

Se ha encontrado una diferencia significativa entre el sector médico público y el privado, que va desde los requisitos que cada uno solicita, hasta las remuneraciones económicas que se les pide. A continuación se muestra un cuadro comparativo entre los dos tipos de servicios en reproducción asistida y los requisitos de cada uno para acceder a sus servicios:

Tabla 1. Requisitos institucionales para acceder a servicios de reproducción asistida

Requisitos	Servicio público	Servicio privado
Edad	Mujeres de hasta 35 años y hombres de hasta 55 años	Sin límite de edad
Estado civil	Parejas constituidas: casadas o en concubinato	Cualquier estado civil
Preferencia sexual	Solo heterosexuales	Cualquier preferencia sexual
Diagnóstico	Anterior respaldo por un diferente servicio de salud	Los diagnósticos se realizan en el mismo lugar
Pagos adicionales en sus tratamientos	Solo medicamentos	Medicamentos y seguro médico

Fuente: López, 2016: 45

La restricción en la edad de las mujeres para acceder a las clínicas públicas se debe a su “reloj biológico”, donde después de los 35 años las probabilidades de un embarazo con óvulos propios va disminuyendo, y no ofrecen el servicio de técnicas heterólogas debido a la falta de regulaciones en el área de donación de gametos, y que al utilizarlos, la clínica o instituto podría tener problemas legales que la afecten directamente (López, 2016).

Debido a la restricción de acceso a las técnicas de reproducción asistida por parte de parejas homosexuales o personas solteras, éstas buscan otras alternativas, viajando a otros países o estados en donde la legislación sea más permisiva, generando el llamado “turismo médico”. La falta de legislación sobre dichas técnicas tiene consecuencias que pueden vulnerar algunas o a todas las partes involucradas, por lo que en el ámbito médico privado y público existe un problema en común que consiste en la desigualdad y discriminación hacia los pacientes (Casiano, 2016).

Se sabe que no existe una regulación necesaria sobre las técnicas de reproducción asistida, y más aún, por parte de los servicios médicos públicos para dar atención a quien lo requiera, sin embargo, no existe ninguna justificación para negar el servicio a personas

homosexuales y/o personas solteras, debido a que la manera en la que ellos deciden ejercer la maternidad/paternidad no debe ser motivo de exclusión (López, 2016).

1.3.3 Tratamientos de reproducción asistida

Las técnicas de reproducción asistida son de alta y baja complejidad, en las de baja complejidad se estimula la ovulación por medio de medicamento, en estos procedimientos la fertilización del óvulo ocurre dentro del cuerpo de la mujer por ello estas técnicas son menos invasivas y menos costosas pero tienen menor éxito, ejemplo de éstas son la estimulación ovárica, la hiperestimulación ovárica, la inseminación artificial y el coito programado. Las técnicas de alta complejidad ofrecen una mayor tasa de éxito pero son más costosas, estas se usan para tratar la infertilidad causada por el daño en las trompas de Falopio, la infertilidad masculina o cuando ninguna otra técnica ha funcionado; entre las más utilizadas está la fertilización *In Vitro*, donde la fecundación se realiza fuera del cuerpo de la mujer, la tasa de éxito en esta técnica está entre un 30 y 50% (Casiano, 2016).

Como lo mencionamos, existen diversos procedimientos en reproducción asistida, por ello es que en esta sección únicamente nos remitiremos a hablar de aquellos tratamientos que utilizaron nuestras participantes.

La inducción a la ovulación es la técnica más sencilla y la que más se parece a lograr un embarazo de forma natural, en donde un especialista le dirá a la pareja que días abstenerse y que días deben mantener relaciones sexuales. Se recomienda a parejas con problemas menores de infertilidad, jóvenes que no lleven más de dos años intentando embarazarse, en los que la causa de infertilidad conocida son trastornos de la ovulación, o bien la infertilidad es de origen desconocido, y no existen factores de infertilidad en el varón. (Gimeno, 2011). “La técnica consiste en la administración de fármacos en los primeros días de la menstruación para estimular el desarrollo folicular en ese mes. Se lleva seguimiento con ultrasonidos vaginales, hasta constatar la presencia de óvulos maduros, momento en el que se desencadena la ovulación y se recomienda tener relaciones sexuales en los días consecutivos. Esta técnica va acompañada por coito programado, inseminación artificial o fertilización *In Vitro*” (Rico, 2016: 19).

Cuando las mujeres entran en el proceso de la inducción a la ovulación y coitos programados, las relaciones sexuales pierden sentido y función que no sea el de la procreación y la masculinidad y feminidad se reducen a las tareas reproductivas (Bestard, Orobitg, Ribot y *et. al*, 2003).

La inseminación artificial se recomienda a parejas a las que no se les encuentra una causa aparente de infertilidad en las primeras pruebas, a aquellas para las que el coito o la eyaculación sean difíciles o imposibles, a parejas lesbianas, y a parejas en las que el hombre presenta defectos leves en el semen o que la mujer no ovula normalmente. Para que la inseminación pueda tener éxito se requiere que al menos una de las trompas de Falopio se encuentre en perfectas condiciones y que el semen del hombre contenga una concentración mínima suficiente de espermatozoides. Primero la mujer debe producir en un ciclo menstrual un óvulo maduro de calidad, después se selecciona el semen del varón y que los mejores espermatozoides sean introducidos en el útero de la mujer para acortarle el camino a los espermas; según el protocolo de cada centro, pueden realizarse una o dos inseminaciones por ciclo (Gimeno, 2011).

La inseminación intrauterina consiste en conectar a una jeringa, una cánula que contiene el semen ya preparado para introducir en el interior del útero de la mujer y depositar allí la muestra seminal. Cuando se logra un embarazo por inseminación artificial, los riesgos de anomalías congénitas, enfermedades hereditarias y complicaciones en el embarazo y el parto son las mismas que con un embarazo espontáneo; por otro lado, si tras varios intentos no funciona la inseminación artificial, los médicos suelen recomendar la fecundación *In Vitro* (Gimeno, 2011).

Lo que la distingue la fertilización *In Vitro* (FIV) del resto de las técnicas de reproducción asistida, es que la fecundación se produce fuera del cuerpo de la mujer, en una placa de laboratorio para fertilizar. Está recomendada cuando la calidad o cantidad de los óvulos o de los espermatozoides no es suficiente para que se produzca una fecundación espontánea, ya sea de manera natural o mediante una inseminación, para quienes han realizado tres o cuatro inseminaciones sin éxito, para mujeres mayores de 38 años, aunque no hayan iniciado ningún tratamiento, debido sobre todo a la baja calidad de sus óvulos por su edad; también se utiliza esta técnica cuando existe alguna patología o una obstrucción en

las trompas de Falopio que pueda dificultar el paso del óvulo, y cuando la paciente no tiene ovarios (Gimeno, 2011).“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 costosa, pero es la de mayor éxito” (Rico, 2016: 21).

En cuanto a las diferencias que surgen entre las clínicas privadas y las públicas que ofrecen estos tratamientos y que genera que las parejas utilicen sus servicios, destaca la publicidad y la oferta que emplean las instituciones privadas, en donde se intenta ofrecer un servicio de calidad, con facilidades de pago y en algunos casos prometiendo que la pareja logre tener un hijo, por ello es que ésta es la primera opción a la que muchas parejas acuden.

Cuando las parejas conocen su diagnóstico de infertilidad, inician los tratamientos de reproducción asistida como un proyecto en conjunto, alguna veces promovido por la iniciativa de la mujer, y en otros casos por el hombre (Perujo, 2013). Cuando se inicia un tratamiento en una clínica privada, lo primero que se realiza es agendar una cita para la valoración de la pareja, conociendo el tiempo y el proceso que llevan intentando embarazarse, se realizan análisis tanto al hombre como a la mujer, para saber el diagnóstico y presentar la mejor opción que logre un embarazo, durante esta cita de igual manera se menciona el costo que tendrá el tratamiento, los riesgos que conllevan y la explicación de cada uno de los tratamientos.

Durante los tratamientos de reproducción asistida en clínicas privadas, es común recibir llamadas diariamente del laboratorio para conocer cómo está yendo la división celular. En esta etapa las parejas y especialmente las mujeres suelen sentirse angustiadas, porque existe la posibilidad de que el proceso llegue solo hasta ésta etapa sin llegar a la transferencia, y que generalmente ya se han generado expectativas respecto a la posibilidad de lograr un embarazo (Gimeno, 2011).

Puede suceder que en un ciclo se produzcan varios ovocitos y que conforme pase el tiempo se hayan ido descartando, incluso llegar al punto en que solo se transfiera un embrión y que éste no se implante, y es un momento de tristeza y frustración, debido a que es un largo recorrido en el cual se invierte esfuerzo, en cuanto a la gestión de las propias emociones y el factor económico, para que finalmente no funcione (Gimeno, 2011).

Durante el tratamiento son las mujeres quienes continuamente participan en el proceso, aun cuando sea el hombre quien tenga el diagnóstico de infertilidad, cada uno vive la experiencia del tratamiento de manera diferente, en el caso de los hombres puede que no se encuentre presente en las citas y estudios, debido a cuestiones laborales, esto genera en ellos un sentimiento de frustración, por no poder acompañar a sus parejas (Rico, 2016).

Las mujeres sienten frustración por no lograr un embarazo durante el tratamiento, dicen sentirse incomodas y nerviosas, y a su vez expresan sentir dolor cuando los tratamientos no tienen éxito (Rico, 2016). Muchas mujeres mencionan que en los días entre la introducción del embrión y la confirmación o descarte del embarazo, es como estar embarazada, porque son conscientes de que tienen un embrión o varios en su útero; aunque esto es un imaginario, debido a que el embarazo se produce hasta que el embrión anida, se agarra al útero, y esto no siempre ocurre (Gimeno, 2011).

Las mujeres relatan el dolor que los procedimientos ocasionan a nivel corporal y emocional, contando cómo se sienten esos procedimientos en su cuerpo, o aquellas emociones que sentían después de que alguna inseminación no tenía éxito. Si las personas aceptan someterse a este tipo de tratamientos es porque confían en ellos, sin embargo hay algunos otros que lo aceptan, porque es su única opción y lo prefieren antes que recurrir a la adopción (López, 2016).

Al tener éxito en el tratamiento y lograr un embarazo, en esta etapa las mujeres suelen sentir tensiones por temor a perder el bebé o a que surjan complicaciones, debido al tiempo que llevan sometiéndose a tratamientos médicos para conseguir su embarazo. A cada episodio concreto dentro del mismo se le atribuyen significados particulares con una carga emocional y simbólica mayor que en un embarazo conseguido sin esfuerzos (Gimeno, 2011).

Durante el embarazo las mujeres pueden sentirse en un estado de hipervigilancia ante todo el proceso, y hace que aparezcan emociones contradictorias como la felicidad y el miedo en diferentes grados; por ejemplo debido a la edad de la madre, la gestación puede transcurrir con elevados niveles de ansiedad y preocupaciones por la salud y el buen estado del feto. Una constante en los embarazos de reproducción asistida es un incremento voluntario de los controles médicos durante la gestación, así como el reposo; lo que es comprensible debido a

que puede haber costado años conseguirlo y que en algunos casos puede ser el último, si la gestación se interrumpe por cualquier circunstancia (Gimeno, 2011).

El embarazo es descrito por las mujeres que acceden a la reproducción asistida como una vía para establecer los lazos y el apego entre madre e hijo, el parto y los meses que lo siguen como un logro, una prueba visible de que su esfuerzo dio resultado, debido a las altas posibilidades de que el embarazo no llegue a su fin. La reproducción es un fenómeno que se construye culturalmente, y alrededor de los hechos biológicos de la fecundación, el embarazo, el parto y la crianza existen diversas formas de interpretación y acción (Perujo, 2013).

Algo que distingue a un embarazo conseguido por reproducción asistida de un embarazo espontáneo, es que los niños nacidos mediante tratamiento y de madres mayores son considerados “feto valioso”, y en atención a ellos recibirán un trato especial durante el seguimiento de la gestación, el parto y al nacer (Gimeno, 2011). A este embarazo “vigilado”, le seguirá un alumbramiento casi siempre por cesárea para asegurar la sobrevivencia de los infantes (Cambrón, 2001).

Para las mujeres que utilizaron la reproducción asistida, el logro de este largo y costoso proceso no es representado con la consecución de la gestación, sino con el nacimiento del niño (Gimeno, 2011).

En algún momento durante el tratamiento las parejas deben tener en mente la manera en que le contarán a sus hijos sobre su concepción e incluso si esto se mantendrá en secreto, teniendo en cuenta los casos en los que se recurre a un donador de espermatozoides, óvulos o embriones (Gimeno, 2011).

Las técnicas de reproducción asistida rompen con la forma tradicional de concebir y vivir la maternidad, en tanto altera su identidad y autoridad, conduciendo a las mujeres a “entregarse” al poder de la medicina, entrando en conflicto con las relaciones tradicionales de familia; sin embargo, las mujeres siguen siendo tratadas por los médicos como “futuras madres”, objetos destinados por naturaleza a la reproducción, en donde se da prioridad a la “madre” frente a la mujer (Cambrón, 2001).

Como ya hemos rescatado, las técnicas de reproducción asistida abren la posibilidad de descendencia a personas que tiene problemas para concebir, pero a su vez posibilitan la integración social; al ser métodos que cumplen el deseo de padre/madre incluyen a individuos a los círculos sociales de padres e hijos de los cuales la pareja infértil desea pertenecer. Tener éxito en las técnicas de reproducción asistida se vuelve la reproducción de un vínculo de consanguinidad más no la cura de la infertilidad.

1.4 Algunas derivaciones del parentesco en reproducción asistida

El parentesco en reproducción asistida es un tema que sobresale mucho cuando se habla sobre la manera de concebir cuando se tiene un diagnóstico de infertilidad, pues el deseo individual y social de tener descendencia se vuelve primordial, se busca a toda costa tener un hijo que comparta material genético de alguno de los padres, se anhela el embarazo en la mujer para tener la vivencia biológica y en los casos cuando se hace uso de donadores de óvulos o espermias la cuestión genética se vuelve un factor que puede afectar a los padres.

Socialmente el parentesco está ligado con la descendencia de los hijos, siendo una obligación el cumplir con la continuidad de la sociedad, y si no se cumple se cuestiona su estar en la sociedad, siendo personas anómalas para la misma. La presencia del hijo, es decir, la conformación del parentesco en algunas personas es tan importante que busca a toda costa conseguirlo, para obtener la continuidad de uno mismo, es decir, la descendencia (Chávez, 2013). Los lazos biológicos (“de sangre”) dan forma al parentesco “puro”, los hechos biológicos (dados por la naturaleza) son la base sobre la cual se construyen los lazos y relaciones de parentesco (Perujo, 2013).

Las técnicas de reproducción asistida aparecen como la estrategia ideal congruente con el parentesco, que proporcionan la posibilidad de compartir sustancia y generar ese lazo, a la vez que solucionan el problema social, psicológico y biológico de la falta de progenie (Perujo, 2013). Con las nuevas tecnologías reproductivas, el deseo por tener un hijo propio se manifiesta con la obsesión por tener un hijo de la propia sangre, donde los genes funcionan como el vehículo simbólico que une las generaciones y transporta las esencias de las personas (Jelin, 2010).

Todo lo humano será producto de una construcción, cuando se habla de los criterios que se han tenido para la construcción de los conceptos como “parentesco” o “familia” se cambia sustancialmente, pues con la llegada de las técnicas de reproducción asistida, se ha dado un giro totalmente novedoso a lo que se entiende como parentesco (Álvarez, 2014).

El uso de técnicas de reproducción asistida permite comprender nuevos tipos de relaciones de parentesco, al “mudarse” el espacio para la procreación al laboratorio; en la fertilización *In Vitro* con gametos de la pareja permite la conformación de un lazo de parentesco a través del hijo propio (Chávez, 2013).

La medicina ahora se ha encargado de procesos de la vida humana pues con la fertilización *In Vitro* y las Técnicas de Reproducción Asistida se habla de la medicalización de la reproducción, sin embargo, en el momento actual podría decirse que se ha medicalizado el parentesco, con una genetización y biologización del mismo” (Álvarez, 2014).

Cuando se recurre al uso de donantes en algún tratamiento de reproducción asistida se selecciona mediante el uso de catálogos con fotografías, donde se presenta algunos rasgos físicos y psicológicos del donante, esta medida asegura el anonimato pero da una idea de los semblantes que tendrá el futuro hijo. Cuando se decide ocultar el procedimiento, la pareja cuida la manera en cómo contará a la familia o amigos la manera en que concibieron, pues en algunos casos no tienen la intención de informar a su hijo o hija que no es genéticamente de alguna de las partes (madre o padre).

Como ya se ha mencionado las técnicas de reproducción asistida hacen referencia al aspecto biológico de la reproducción humana, las relaciones biológicas tienen un sentido social, la filiación, por ejemplo es una relación de consanguinidad y a su vez una relación social (Bestard, Orobitg, Ribot y *et. al.*, (2003).

La filiación se refiere a la relación jurídica que existe entre padres e hijos, misma que se establece por los lazos de sangre o por voluntad declarada, así mismo, los términos paternidad, maternidad, filiación, hijo, padre, madre, son expresiones jurídicas que son fundadas sobre roles culturales, por lo que la filiación no es una situación que se derive de un hecho biológico, así padre, madre y progenitor hoy no son sinónimos, creando el mismo tipo de vínculo jurídico en personas que no están relacionadas biológicamente, por lo que la

paternidad/maternidad y los progenitores ya no coinciden siempre con la misma persona, por lo que la voluntad puede ser el elemento de responsabilidad suficiente para la filiación (Guzmán, 2001).

Para establecer la filiación entran en juego diversos roles culturales, donde toma importancia la relación socioafectiva que da lugar a la paternidad formal y que hacen de ella una figura fundamentalmente jurídica. En el uso de la reproducción asistida y lo que compete a la maternidad, la mujer que tenga más de una de las siguientes contribuciones será vista social y legalmente como la madre del bebé producto del uso de estas técnicas: la madre genética, es quien proporcionó el óvulo, la madre gestacional y la madre responsable, es quien desea al hijo (Guzmán, 2001).

Es difícil imaginar un futuro si no se puede establecer vínculos de filiación y pensar en embriones sería imaginar identidades abstractas sin ningún vínculo concreto, la donación aparece como una solución a parejas infértiles con deseos de tener hijos, se podría hacer una analogía en términos de adopción donde la pareja busca adoptar a un hijo aunque no comparta algún lazo consanguíneo (Bestard, Orobítg, Ribot y *et. al* (2003).

El embarazo será un determinante para generar filiación, pues se considera que el material genético determina filiación con los hijos, teniendo una relación biológica pero a su vez también tendrá un aspecto social. Se busca a toda costa tener un hijo con el mismo material genético, se deja de lado la donación de gametos, la maternidad subrogada y la adopción (Rico, 2016).

Cuando se recurre al uso de donadores de gametos, óvulos o espermias son impuestas en anonimato y se prohíbe la relación de parentesco, mediante el anonimato se da un principio de trascendencia social pues se puede separar claramente a la madre genética de la madre receptora (Bestard, Orobítg, Ribot y *et. al* (2003).

Las madres que utilizan la reproducción asistida se enfrentan ante la problemática de buscar un donante con rasgos físicos parecidos a los de ella con el fin de que su hijo tenga rasgos iguales y así poder encubrir un poco la cuestión del origen y en un futuro evitar que sus hijos sufran alguna burla o tengan problemas por no parecerse a su madre, pues como hemos visto la cuestión de la genética y el parentesco sigue siendo un aspecto importante en nuestra

sociedad, aun cuando se usan las técnicas de reproducción asistida, se busca la semejanza física entre los donantes y los padres con el fin de crear una familia con similitudes (Esteinou, 2012).

Las técnicas de reproducción asistida permiten deslindar la sexualidad de la procreación, además cambia la representación de las líneas del parentesco, sobre todo cuando se recurre a las técnicas de alta complejidad, pues entonces el rol de padre o madre continuará a pesar de no aporte algún lazo biológico o genético alguno de los dos (López, 2016).

Entonces resultaría que para ser padre o madre no se necesita un espermatozoide, un ovocito, una gestación o que sea reconocido un proceso legal; hay algo previo que es el deseo de serlo, y más que ello, la necesidad de serlo. Sería esencial esa necesidad para que las parejas decidan acudir a una fertilización *in vitro* o cualquier técnica de reproducción asistida (Álvarez, 2014).

El parentesco en reproducción asistida nos da una lección que se basa en acuerdos y no solo en el hecho biológico, muchas de las ideas relacionadas con el parentesco se enraízan en la biología pero su obviedad como el parto hace que se puedan expresar ideas como afirmar que las técnicas de reproducción asistida atentan contra la identidad humana, la vida familiar y los lazos de parentesco, que son fundamentales para el buen funcionamiento social (Álvarez, 2014).

Se le da una importancia significativa al proceso reproductivo como lo es el embarazo, el parto y la lactancia para la conformación de parentesco, dándole prioridad a la descendencia directa y las técnicas de reproducción asistida dan la alternativa de vivir ese proceso. La mujer privilegia el embarazo para la construcción del hijo propio porque es a partir de este que ella cumple su rol de género, el embarazo y la maternidad confirmarán lo que por naturaleza se espera de ella (Rico, 2016).

Tener un hijo es uno de los principales temas que motivan las parejas que presentan problemas de infertilidad para el uso de las técnicas de reproducción asistida, la descendencia representará un deseo de continuidad personal pero también un deber de reproducción social. También se tiene la posibilidad de no tener hijos denotando que los hijos también son el resultado de una decisión responsable.

Capítulo 2: Diseño metodológico

2.1 Planteamiento del problema

En la sociedad podemos encontrar una distinción de género, es decir, entre lo que es considerado como femenino o masculino mismos que se construyen a partir de los comportamientos, personalidades, roles y aspiraciones que son atribuidos a lo que socialmente se caracteriza como hombres y mujeres. Los atributos que definen al género varían de una cultura a otra, y es en función de su sexo que se les asigna un determinado rol, sin embargo, lo que permanece igual es la desvalorización que se le da a las actividades que desarrollan las mujeres (Serret, 2001).

Los ejes a partir de los cuales se construye la identidad de género para las mujeres son el ser madre, la maternidad, el matrimonio y el ser esposa, mismos que han sido interiorizados por varias de ellas constituyéndolo, así como un núcleo fundamental en su identidad femenina. Por lo que, aun en la actualidad existen lugares donde se encuentra vigente la idea de que para lograr ser madres debe existir primeramente una relación conyugal (Lagarde, 1993).

Una de las principales condiciones que caracterizaba a la mujer era la maternidad, que incluía el deseo de tener hijos y procurar los cuidados y la supervivencia de los mismos, dicha concepción hacía creer que todas las mujeres deseaban procrear; sin embargo, con el paso del tiempo dicho pensamiento se ha modificado, denotando que no todas las mujeres quieren ejercer la maternidad, cambio que siguió con la institución del matrimonio y el rol de ser madresposas, debido a que existen mujeres que no desean casarse, otras que quieren tener un cónyuge pero sin descendencia, y algunas que desean ser madres sin tener una pareja(Lagarde, 1993).

Con el avance de la tecnología han surgido nuevas formas de concebir, donde se separan la procreación de las relaciones sexuales, por lo que ahora las mujeres que tienen un diagnóstico de infertilidad pueden acceder a la maternidad a través de las técnicas de reproducción asistida. El objetivo central de dichas técnicas reproductivas es ayudar a una persona o a una pareja a cubrir el deseo de convertirse en padres o madres.

Las Técnicas de Reproducción Asistida aparecen como la estrategia ideal congruente para generar el lazo del parentesco, mismos que proporcionan la posibilidad de compartir material genético, a la vez que solucionan el problema social, psicológico y biológico de la falta de progenie (Perujo, 2013).

Este cambio en la manera de concebir un hijo ha generado una mayor aceptación social, aunque la reproducción asistida sigue siendo un tema tabú, del cual no cualquier pareja que se sometió a este tipo de tratamientos puede hablar, debido a que todavía está vigente la idea de que los hijos deben ser concebidos por medio de una relación sexual.

2.1.1 Preguntas de investigación

General:

¿Cómo es la experiencia de la maternidad en mujeres que utilizan las técnicas de reproducción asistida para tener un hijo (a)?

Específicas:

¿Cuál es la perspectiva de la maternidad de aquellas madres que han utilizado la reproducción asistida?

¿Cómo viven el tratamiento las mujeres que utilizaron las técnicas de reproducción asistida como vía de acceso a la maternidad?

¿A qué situaciones se enfrentan las mujeres que optan por los métodos de reproducción asistida?

¿Cuáles son las redes de apoyo, económico y/o emocional, que se les brinda a las mujeres que accedieron a la reproducción asistida?

2.1.2 Objetivos

General:

Conocer la experiencia de la maternidad que se forma desde la perspectiva de las mujeres que utilizan como vía de acceso la reproducción asistida.

Específicos:

Averiguar sobre las vivencias durante el tratamiento las mujeres que utilizaron las técnicas de reproducción asistida para lograr su embarazo.

Visualizar la perspectiva que tienen sobre la maternidad aquellas madres que han utilizado la reproducción asistida.

Conocer las situaciones a las que se enfrentan las mujeres que optan por los métodos de reproducción asistida.

Saber cuáles son las redes de apoyo, económico y/o emocional, que se les brinda a las mujeres que accedieron a la reproducción asistida.

2.1.3 Justificación

En la actualidad se presentan una enorme diversidad de formas familiares como alternativas al carácter tradicional de la familia nuclear que está constituida por la pareja heterosexual y los hijos, misma que está siendo modificada debido a que este tipo de familias ya no es considerada la única que puede cumplir con la continuidad de la sociedad, a través de la descendencia.

En lo que compete a las investigaciones sobre las técnicas de reproducción asistida han sido estudiadas desde la antropología, y el ámbito legal, siendo como objeto de estudio las parejas casadas que acceden a la reproducción asistida debido a la infertilidad que presentan alguno de los dos, mismos que asistieron a la práctica médica pública.

Con respecto a la maternidad existen varios estudios alrededor de la misma, sin embargo, varios de ellos son enfocados hacia madres adolescentes o estudios de maternidad en relación a la medicina, es decir, abordados desde la óptica de la salud, el tema de la maternidad en mujeres que utilizaron la reproducción asistida es estudiado desde las mujeres

que están en tratamiento o que accedieron al ámbito público para la realización de su tratamiento.

En este estudio, se pretende que la línea de investigación tenga un corte social en base a las experiencias de las mujeres que decidieron convertirse en madres por medio de la reproducción asistida y que presentan algún problema de infertilidad en el caso de la mujer, el hombre o ambos, al igual que el proceso por el cual atravesaron para llegar a convertirse en madres.

El análisis de la investigación se basó en las narrativas generadas por las participantes con respecto a la experiencia, abordando una temática que no ha sido muy estudiada desde lo social, y que da un panorama real de en qué consiste la maternidad en madres que utilizaron la reproducción asistida para concebir, a través de los discursos de mujeres que han vivido esa situación.

2.2 Metodología

El diseño metodológico que se empleó para este estudio constó de una metodología cualitativa, utilizando entrevistas a profundidad a mujeres que optaron por la reproducción asistida como vía para la maternidad; para contactar con dichas informantes se recurrió al uso de Facebook mediante dos páginas de clínicas de reproducción asistida privadas, después de contactar a algunas de ellas, se aplicó la técnica “bola de nieve” para el contacto con otras participantes; posterior a que las informantes accedieron, la comunicación se siguió a través de WhatsApp. Finalmente se consiguieron seis informantes, cuatro de ellas residen en el Estado de México y dos en la Ciudad de México.

Anteriormente se realizó un recorrido a seis clínicas de reproducción asistida privadas localizadas en la Ciudad de México, con el objetivo de conseguir un contacto que mediara la búsqueda de posibles participantes; sin embargo el acceso a estas instancias es muy compleja, pues los médicos no atienden a personas que no tienen cita previa. Solamente en un caso uno de los doctores y un biólogo de la reproducción nos atendieron y aceptaron colaborar con nuestro proyecto; pese a ello el contacto con mujeres que utilizaron la reproducción asistida y que lograron tener un hijo es limitado, pues el registro que ellos llevaban durante su

tratamiento, ahora les pertenece al área de ginecología, por lo que no se consiguió el contacto con ninguna participante.

Se realizaron dos encuentros con cada una de las entrevistadas, en el primero se tenía como objetivo conocer a las informantes y que ellas nos conocieran, les hablamos sobre los objetivos de la tesis, y mencionarles aspectos éticos como el acuerdo de privacidad, donde se utilizaría seudónimos para mantener el anonimato de sus datos, los fines de la investigación y el uso que tendría la información recabada, se les hizo la petición de poder usar grabadoras de voz, únicamente para no perder ningún detalle de sus narrativas y se dio respuesta a cualquier duda que tuvieran con respecto a la entrevista; finalmente estas cuestiones éticas se les dio de manera verbal y posteriormente en un escrito donde firmaron su consentimiento.

En el segundo encuentro se realizó la entrevista cara a cara, para ello previamente se había acordado el día, lugar y hora, mismos que fueron elegidos por las informantes para que se sintieran más cómodas; la duración de las entrevistas varió de acuerdo a la fluidez en sus narrativas, anteriormente se les había pedido que nos brindaran un lapso de dos horas aproximadamente para realizar la entrevista.

Durante las entrevistas surgieron interrupciones derivadas de llamadas telefónicas, terceras personas que se encontraban en el lugar y ruidos externos, cuestión que afectó en el audio de la grabación y a tener una continuidad en el diálogo; sin embargo, todas las entrevistas culminaron con éxito.

2.2.1 Informe de entrada a campo

Primera entrada a campo

En el siguiente cuadro mostramos de manera general los primeros acercamientos que tuvimos al entrar a campo, con el fin de obtener en su mayoría a informantes clave que nos ayudaran a encontrar o contactar a las mujeres que cubrieran el perfil de nuestro proyecto de investigación. Posteriormente redactaremos con más detalle las visitas a cada una de las clínicas y los acercamientos con nuestros primeros porteros.

Tabla 2. Informe de la primera entrada a campo para la obtención de informantes.

	Fecha	Espacio	Duración	Objetivo	Obtención de datos
1	9-12-16	Instituto Nacional de Perinatología	11:30-12:45	Conseguir portero	*Posible acceso a clínicas de reproducción *Conseguir a lectora *Sugerencia de literatura
2	13-02-17	Hisparep: Clínica de Reproducción Asistida	11:15-12:20	Conseguir portero	*Portero (Doctor Sergio Téllez)
3	13-02-17	Inmater: Clínica de reproducción asistida e infertilidad	13:10-13:15	Conseguir portero	*Contacto con la Doctora Edith Cervantes *Posible portera
4	17-02-17	Instituto Nacional de Perinatología	11:20-12:30	Acceder a otras clínicas de reproducción	*Acceso a Hisparep: clínica de reproducción asistida *Contacto con el Biólogo Ricardo Rodríguez
5	24-02-17	Sanatorio de maternidad Claristella	11:58-12:05	Conseguir portero	*La clínica no se encuentra en funcionamiento
6	24-02-17	Clínica de Ginecología-Obstetricia-Reproducción humana	13:09-13:14	Conseguir portero	*No se encontraban los doctores del área de reproducción asistida
7	24-02-17	Instituto de esterilidad y salud reproductiva	13:20-13:27	Conseguir portero	*No quisieron ayudarnos con la investigación
8	1-03-17	Hisparep: Clínica de Reproducción Asistida	10:55-12:00	Conseguir informantes	*Portero (Biólogo Ricardo Rodríguez)
9	1-03-17	Ivinsemer	12:40-12:50	Conseguir portero	*Posibles porteros

1. La entrada a campo inició con una cita el día Viernes 9 de Diciembre del 2016 a las 11:30 con la Doctora Mayra Lilia Chávez Courtois en el Instituto Nacional de Perinatología, donde le explicamos a la Doctora Chávez en qué consistía nuestro tema, el objetivo de nuestro trabajo, la población de interés y cuestiones relacionadas con la reproducción asistida (tema en que se especializa la doctora). La Doctora Mayra Chávez accedió a ayudarnos en nuestro trabajo recomendándonos literatura, siendo nuestra “lectora” y nuestro contacto con algunas clínicas de reproducción asistida privada. La doctora nos habló un poco de la dinámica que se maneja en el instituto y nos explicó cómo es que se logra acceder al mismo,

nos habló un poco del trabajo que ella realiza y sobre las clínicas a las cuales podríamos acceder fácilmente con su ayuda. Finalizando nuestra cita a las 12:45.

2. El lunes 13 de febrero del 2017 realizamos un acercamiento a dos clínicas de reproducción asistida:

Hisparep: Clínica de reproducción asistida| Hospital Español

A las 11:15, nos atendió el Doctor Sergio Téllez Velasco.

Nos presentamos, le explicamos sobre nuestra investigación y que buscábamos informantes para seguir con dicho trabajo, el Doctor Téllez nos comentó que las mujeres llegan a la clínica Hisparep porque el ginecólogo o médico de cada paciente las envía, posteriormente tras lograr el embarazo en la clínica de reproducción asistida dan de “alta” a la paciente, por lo que ellos no dan seguimiento al embarazo; sin embargo, el Doctor Téllez nos comentó que podría buscar en su base de datos a las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión que le habíamos comentado, de igual manera localizaría a los médicos que las habían enviado a Hisparep y les comentaría sobre nuestro trabajo, para ver si ellos podrían contactar con las pacientes (ya que ellos no pueden proporcionar los datos personales de las pacientes, debido al acuerdo de privacidad que existe en la clínica) y así poder ayudarnos; para permanecer en contacto nos pidió nuestros números de teléfono y nos llamaría si lograba contactar a alguna paciente.

Inmater: Clínica de fertilidad en Ciudad de México

Ese mismo día acudimos a otro lugar que estaba dentro de la zona de la anterior clínica que habíamos visitado, nuestra llegada fue a las 13:10, nos atendió la recepcionista de la clínica.

Nos presentamos con la recepcionista, le explicamos sobre nuestra investigación, y le comentamos que buscábamos informantes para seguir con dicho trabajo. Le preguntamos si había algún doctor que nos pudiera atender; ella nos comentó que la doctora que podría atendernos tenía su agenda ocupada, pero que la podríamos contactar por correo o teléfono, así que muy amablemente nos proporcionó el número de teléfono, correo electrónico de la Doctora Edith Cervantes y el horario para contactarla.

3. El día Viernes 17 de Febrero del 2017 a las 11:20 asistimos al Instituto Nacional de Perinatología con la Doctora Mayra Lilia Chávez Courtois, le comentamos a la Doctora Chávez sobre nuestro acercamiento a las clínicas de reproducción asistida “Hisparep” e “Inmater”; ella desconocía totalmente de ambas así que para salir de dudas buscó vía internet a las dos clínicas para saber su localización y saber qué tipo de tratamientos ofrecían. En el caso de la clínica Hisparep la Doctora Chávez buscó información que la ayudara a saber quiénes trabajan en dicho lugar y se percató que dos de los dirigentes del área de reproducción asistida eran colegas y amigos suyos, de inmediato se comunicó con uno de ellos, el Biólogo de Reproducción Ricardo Rodríguez Calderón, para comentarle sobre nuestro proyecto y saber si él pudiera ayudarnos a acceder de manera más rápida a la clínica. Después de una charla con la Doctora Mayra el Biólogo accedió a ayudarnos con el proyecto y muy amablemente nos proporcionó su número para agendar una cita.

4. El día Viernes 24 de Febrero del 2017 realizamos un acercamiento a otras tres clínicas de reproducción asistida:

Sanatorio de maternidad Claristella

Llegando a las 11:58.

Utilizamos la aplicación de “Google Maps” para llegar al lugar, sin embargo, al preguntarle a una vecina del lugar nos comentó que la dirección que buscábamos se encontraba más adelante; tras haber caminado durante aproximadamente 30 minutos llegamos a la dirección donde se encontraba dicha clínica a las 11:58, al preguntar en una tienda ubicada en la parte baja del edificio, nos informan que la clínica no se encuentra en funcionamiento desde hace un tiempo.

Ginecología-Obstetricia-Reproducción humana Dr. Gallardo Pineda

Nuestra hora de llegada a la clínica fue a la 13:09, y nos atendió la recepcionista y un guardia de seguridad de la clínica.

Al llegar al lugar nos presentamos, le comentamos a la recepcionista y al guardia de seguridad sobre nuestro trabajo y preguntamos la posibilidad de que algún médico del área de reproducción humana nos pudiera atender en ese momento o si ellos nos pudieran proporcionar algún correo electrónico o número de teléfono para contactar a alguien que

pudiera atendernos y así poder hablarles sobre nuestra investigación o poder agendar una cita para ello; a lo que la recepcionista contestó que por el momento ningún doctor de esa área se encontraba y que quienes podrían darnos algún correo o número telefónico eran las asistentes de los respectivos médicos, pero que tampoco se encontraban ellas, así que no pudieron ayudarnos.

Instituto de esterilidad y salud reproductiva

Nuestra llegada fue a la 13:20, nos atendió un recepcionista.

Nos presentamos, le explicamos a la persona de recepción sobre nuestro trabajo y le preguntamos si había algún doctor que pudiera atendernos para hablarle sobre nuestra investigación.

La persona en recepción habló por teléfono, pidió que nos registráramos, tomáramos asiento y que en un momento un doctor bajaría a atendernos. A los pocos minutos bajo una señora, nos comentó que la había enviado un doctor, que le pidió que nos entregara un folleto de la clínica, así que nos dio un folleto en donde venía información, y una página de Facebook, comentándonos que lo único que podía darnos era ese folleto como ayuda, ya que el doctor no podía atendernos ni darnos información por ser una clínica privada, y que si queríamos mejor fuéramos a una clínica pública.

5. El día 1ro de Marzo del 2017 realizamos una visita con el Biólogo de la Reproducción Ricardo Rodríguez en Hisparep.

El Biólogo Ricardo nos comentó acerca de los avances que había logrado en cuanto a la obtención de pacientes que cumplieran los criterios de inclusión para nuestro proyecto, nos mencionó que había rastreado en su base de datos a aquellas mujeres que habían estado ahí, consiguiendo su número de teléfono, así es como pudo llamarles y platicarles sobre nuestro proyecto, pero en ninguno de los casos atendieron el teléfono. Dentro del tiempo que permanecimos en Hisparep pudimos hablarle más a fondo acerca de nuestro proyecto y se mostró muy entusiasmado en poder ayudarnos; quedamos en seguir en contacto para cualquier novedad.

Ivinsemer

Ese mismo día acudimos a la clínica Ivinsemer para poder contactar a un posible portero que pudiera ayudarnos a obtener informantes.

Nos atendieron unas recepcionistas; nos presentamos con ellas y les hablamos acerca de nuestro proyecto y el motivo por el cual estábamos ahí, les comentamos los fines que tenía nuestra investigación y aclaramos que conocíamos las cuestiones éticas que manejan las clínicas de reproducción asistida, debido a que nos habían mencionado ya las demás clínicas a las que habíamos acudido, ante ello la respuesta fue la misma, pues nos mencionaron que no podrían proporcionarnos datos y que no podía atendernos alguien más, pero si podíamos dejar nuestros datos para que ellos pudieran contactarse con nosotros y así hacernos saber si existía la posibilidad de poder ayudarnos, nos regalaron una tarjeta donde nosotros podíamos contactarlos y nos pidieron esperar a que ellos nos llamaran.

Conclusiones de la primer entrada a campo

- El proceso que se sigue para lograr un embarazo a través de la reproducción asistida es en ocasiones complejo, debido a que algunas mujeres pueden tardar en embarazarse utilizando estas técnicas.
- En algunas clínicas después de que la mujer logra el embarazo, la envían con un especialista que lleve dicho proceso, por lo que la clínica no le da un seguimiento y ante esto no pudimos tener acceso a pacientes de esta área.

Tabla 3. Segunda etapa de trabajo de campo

	Fecha	Espacio	Duración	Objetivo	Obtención de datos
10	28-03-17	Preparatoria Próceres de la Educación	17:35-18:05	Primer acercamiento a posible informante (Azael)	*Agendar cita el Miércoles 5 de Abril para entrevista *Contacto con otra posible informante
11	29-03-17	Starbucks Plaza Santa Fe	12:40-14:00	Primer acercamiento a posible informante (Julieta)	*Agendar cita el Martes 4 de Abril para entrevista *Contacto con otras posibles informantes
12	29-03-17	Preparatoria Próceres de la Educación	13:05-13:25	Primer acercamiento a posible informante (Verónica)	*Agendar cita el Lunes 3 de Abril
13	3-04-17	Starbucks Plaza Santa Fe	10:40-11:30	Primer acercamiento a posible informante (Gabriela)	*Agendar cita el Martes 18 de Abril para entrevista
14	4-04-17	Starbucks Plaza Santa Fe	13:15-16:50	Entrevista a Julieta	*Buena entrevista
15	5-04-17	Oficinas en San José	12:30-13:45	Entrevista a Azael	*La entrevista no fue viable debido a que utilizó remedios naturistas para el embarazo y no técnicas de reproducción asistida
16	7-04-17	DIF Villada	15:35-16:00	Primer acercamiento a posible informante (Zaira)	*Agendar cita el Jueves 13 de Abril para entrevista
17	8-04-17	Starbucks Plaza Parque Toreo	10:30-11:08	Primer acercamiento a posible informante (Fiona)	*Se agendará una cita en la semana *Datos previos a la entrevista sobre su experiencia
18	10-04-17	Villa Olímpica (Casa)	9:58-11:27	Cita con Mercedes	*Contacto con Jesús Lujan *Literatura *Otro enfoque de la Reproducción Asistida
19	12-04-17	Colonia Ajusco (Casa)	10:30-11:00	Primer acercamiento a posible informante (Valeria)	*Agendar cita el 19 de Abril para entrevista
20	12-04-17	Plaza Ciudad Azteca	13:50-16:24	Primer acercamiento a posible informante (Yadira)	*Se agendará una cita en la semana *Material de utilidad sobre reproducción asistida *Datos previos a la entrevista sobre su experiencia
21	13-04-17	Chimalhuacán (Casa)	10:45-12:10	Entrevista a Zaira	*Entrevista regular
22	18-04-17	Cuajimalpa (Casa)	10:15-12:35	Entrevista a Gabriela	*Excelente entrevista
23	25-04-17	Plaza Buenavista	14:10-15:20	Entrevista a Yadira	*Buena entrevista
24	27-04-17	Colonia Ajusco (Casa)	10:00-12:15	Entrevista a Valeria	*Buena entrevista
25	1-05-17	San José, Chicoloapan	18:35-19:10	Platica con una mujer que esta iniciando su procedimiento en INGENES	*Material informativo sobre el procedimiento de la reproducción asistida en INGENES
26	7-05-17	Starbucks Plaza Parque Toreo	12:10-	Entrevista a Fiona	*Excelente entrevista

2.2.2 Población

Las personas que participaron en este estudio fueron mujeres que tuvieron un hijo después de los 20 años, que optaron por los métodos de reproducción asistida, que ella o la pareja presentan un diagnóstico de infertilidad y que acudieron a una clínica privada. Tuvimos un caso en donde la informante se encontraba en ese momento embarazada.

Tabla 4. Tabla de informantes

Nombre	Edad	Método utilizado	Diagnóstico	Costo del tratamiento	Utilizó Ovodonadora	Tiempo que tardó en embarazarse
<u>Julieta</u>	39 años	estimulación ovárica/ inseminación artificial/ fertilización In Vitro (dos intentos)	sus óvulos no retienen los espermias	\$750,000 consiguieron el dinero por el trabajo de su esposo y ahorros	Utilizó ovodonadora en el segundo intento de fertilización In Vitro	18 meses en el tratamiento
<u>Zaira</u>	39 años	fertilización In Vitro	trompas tapadas	\$150,000	No	15 días en tratamiento
<u>Gabriela</u>	34 años	fertilización In Vitro	infertilidad sin motivo	\$250,000	No	Un año

Nombre	Edad	Método utilizado	Diagnóstico	Costo del tratamiento	Utilizó Ovodonadora	Tiempo que tardó en embarazarse
<u>Yadira</u>	39 años	inseminación artificial/ fertilización In Vitro	endometriosis severa, solo tiene la cuarta parte de un ovario y su esposo está en el límite espermático	\$170,000	No	10 años en el tratamiento
<u>Valeria</u>	43 años	fertilización In Vitro	trompas tapadas	\$120,000	Utilizó ovodonadora en el segundo intento de fertilización In Vitro,	1 año en tratamiento
<u>Fiona</u>	37 años	fertilización In Vitro	Azoospermia	\$100,000	NO	2 AÑOS

2.2.3 Procedimiento y análisis de datos

Se realizaron seis entrevistas a profundidad a mujeres que utilizaron la reproducción asistida para convertirse en madres. El guión de entrevista (**Véase Anexos, página 109**) se dividió en Vínculos afectivos (relación de pareja), Toma de decisión respecto a la maternidad, Proceso de la reproducción asistida, Experiencia del embarazo, nacimiento del primer hijo, parentesco y proyecto de vida, en cada una de las secciones se pretendía abordar aspectos que ayudaran a la realización del análisis y poder facilitar la categorización de la información.

Las categorías de análisis en esta investigación fueron: Maternidad, Reproducción Asistida, Parentesco, Redes de Apoyo.

Se hizo transcripción de cada una de las entrevistas, en cada una de ellas se evaluó la calidad de los datos para descartar o asegurar la entrevista y de no ser así conseguir más participantes para fortalecer la investigación.

Tabla 5. Calidad de los datos

	Nombre	Encuentros	Entrevista	Duración	Calidad del audio	Transcripción	Calidad del dato
1	Julieta	2	1	2:34:51	Regular	Si	Muy buena
2	Zaira	2	1	49:46	Buena	Si	Buena
3	Gabriela	2	1	1:09:41	Buena	Si	Muy buena
4	Yadira	2	1	2:11:17	Regular	Si	Muy buena
5	Valeria	2	1	1:19:08	Regular	Si	Muy buena
6	Fiona	2	1	3:12:39	Regular	Si	Muy buena

Capítulo 3: La reproducción asistida como vía para la maternidad

3.1 Casos de mujeres que utilizaron la reproducción asistida

Julietta

Julietta tiene 39 años, es gerente de desarrollo organizacional en una empresa mexicana, se encuentra casada y tiene dos hijas. Su familia nuclear está integrada por sus padres y dos hermanos, ella es hija adoptiva, lleva una buena relación con su familia y la de su esposo.

A los 35 años su pareja y ella decidieron embarazarse, con anterioridad no habían pensado en la concepción pues tenían planes e inversiones a futuro, lo que hizo que se pospusiera la maternidad. Cuando comenzaron los intentos para lograr el embarazo, ella comenzó a sentir algunos síntomas propios del mismo, sin embargo, al cabo de unos días la sospecha de la posible concepción es descartada por la aparición del ciclo menstrual; al paso de los meses la situación sigue siendo la misma por lo que decide acudir con un médico especialista para saber lo que pasaba con ella.

El diagnóstico que recibió no fue certero en esos momentos, tuvieron que pasar un par de meses para saber por qué no podía lograr el embarazo; la dificultad que presentaba era que sus óvulos no lograban retener los espermias de su esposo, lo que dificultó que los primeros tratamientos fallaran.

Ella pasó por varios procedimientos de reproducción asistida para embarazarse, en primer lugar el médico realizó una estimulación ovárica con medicamento para lograr un embarazo de manera natural, tras fallar en ese intento recurrió a la inseminación artificial realizando tres intentos y al no tener éxito ella pensó en la adopción de embriones para lograr ser madre, sin embargo, el médico le informó a la pareja que requerían únicamente de una donación de óvulos junto con una fertilización *In Vitro*. Este último procedimiento fue el que funcionó y después de 18 meses de espera, la pareja logró el embarazo. Cabe mencionar que el tratamiento que realizó fue en una clínica privada, el costo total fue de \$750, 000 pesos y logró pagar el servicio mediante ahorros que tenía con su esposo.

Durante los meses del embarazo, no pudo sentirse propiamente embarazada pues en su mente persistía el miedo constante de perder a sus hijas, además de la falta de conexión

biológica que ella refería, pues consideraba que no lograr embarazarse mediante sus óvulos hacia que le faltara un lazo sanguíneo con sus hijas. Ella únicamente se sentía plenamente feliz cuando veía a sus bebés por ultrasonido y al sentir sus movimientos. La pareja de Julieta fue primordial durante el tratamiento y el embarazo pues gracias a lo que tuvieron que pasar su relación se fortaleció más.

Tuvo dos hijas, los cambios físicos estuvieron muy presentes y al tener dos niñas de la misma edad lo que más le dificultaba en esos momentos era poderlas amamantar, por ello es que tuvo que contratar personal para sus cuidados. El significado que le atribuye al “ser madre” es expresado como el “sentirse completa” pues la maternidad es percibida como lo mejor que le ha pasado.

Zaira

Tiene 39 años, trabaja en INAPAM haciendo las credenciales para las personas de la tercera edad, lleva casada tres años y tiene una hija de dos años, su esposo tiene 28 años y es militar.

Para cubrir el costo del tratamiento que fue de aproximadamente \$150,000 tuvo tres trabajos y tardó cinco años ahorrando, siendo ella quien pagó el total del procedimiento, en uno de esos trabajos conoció a su esposo. Comenzó la reproducción asistida a los 36 años, pasando directamente a la Fertilización *In Vitro*, durante su primer intento le extrajeron cinco óvulos y le implantaron solo uno que fue con el que se logró el embarazo.

Tardó seis años en poder embarazarse desde que quiso tener un bebé, quedando embarazada a los 36 años, durante el embarazo su mayor preocupación era que su hija naciera con síndrome o alguna enfermedad debido a su edad, a los tres meses de gestación tuvo una alerta de aborto, la cual fue controlada y continuó su embarazo sin mayores complicaciones.

Tras el nacimiento, su hija se quedó internada en el hospital por tener bilirrubina, durante este periodo le informaron que la causa de su infertilidad es que tiene las trompas tapadas. Al tener a su hija, el principal cambio que notó fue ya no se sintió sola, porque ahora a todos lados sale acompañada de su hija. Sus principales redes de apoyo durante el procedimiento de reproducción asistida y el embarazo fueron su mamá y su esposo. Para Zaira convertirse en madre significaba su realización como persona y como mujer.

Debido a la mala relación que tiene con la familia de su esposo, ellos no saben que utilizaron la reproducción asistida para lograr su embarazo, planea tener otro bebé, utilizando el seguro de su esposo para el tratamiento.

Gabriela

Gabriela tiene 34 años, es bailarina de flamenco en una academia de baile, tiene la licenciatura en ingeniería industrial, se encuentra casada y al momento de realizar la entrevista se encontraba embarazada de un niño y una niña. La relación que lleva con su familia y la de su esposo es buena a pesar de que ellos se encuentran viviendo en otro estado de la república.

A los 31 años ella decide comenzar a tener hijos por acuerdo mutuo con su pareja, la idea de ser madre se había postergado debido a que quería realizarse de manera profesional, además que en su llegada a la Ciudad de México sufre de una recaída debido a su artritis reumatoide provocando que su condición económica no fuera buena.

A causa de su enfermedad ella era consciente de la dificultad que tendría al tener hijos, por ello es que después de un año y medio intentando el embarazo decide acudir al médico especialista; durante todo ese tiempo la presión para tener un bebé por parte de su suegra está presente, ante esto ella siente que “es un fracaso como mujer” pues hasta entonces el anhelo de tener un hijo se veía roto por la dificultad que presentaba.

Al asistir a la cita con su médico de cabecera, él la canaliza directamente con un especialista en reproducción asistida y es cuando comienzan el tratamiento para lograr su embarazo. En primer lugar el doctor le realiza una estimulación ovárica con coitos programados para lograr una concepción de manera convencional, tras no tener éxito y debido a la enfermedad que presentaba es candidata a una fertilización *In Vitro*, tuvo dos intentos de éstos y al segundo es cuando logra embarazarse después de 3 años de espera. La pareja invirtió \$250, 000 en su tratamiento, recursos que consiguieron mediante préstamos de su esposo por parte del trabajo, además de algunos bonos que se ganaba en el mismo.

Su esposo estuvo presente durante todo el tratamiento, fue un actor primordial para que ella culminara el tratamiento pues argumenta que gracias a lo que pasaron su relación se fortaleció más. La pareja no recibió apoyo durante todo el proceso de reproducción asistida,

ya que su familia no estaba enterada de que tenían dificultades para lograr el embarazo y no supieron del tratamiento hasta el segundo intento de *In Vitro*.

Durante el embarazo ella se ha cuidado mucho por el bienestar del bebé, tuvo que dejar su medicamento para la artritis pero a pesar de ello siente que su salud ha mejorado. El momento en el que ella se considerara madre será en el momento que tenga a sus hijos en sus brazos.

Yadira

Yadira tiene 39 años, es licenciada en diseño gráfico, trabaja en un periódico publicitario y es fotógrafa; se encuentra casada y tiene dos hijas. Su padre le ayuda con el cuidado de las niñas, no lleva una buena relación con la familia de su esposo por ello es que sus suegros no están enterados del tratamiento de reproducción asistida.

A los 28 años ella decide tener hijos, pues con anterioridad la idea de ser madre no estaba presente, se cuidaba con diferentes métodos anticonceptivos y cuando se encuentra casada es cuando ambos deciden embarazarse. Durante el tiempo que trataron de manera convencional el embarazo recibió comentarios negativos por parte de familiares, lo que hizo que sintiera más presión para tener un hijo.

Años atrás le realizaron una operación y como consecuencia perdió partes de sus ovarios conservando únicamente una cuarta parte, ante esto el médico le informó de las dificultades que tendría para lograr un embarazo, sin embargo le dio una solución para que en esos momentos quedara embarazada pero al dialogarlo con su esposo acordaron que no era el momento adecuado para tener hijos, decisión que con los años del tratamiento pesó, pues al no tener éxito con el procedimiento se cuestionó el haber tenido la oportunidad de embarazarse y dejarla ir por poner sus sueños profesionales-personales por delante.

El diagnóstico que presentó fue endometriosis severa, además de tener únicamente la cuarta parte de un ovario. Realizó su tratamiento en un hospital público en los cuales utilizaron los coitos programados, la estimulación ovárica e inseminación artificial. En la clínica privada realizó únicamente la fertilización *In Vitro*, teniendo éxito en ese intento, pagó un monto de \$500, 000 entre ambos lugares; con el préstamo de un amigo es que pudo pagar los tratamientos.

Después de 10 años intentando pudo conseguir el embarazo, esta etapa la disfrutó al máximo, hizo las cosas que siempre quiso hacer como comprar ropa para sus hijas, pintar su cuarto y “tener su panza”, sin embargo, el hecho de aumentar de peso le causó problemas debido a que años atrás había tenido anorexia.

Tras el nacimiento de sus hijas su esposo estuvo con ella en todo momento, la única familia que la apoyó en esos momentos fue su padre y cuñado, ante esto se vio presionada por el cuidado de sus hijas, desencadenando una depresión y hasta la hora de realizar la entrevista consideraba que aún la tenía.

Valeria

Tiene 43 años, trabaja como médico general, tiene una relación de 13 años con su actual pareja y padre de sus su hijo e hija de un año, su pareja tiene 44 años, es militar y tiene cuatro hijos con su actual esposa. Debido a la profesión de su esposo, la comunicación es limitada basándose en llamadas telefónicas y mensajes.

Antes de decidir embarazarse Valeria se cuestionó si tener un hijo o desarrollarse más en el ámbito profesional, finalmente eligió tener un bebé, y para ella ésta fue la mejor decisión debido a que si primero se hubiera desarrollado profesionalmente, la búsqueda de las clínicas de reproducción asistida se hubiera postergado mucho y por su edad tardaría aún más en tener un hijo. Tras 10 años de intentar embarazarse y no lograrlo, creyó que su pareja se había hecho la vasectomía y no le había dicho, en este lapso acudió con una curandera que le sobó la cadera para lograr embarazarse.

Al asistir a la clínica de reproducción asistida le informan que la razón por la que no podía embarazarse, es porque tiene las trompas tapas, ella relacionó su diagnóstico con una experiencia que años atrás había tenido, ya que cuando tenía 27 años quedó embarazada de su anterior pareja, pero él la hizo abortar dándole un té con pastillas sin decirle a ella.

Para cubrir su tratamiento que costó alrededor de \$120,000 ahorró de su trabajo por año y medio, comenzando su procedimiento a los 40 años, debido a la edad que tenía no pudo acceder a la clínica de reproducción asistida pública. Por recomendación del doctor inició la fertilización *In Vitro*, en la cual su primer intento con sus óvulos no funcionó, tras esto su

médico le aconsejó utilizar una ovodonante que él había elegido en su segundo intento con *In Vitro*, en el que le implantaron dos óvulos y ambos fecundaron.

Logra embarazarse a los 41 años, tardando tres años en lograrlo desde que quiso tener un hijo, antes de quedar embarazada pensó en utilizar un vientre subrogado si la fertilización *In Vitro* no funcionaba. Durante el embarazo y tras el nacimiento de sus hijos no presentó ninguna complicación o miedo, siendo sus principales redes de apoyo su pareja, sus papás, su hermana, su suegra y su nuera con quienes lleva una buena relación.

Después de que nacieron sus hijos los cambios se vieron reflejados fortaleciendo la relación de pareja, para Valeria tener un hijo significaba entregarle amor y cariño a una persona, actualmente ella cubre el 80% de los gastos de sus hijos, trabajando como médico general y apoyada por sus papás y hermana en el cuidado de sus hijos. El padre de sus hijos únicamente asiste a visitas periódicas en el hogar, no aporta mucho dinero a los gastos pues ella argumenta que al tener él otra familia no podría aportar mucho.

Fiona

Tiene 37 años, es licenciada en pedagogía, trabaja en una empresa de logística, lleva casada 14 años y tiene un hijo de ocho años, su esposo tiene 45 años, es empleado en un banco, tiene dos hijos de su matrimonio anterior y con quienes Fiona se lleva bien. Cuando notó que no se lograba el embarazo acudió a que le sobaran los huesos y le dijeron que tenía abierta la cadera, sin embargo, no se logró el embarazo, tras lo cual decidieron acudir con algunos médicos, quienes al saber de los hijos que tenía el esposo, creyeron que la que presentaba el problema de infertilidad era ella.

A los 24 años Fiona y su esposo deciden tener un hijo, anteriormente habían acordado esperar uno o dos años para tener un bebé después de casarse, tras un tiempo de intentar embarazarse sin éxito decidieron acudir al médico. Inician la visita a algunos médicos, quienes le realizan varios estudios a Fiona, incluso en algún momento le llegaron a dar un diagnóstico erróneo de endometriosis, después de un tiempo sin saber el porqué de su falta de concepción su esposo decide hacerse un estudio, porque todos los exámenes médicos se le realizaron a su esposa, debido a que él ya tenía dos hijos, finalmente el diagnóstico que dan es que los espermatozoides no son lo suficientemente fuertes para lograr un embarazo.

Tras conocer el diagnóstico su esposo cree que lo mejor es que se separen, debido a que él no le podía darle un hijo, sin embargo Fiona quiso seguir con el matrimonio y buscar ayuda para lograr su embarazo. El tratamiento de reproducción asistida costó aproximadamente \$100,000, siendo que varios de los medicamentos se los dio el seguro, para cubrir el costo del procedimiento utilizaron tarjetas de crédito y un préstamo de 5,000 dólares a un familiar, el dinero lo obtuvieron a los tres días, comenzando su tratamiento a los 25 años.

Los doctores le recomendaron utilizar la Fertilización *In Vitro*, en el primer intento le extrajeron seis óvulos viables, por la edad que ella tenía solo le implantaron dos óvulos, debido a la alta probabilidad de que ambos óvulos se desarrollaran y cuatros óvulos se congelaron, sin embargo, solo llega a término unos de los dos embriones.

Ella se embaraza a los 27 años, tardando tres años en lograrlo desde que quiso tener un bebé, durante el embarazo tenía miedo de que su hijo no naciera sano o que el embarazo no llegara a término.

Tras el nacimiento, su hijo se quedó internado en el hospital por problemas respiratorios debido a que casi no tenía líquido amniótico, lo que provocó preocupación hasta el momento en que dieron de alta a su hijo, generándole mucha felicidad. Cuando nace su hijo realiza cambios en su rutina y sus hábitos. Sus principales redes de apoyo fueron su esposo quien la acompañó durante todo el proceso y la familia de ambos que los apoyaron emocionalmente durante el tratamiento y el embarazo.

Para ella convertirse en madre significaba amar a alguien, cuidarlo y sacarlo adelante, su hijo es el fruto del amor que siente por su esposo, por ella misma y es el amor que le puede dar a su hijo. Su hijo sabe sobre el procedimiento que utilizaron sus padres para concebirlo y lo tomó muy bien, de igual manera resintió el que no se desarrollara el segundo embrión.

Aunque querían tener más hijos, debido a una bolita en el seno que apareció durante el embarazo, le recomendaron no exponerse a métodos hormonales para evitar desarrollar cáncer, por lo que la reproducción asistida ya no era una opción. Sin embargo, después de tener a su hijo pensaron en adoptar, pero es una idea que han pospuesto y no está segura si en algún momento iniciarán los trámites de adopción.

3.2 “Quiero tener un hijo”: toma de decisión respecto a la maternidad

En este apartado describiremos el momento y las circunstancias que alentaron a las participantes para tomar la decisión de tener un hijo y la presión que recibieron por parte de familiares y amigos para embarazarse.

Las mujeres que se sometieron a un tratamiento de reproducción asistida, mencionaron que con sus anteriores parejas significativas no existió el deseo ni hubo planes de tener hijos, debido a que contaban con una corta edad, consideraban que no era el momento adecuado y tenían otras prioridades, como realizarse de manera personal y profesional.

Pese a las transformaciones sobre los roles de género y los modelos familiares algunas mujeres siguen pensando a la institución del matrimonio como requisito previo para iniciar una familia. Aunque las entrevistadas posponen la maternidad para desarrollarse en otros ámbitos, la idea de la familia tradicional sigue presente al pensar en la conyugalidad como manera de acceder a la maternidad.

Pues mira no, porque yo hubiera necesitado estar casada para tener un hijo con cualquiera de los dos y, con el primero sobre todo pues yo estaba muy chavita, no, no es, o sea si me plantee en algún momento el deseo de ser madre, cuando andaba con ellos porque yo siempre tuve relaciones pensando en el matrimonio y en la familia, nunca tuve relaciones como a la ligera (...) (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Debido a que la mujer decide desenvolverse en el ámbito laboral o profesional la edad a la cual deciden tener un hijo ocurre después de los 24 años, y en algunos casos hasta después de los 35 años acercándose demasiado a los límites biológicos, debido a la disminución en la fecundidad de los óvulos a esa edad; lo que implicaría una posible no concepción, y en el caso de lograrse podrían existir riesgos en el embarazo; a pesar de ello la mujer que busca ser madre biológica asume esos riesgos con tal de convertirse en madre.

La mayoría de las entrevistadas se encontraban casadas cuando tomaron la decisión de tener un hijo, solo una de ellas vivía en unión libre debido a que su pareja se encontraba casado y tenía cuatro hijos, a pesar de ello la entrevistada decidió embarazarse por la estabilidad, el tiempo de relación que tenía con él y por acuerdo mutuo, priorizando su deseo de ser madre y rompiendo el patrón tradicional donde no fue necesaria la condición de conyugalidad.

En las participantes el deseo de embarazarse surgió por el amor a la pareja y por la continuidad del matrimonio, pues se espera que después de un tiempo de casados lleguen los hijos, y si no es así se enfrentan a circunstancias sociales donde son cuestionadas por la falta de progenie emitiéndoles comentarios como -“¿y para cuándo los hijos?”, “y los nietos ¿para cuándo?”- agregándoles más presión para lograr un embarazo.

(...) si ya te casaste “¿para cuándo los hijos?” si tienes un hijo, “¿cuándo el segundo?” ah si tienes un hijo “¿cuándo el bautizo?” si tienes, o sea siempre la presión, la presión social es difícil, de hecho mi hermana se casó a los 18 años porque estaba embarazada, este, y ¿sabes?, todo mundo “hermana dejada, hermana saltada, hermana quedada” (...) “¿y cuándo el bebé, y cuándo el bebé?” (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

A pesar de las transformaciones en los ideales sociales, se sigue pensando que “ser mujer” va asociado con la maternidad en compañía de una pareja, además de las funciones que debe realizar con respecto a la crianza de los hijos. De igual manera sigue existiendo un deseo de tener hijos en las mujeres, solo que ahora el tiempo para tenerlos es pospuesto hasta lograr metas en el ámbito profesional y laboral, siendo la maternidad un proyecto planeado a futuro.

3.3 “Esto es para valientes”: el proceso de la reproducción asistida

3.3.1 “Queremos tener un bebé, pero no podemos”: el diagnóstico de infertilidad

En este apartado describiremos las sospechas que tuvieron las mujeres tras intentar un embarazo y no conseguirlo, se hace mención del momento en que las parejas acuden al médico para saber por qué no pueden tener hijos, se habla del diagnóstico de infertilidad y los sentimientos que les generó la noticia.

Cuando se tomó la decisión de tener hijos, la pareja trató de lograr un embarazo de manera convencional durante un lapso, mismo donde se presentaron eventos que mantuvieron la posibilidad de un embarazo por la ausencia de la menstruación, la cual tiempo después regresó eliminando dicha sospecha.

Debido a la poca difusión sobre la infertilidad y de las clínicas de reproducción asistida, las mujeres acuden con un médico general para tratar algún padecimiento asociado a la irregularidad en su menstruación, sin tener en cuenta la posibilidad de tener algún problema de fertilidad que impide que se logre un embarazo de forma natural, y que requiere acudir con un especialista.

Pese a que dos de las entrevistadas estaban conscientes de la dificultad que tendrían para lograr un embarazo, debido a enfermedades y operaciones anteriores que afectaban el poder tener hijos, la constante de asistir directamente con un médico general se mantuvo, y fue hasta que su doctor las dirigió con un especialista que buscaron información sobre las clínicas de reproducción asistida.

(...) lo intentamos varias veces y, este, y pues no sucedía y yo sabía que hay como un porcentaje para enfermedades crónicas en donde no saben por qué es difícil embarazarse y todo eso ¿no?, pero un poquito más un porcentaje de infertilidad, entonces yo creo que yo si venía más con el chip de que tal vez por la enfermedad o se complique la situación o no podamos tener hijos, yo si venía con ese chip, mi esposo no (Gabriela, 34 años, TRA-In Vitro, embarazada de un niño y una niña).

Frente a la posibilidad de no tener hijos, las mujeres se ven cuestionadas por no cumplir con su deseo ser madres y ante esto se generan sentimientos de “frustración” y “fracaso”, ya que la maternidad socialmente es pensada como algo innegable en la vida de la mujer, corriendo el riesgo de ser vista como una mujer incompleta por no cumplir con el proceso reproductivo.

La religión en cuestión de la infertilidad puede jugar un papel importante como justificante, al atribuir la no concepción a algo divino (“la voluntad de Dios”) que no pueden controlar, por ejemplo en uno de nuestros casos la participante asoció su infertilidad con un aborto anterior, y que al no poder evitarlo generó una culpa en ella y vio su infertilidad como un castigo de Dios.

Pues en ese momento me sentía frustrada, me sentía yo muy enojada con la vida como diciendo “y ahora ¿por qué a mí? ¿Por qué? ¿Qué hice?”, pero también me puse a pensar por todo lo que había sucedido anteriormente, lo del legrado, lo del aborto (...) pues el no poderme embarazar, este, fue como un trauma ¿no?, tal vez lo que hice anteriormente fue motivo por el que Dios me está castigando, y pues ya no podía hacer nada (Valeria, 43 años, TRA-In Vitro, un niño y una niña).

En algunas ocasiones antes de acudir a una instancia médica a las mujeres que no han conseguido embarazarse, se les aconseja utilizar técnicas alternas para lograr un embarazo, debido a que estas prácticas se construyen a partir de las representaciones socioculturales y el contexto en donde se vive, por lo que la creencia del uso de estos remedios alternativos cobran gran importancia debido al éxito que tienen en algunas mujeres, sin embargo, se debe tomar en cuenta que no todos los cuerpos son iguales, por lo que dichas técnicas pueden o no funcionar.

Algunos ejemplos de este tipo de técnicas utilizadas por las informantes son la acupuntura y rituales curativos, dichos remedios fueron aconsejados por personas que conocían la dificultad que presentaban estas mujeres para embarazarse, y por la influencia de comentarios positivos sobre dichas técnicas, sin embargo, dichas alternativas no funcionaron, debido a que aún no tenían un diagnóstico certero de infertilidad.

De todo, o sea, acupuntura, el parate de cabeza, orinoterapia, un sinfín de cosas, o sea todo lo que me daban para poderme embarazar yo me lo tomaba (Yadira, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Después de acudir con un médico, a las parejas se les realizaron diversos estudios para encontrar la causa que impedía que se lograra un embarazo, los resultados de los análisis médicos de las entrevistadas, mostraron que en su mayoría eran ellas quienes presentan el diagnóstico de infertilidad.

En una de las entrevistas la infertilidad se encontró presente en el hombre, sin embargo, antes de acudir a la clínica de reproducción asistida, los estudios de infertilidad se realizaron únicamente a la mujer, debido a que él ya tenía hijos con su anterior pareja, y los médicos por consecuencia creían que la que no podía concebir era ella; ya que se considera socialmente que si una pareja no puede tener un hijo es debido que la mujer presenta algún problema de fertilidad. Sin embargo, medicamente se sabe que aproximadamente el 40% de las causas de infertilidad se dan en la mujer, el 40% en los hombres y hay un 20% que se denomina “de origen desconocido” (Aguirre, 2015).

(...) resulta que con médicos que llegábamos, como iba incluso hasta con la niña ¿no? y muchos médicos entonces decían “no pues este, ya ha tenido hijos su esposo”, entonces con mi esposo nunca hicieron un diagnóstico, simplemente daban por hecho que el problema lo tenía yo de no tener hijos, entonces me empiezan a hacerme estudios (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

En otro caso, ambas partes presentaban la dificultad de concebir, lo que causaba que el proceso para lograr el embarazo costara más trabajo, la mujer tuvo dos operaciones previas dejándola con una cuarta parte de un ovario, en donde los médicos le informaron la dificultad que tendría para concebir, y que la mejor opción de lograr un embarazo en ese momento era iniciar con los coitos programados, sin embargo al hablarlo con su esposo concluyeron que no era el momento para tener un bebé por la falta de estabilidad que tenían. Decisión que fue

pesando cuando no podía embarazarse durante el tratamiento, generándole arrepentimiento por preferir otros proyectos antes que la maternidad.

En este caso la mujer tuvo que elegir entre la maternidad o un desarrollo profesional, no logrando compatibilizar ambos deseos y entrando en conflicto; cuando se antepone uno frente al otro se da una insatisfacción en la mujer, debido a que desea realizar ambos planes, pero sin descuidar ninguno.

(...) en ese instante yo y él nos sentamos, lo hablamos y dijimos “no, porque no es el momento, nosotros queremos tener un hijo cuando tengamos un trabajo estable” (...) con el resto de los años esa decisión nos fue pesando, cuando hicimos la inseminación y que no funcionó y que estábamos llorando los dos, yo recuerdo que en ese instante le dije “es que si yo hubiera dejado todo atrás podríamos tener un hijo de siete años ahorita”, pero yo cometí el error de poner delante de mí, mi profesión, mi vida, mis ganas de hacer las cosas, y decidí no tener un hijo porque era muy joven, porque para mí un hijo representaba que ya no iba a ir de fiesta, que ya no iba a hacer cosas, que ya no iba a terminar la carrera y estábamos a seis meses de terminar, ósea bien podría haberme embarazado y hubiera nacido el niño en mi graduación (...) (Yadira, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Las creencias que prevalecen referente a la infertilidad, muchas veces provocan que las parejas que se encuentran en esta situación se sientan aisladas al no ser incluidas a eventos sociales donde acuden parejas con hijos, apenas por no saber contestar cuando se les cuestiona por qué no tienen hijos. En el caso de nuestras entrevistadas, no lograr la concepción generó en ellas un sentimiento de “culpa” y “frustración” por no lograr su deseo de ser madres.

Aunque pueden existir problemas entre la pareja debido a la frustración que puede causar la infertilidad, no en todos los casos se muestra, pues con nuestras informantes no se presentó esa problemática debido al apoyo mutuo que existió con respecto a la posibilidad de no lograr un embarazo, buscando alternativas para cumplir con el deseo de ser padres o realizar otros proyectos deslindados de la maternidad/paternidad.

Cuando las parejas deciden tener hijos no tienen en mente la posibilidad de presentar algún problema de infertilidad, debido a que socialmente la procreación es algo innegable y esencial que todas las parejas pueden lograr, por lo que representa una sorpresa no lograr un embarazo tras un tiempo de intentarlo de manera convencional.

Tras conocer su diagnóstico de infertilidad la concepción de la maternidad se transforma, al separar las relaciones sexuales de la procreación, buscando otras alternativas como el uso de vientre subrogado (maternidad genética, en donde con los gametos de la pareja, una tercera persona gesta y alumbra al bebé) o la adopción (una maternidad social, al compartir material genético y no pasar por el embarazo ni el parto, sin embargo, es quien se encarga de los cuidados y la crianza de los hijos).

3.3.2 “Si puedes tener hijos”: el tratamiento de reproducción asistida

A continuación se explicará el proceso que pasaron las mujeres al iniciar su tratamiento de reproducción asistida, desde la búsqueda del lugar, el acceso a la clínica, el trato hacia ella por el personal de la misma, el costo del tratamiento y los sentimientos generados en las participantes.

Aunque la literatura menciona que frente a la dificultad de concebir y debido a que prevalece la creencia de que la mujer es quien presenta el diagnóstico de infertilidad, cuando no se logra un embarazo es ella quien acude en primera instancia al médico, en busca de una solución a su problema de concepción; en nuestra investigación existieron casos en donde el esposo fue quien realizó la cita con el doctor y después en la clínica de reproducción asistida.

Durante todo el proceso las parejas de las informantes mostraron apoyo y ante la posibilidad de no lograr un embarazo, argumentaron que si no lograban tener un hijo era porque ambos no podían, compartiendo la responsabilidad de la no procreación y no adjuntándose solo a la mujer.

(...) ante la posibilidad que había de no poder tener hijos realmente él (su esposo) nunca reaccionó mal o reaccionó de manera negativa, sino que siempre fue más de “no pasa nada, podemos también lograr otros objetivos como pareja o como persona” y siempre él fue como mucho más propositivo (...) (Gabriela, 34 años, TRA-In Vitro, embarazada de un niño y una niña).

Cuando se les da un diagnóstico certero de infertilidad la mujer se enfrenta a la problemática de la no concepción y a la presión social de tener hijos de otra manera, anteriormente la falta de progenie representaba un deseo que aún no tenían, tras el diagnóstico representó la imposibilidad de lograr un embarazo aunque desearan tener hijos, es decir, un cambio del “no tengo hijos porque no quiero” a “quiero tener hijos, pero no puedo tenerlos”.

Cuando a la pareja se le confirma el diagnóstico de infertilidad, toman la decisión de utilizar la reproducción asistida para tener un bebé, se inicia la búsqueda de las clínicas para realizar el procedimiento eligiendo las instancias privadas, debido a la mayor publicidad que éstas tienen con el uso de programas de radio y televisión, donde se tiene mayor audiencia, frente a la poca difusión de las clínicas públicas. En otras ocasiones son los doctores particulares quienes canalizan a la pareja con el especialista para realizar el tratamiento.

El acceso a las clínicas de reproducción asistida públicas es difícil, pues los requisitos para ingresar son restrictivos al aceptar únicamente a parejas heterosexuales, con un rango de edad específico, se requiere que no sean derechohabientes del IMSS o ISSSTE, y si es así se debe renunciar a alguna de ellas para poder ingresar, finalmente se les realiza un estudio socioeconómico debido a que se brinda el servicio a personas que no pueden pagar un tratamiento en una clínica privada.

Por el contrario el servicio privado no se limita, pues atiende a más personas sin importar su edad, preferencia sexual, estado civil, además de la variabilidad tecnológica que tienen, el uso de técnicas de alta y baja complejidad, además de la posibilidad del uso de donadores (esperma y óvulos), pero a un mayor costo; es por ello que no todas las personas pueden acceder a estas instancias.

Después de haber elegido la clínica donde se realizaría el procedimiento, la pareja requiere agendar y pagar una cita, en la cual les realizan estudios para encontrar el diagnóstico certero de infertilidad, se les informa de la mejor opción en base al diagnóstico y las características de la pareja (como la edad), el costo de los mismos y el número de intentos a utilizar en cada una de las técnicas.

(...) de hecho pensé y me cuestioné si en cierto momento el hecho de que me había hecho el legrado, este, te dejan residuos y eso hizo que se taparan las trompas, estuve revisando algunas, cuestiones y doctores y me dijeron que ya no estaba en la edad de ver si eran las peras o si eran las manzanas, que realmente lo que necesitábamos hacer era una fertilización In Vitro (Valeria, 43 años, TRA-In Vitro, un niño y una niña).

La mujer junto con su pareja son los que comúnmente asisten a las citas en las clínicas de reproducción asistida y cuando no es así el esposo se mantiene al tanto del tratamiento aunque no la acompañe a la consulta, debido a asuntos laborales que impiden que se encuentre presente; el acompañamiento durante todo el tratamiento es fundamental para la mujer pues

al tener quien esté con ella hace que el proceso sea más fácil en cuanto a la cuestión económica y emocional.

Cuando las mujeres no tienen el acompañamiento de la pareja éste es sustituido por algún familiar cercano que en varios casos es la madre, quien acude con su hija a las consultas y durante el tratamiento, sin embargo, los gastos son cubiertos en totalidad por la mujer recibiendo únicamente la ayuda emocional.

Mi mamá vivió lo que él debería haber vivido, porque te vuelvo repetir no le dan franquicia, no le dan nada, no esto ni el otro (...) (Valeria, 43 años, TRA-In Vitro, un niño y una niña).

Al conocer el diagnóstico y el tratamiento sugerido, las mujeres están informadas acerca del procedimiento y los riesgos que conlleva el mismo, debido a que los doctores en las clínicas privadas explican detalladamente el proceso y aclaran cualquier duda que ellas tengan al momento; se les brinda un acompañamiento a cada paciente y esto genera que las mujeres se sientan apoyadas y cuidadas por el personal de la clínica.

(...) fue mi puerta al cielo, porque el lugar que me trató de maravilla, que me dijo “hay una solución para que tú seas madre”, este, que el doctor que me tocó nos trataba increíblemente bien, fue un médico maravilloso en todo nuestro tratamiento, siempre nos habló con la verdad, ¿qué puede pasar?, ¿qué no puede pasar?, ¿por qué si puede pasar?, este, esa parte humana de que “si puedes hacer esta parte del seguro ¿no?, si tu seguro te lo permite”, porque entró esa parte humana de que lo que hacen, lo hacen realmente porque esa gente tenga en sus manos a su pedazo de cielo ¿sabes?, yo te puedo asegurar que es una empresa muy seria y que si hace eso con amor a su trabajo (...) bueno a nosotros nos tocaron muchas cosas de “no”, pero nos tocó el lugar donde fue el “si” (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

A comparación de lo expuesto en la literatura donde se menciona que en las clínicas públicas el trato médico-paciente es limitado y quien aclara las posibles dudas que pudieran surgir en las pacientes son las enfermeras jugando así un papel de mediadora entre el doctor y la paciente.

Todas nuestras entrevistadas utilizaron la fertilización *In Vitro* como método para lograr su embarazo, ya que se indica a pacientes en donde los óvulos o los espermatozoides no poseen la suficiente cantidad o calidad para producir una fecundación de manera natural o mediante una inseminación, cuando se les han realizado varios intentos de inseminación sin éxito, a pacientes que tienen más de 38 años, cuando se tiene una obstrucción en las

trompas de Falopio y cuando la mujer no tiene ovarios. En algunos casos nuestras participantes habían utilizado otras técnicas de reproducción asistida como coitos programados o Inseminación artificial, pero no funcionaron y es por ello que el médico recomendó iniciar la fecundación *In Vitro*.

Al pasar por un tratamiento de reproducción asistida los sentimientos generados en las mujeres son muchos; el entusiasmo se encuentra presente por el hecho de tener ayuda para lograr un embarazo, pero a su vez el miedo es una constante en las mujeres por cuestionar la efectividad de los tratamientos, pues el no lograr un embarazo en sus primeros intentos es un hecho frustrante que las decepciona, sin embargo, ellas se encuentran conscientes de que el método utilizado puede fallar y aun así deciden seguir con el procedimiento, aceptando los riesgos que éste conlleva.

La cuestión física es un elemento fundamental en el tratamiento de reproducción asistida pues el cuerpo de la mujer es manipulado por el personal médico y se vuelve un lugar de intervención pública donde se asegura la descendencia. Son las mujeres las que sufren la presión psicológica y social dentro del tratamiento, pues su cuerpo es el medio para obtener las necesidades sociales que la asumen como mujer.

Sin embargo, en nuestras participantes pudimos percibir que el dolor físico no se menciona, debido a que eran más el deseo de tener un hijo que los métodos tan rigurosos que conlleva la reproducción asistida, como las inyecciones aplicadas alrededor del ombligo periódicamente para la estimulación ovárica, el tratamiento se vuelve un “sacrificio” para convertirse en madres.

(...) es una experiencia sin duda de las más hermosas que hemos tenido en la vida, porque el seguimiento fue siempre con ultrasonidos, nos daban la foto del ultrasonido, a la primer semana entre que me ponen los embriones y que tienes que esperar para que digan si estas o no estás embarazada fue muy difícil, fue muy difícil para mí el “¿y si no pegan?, yo voy a ser la culpable” ¿sabes? (...) te puedo decir que esos días fueron de mucho miedo de no quedar embarazada, de que no se diera mi bebé, un miedo con el que viví varios días, esa incertidumbre de saber si, ¿si quedas o no embarazada? (...) es un proceso muy bonito, muy bonito por el que pase al final del día, te digo si hubo muchos miedos e incertidumbre ¿no?, porque pues lo que quieres era ser mamá, y llega un momento en que te rebasan tus pensamientos (...) no tuve ningún pues ningún dolor, en ningún momento tuve, este, sangrado, no tuve absolutamente nada (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

A pesar de que a las mujeres se les informa de los posibles riesgos que se pueden producir al realizarse un tratamiento de reproducción asistida, como los tratamientos hormonales que provoca efectos secundarios como la hiperestimulación ovárica y la aparición de quistes las pacientes deciden iniciar el procedimiento, preocupándose más por el éxito de las técnicas de reproducción asistida que por su salud.

Para nuestras entrevistadas no lograr un embarazo durante su tratamiento, es un hecho “frustrante”, ya que algunas de ellas realizaron varios intentos que no tuvieron éxito o que a los pocos días se descartaron los embriones, debido a que el médico identificó aquellos que tenían mayor probabilidad de dar lugar a un embarazo antes de introducirlos en la mujer, así como también de disminuir el riesgo de anomalías genéticas. Este sentimiento se debe a la construcción social donde la naturaleza femenina se fundamenta en la maternidad, misma que genera la completud de la mujer.

(...) ciertamente había momentos en los que me sentía muy frustrada (...) lo que sucedió fue que nosotros logramos ocho óvulos de los cuales fecundaron siete, de los siete al tercer día quedaban cinco, al quinto día quedaban dos, al sexto día que era el día que íbamos a hacer la transferencia el día séptimo, para el día sexto el doctor descartó los dos que quedaban porque estaban, eh, no tenían buena pinta pues, o sea no se veían saludables y al final del día uno: podían morirse o dos: podían resultar en un embarazo con un bebé con problemas, este, serios, entonces ahí fue justo donde nos dimos cuenta de qué era lo que estaba pasando (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Debido al diagnóstico de infertilidad y a los intentos fallidos en las fertilizaciones *In Vitro*, para algunas mujeres es necesario realizar tratamientos heterólogos donde se requiere el uso de donadores, ya sea de óvulos o espermias, para lograr un embarazo. En nuestros casos dos de las participantes requirieron el uso de ovodonantes, para ellas este hecho es un proceso “emocionalmente complicado”, ya que lo óvulos no pertenecen a las entrevistadas, donde la carga simbólica de lo consanguíneo es un punto importante para la futura maternidad, y al no obtenerse las lleva a reestructurar la idea de la maternidad deslindándose de lo genético, para vivir el proceso biológico que conlleva el embarazo y el parto.

(...) el doctor nos dijo que por las condiciones en las que se estaban presentando (tras fallar la inseminación artificial), más bien que la adopción de embriones se les recomienda para parejas en las que ya está descartado completamente cualquier otro tratamiento, la utilización de sus propios medios ¿no?, que en nuestro caso lo que él recomendaba era una ovodonación, que fue lo que sucedió al final del día (...) ese

procedimiento en el que extraen los óvulos de una persona que no es la madre que va a portar a los bebés, si puede volverse un poco complicado y además emocionalmente también es complicado, porque si bien mis hijas son hijas biológicas de mi marido, no son hijas biológicas mías, y entonces ahí es en donde te digo que de pronto me falta esa conexión biológica con el mundo, que yo creo que voy a tener que olvidarme del tema porque no hay forma de que yo viva esa conexión biológica ni ahora ni nunca (...) (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Los tratamientos utilizados en clínicas privadas tienen un costo elevado, por ello es que no todas las personas pueden costearlo, sin embargo, en nuestro estudio encontramos que nuestras participantes pudieron pagar los tratamientos y que no les realizaron más estudios y procedimientos de los debidos, es por ello que confiaron en todo momento en las clínicas a pesar de lo caro de los tratamientos, los precios variaron desde los \$100,000 hasta los \$750,000; pues dependió del número de intentos realizados, las técnicas utilizadas, el costo de los medicamentos, el pago de las consultas, la utilización de donador y la clínica en la que se realizó el procedimiento.

El tiempo en el cual consiguieron la cantidad total del tratamiento fue diferente en cada caso, quienes pidieron algún préstamo a familiares, amigos o en su trabajo obtuvieron el dinero en poco tiempo, sin embargo, quienes decidieron conseguir los recursos por su cuenta tardaron entre tres y cinco años ya que tuvieron que ahorrar. La importancia de seguir en el tratamiento no se vio afectada por la cuestión económica, pues aunque no contaban con los recursos en ese momento, se buscaron soluciones alternativas que no impidieran lograr su deseo de tener un hijo.

Por In Vitro son \$100,000 por el paquete completo, pero luego yo tenía dos embriones que congelaran, ese te cuesta la mitad, entonces déjame ver, \$250,000 (...) a mi esposo de repente le dan bonos en su trabajo, pidió también prestado, en su trabajo tiene la opción de que la empresa les preste, entonces todo esto paso generalmente como en dos años, entonces él pedía el préstamo, lo iba pagado cuando no, pues pedía otro préstamo, y ya pagaba (...) (Gabriela, 34 años, TRA-In Vitro, embarazada de un niño y una niña).

Dentro de las clínicas de reproducción asistida existen contratos y/o convenios que les presentan a las pacientes para informarles sobre los procedimientos a realizar, las responsabilidades que tendría la clínica-paciente y la reclamación del dinero si no se logra el embarazo. Esto genera en las pacientes mayor confianza a la hora de realizar los tratamientos, pues en algunos casos las clínicas aseguran al hijo(os) después de las 72 horas de nacido y si

llegara a fallecer tendría la posibilidad de realizar un intento más en lo pagado por su tratamiento.

Durante el proceso la pareja debe informar a la clínica quién se quedaría con sus ovocitos o qué pasaría con ellos en caso de fallecimiento, ya que la clínica ofrece el servicio de congelamiento de óvulos para aquellas mujeres que desean embarazos futuros. La posibilidad de renunciar al procedimiento es una etapa que pasan algunas mujeres en este proceso de lograr ser madres, debido a lo incómodo del tratamiento, al tiempo invertido y a los intentos fallidos en cada técnica, siendo para ellas una situación emocionalmente cansada.

(...) en esos 10 años yo creo que tire la toalla como unas cuatro, cinco veces dije “no, a la chingada yo ya no quiero tener hijos, o voy a adoptar y a volar y ya, ya estoy cansada de ser pollo”, porque en el seguro social así es, tú vas a la consulta, siempre hay un médico nuevo, y el médico nuevo te dice “¿qué tiene?” y ya “no pus tengo esto y esto y así y asado”, y ya lee según tu historial te dice “bueno váyase a la camilla la voy a auscultar” y tú dices “no mames, no soy un pollo pa’ que me ausculden”, entonces llega un momento en donde ya tu misma estas harta de eso, de contar tus días, de tomarte la pastillita de, o sea todo eso (Yadira, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

En caso de no lograr un embarazo mediante las técnicas de reproducción asistida, se buscan otras formas de acceder a la maternidad, como la posibilidad de adoptar o alquilar un vientre, reconfigurando la idea de la maternidad como un hecho que puede no pasar por un proceso biológico, yendo más allá de una experiencia física en donde se es madre al tener un hijo que es deseado sin importar que no sea consanguíneo.

Pues yo lo que quería era ser mamá, o sea, ciertamente quería intentar tener un hijo biológico y embarazarme y vivir todo el proceso de la maternidad pero no era requisito vamos, yo quería ser mamá y ser mamá implicaba aceptar a mis hijos como quiera que llegaran, llegaran por la adopción, llegaran por el embarazo, llegaran porque me las regalaran, llegaran como llegaran (...) cuando voy a la primera consulta con mi doctor y mi doctor me dice vamos a iniciar con el tratamiento y vamos a ir viendo como avanzas y vamos a ir viendo que hay que seguir paso a paso en ese momento fue que nosotros iniciamos el proceso para adoptar y empezamos a buscar cómo, porque para nosotros era el primero que sucediera no era excluyente, no era excluyente era lo primero que pasara, lo que queríamos era ser padres (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

La principal motivación para realizarse el tratamiento es el deseo de tener un hijo, y en gran medida tener la experiencia del embarazo, no descartando la posibilidad de adoptar; la pareja acepta los riesgos que conlleva el proceso de reproducción asistida como la posibilidad de no

lograr tener a su bebé, tener un embarazo múltiple, un aborto, infecciones genitales, hemorragias y riesgos psicológicos derivados del procedimiento.

3.4 “Alcancé el positivo”: experiencia del embarazo en mujeres que utilizaron la reproducción asistida

En el siguiente apartado se desarrollará el momento en que las entrevistadas recibieron la noticia de que estaban embarazadas y su reacción, la manera en que les dieron la noticia a sus familiares, cómo se sintieron física y emocionalmente, los miedos y complicaciones que presentaron durante esta etapa y la experiencia que tuvieron del embarazo.

Después de cada intento en un tratamiento de reproducción asistida, a las mujeres se les realizó una prueba de embarazo, los resultados de la misma se les comunicó vía telefónica o a través de internet. En el último intento de fertilización *In Vitro* a las informantes se le notificó el éxito en el tratamiento.

Me la mandó el doctor por teléfono, me mandó un WhatsApp diciéndome ¿estás sentada?, y yo le conteste “sí, ¿por?, me dice “porque estas embarazada vas a ser mamá” y además mi doctor hizo todo lo posible por sorprenderme con el resultado porque me hizo la prueba una semana antes de lo que teníamos agendado hacerla, o sea, y entonces me dio, me dio la respuesta una semana antes de lo esperado (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Cuando a las entrevistadas les confirmaron su embarazo, su primera reacción fue de incredulidad ante la noticia, después de ello sintieron “felicidad” por haber logrado su objetivo de quedar embarazadas y “miedo” a que el bebé no llegara a término, por ello los tres primeros meses fueron difíciles por la posibilidad de perder a su bebé.

Miedo, porque ahí te vienen otras cuestiones, o sea te dicen “ay estas embarazada”, pero no es como cualquier embarazo, de cualquier mujer de “Urra” ¿no?, aquí es de “a ver estás, si salí positiva, pero, faltan 15 días para saber, o sea para verlo”, entonces es de “estas embarazada sí, pero nos vemos en 15 días” ¿no?, a los 15 días voy, me revisan, “hay dos bolsas, pero, tenemos que ver si tienen corazón, nos vemos en dos semanas”, y así te la llevas hasta los tres meses, entonces fue padre, fue como shock, porque yo realmente creía que no iba a pasar el segundo tratamiento, cuando me pasan los dos óvulos restantes (...) o sea no era tanto de “híjole que emocionante” porque sabes que también hay porcentaje de perderlos (Gabriela, 34 años, TRA-In Vitro, embarazada de un niño y una niña).

Las entrevistadas narran que sus parejas se encontraban con ellas cuando se les confirmó el embarazo, los tiempos en que las informantes les comunicaron a sus familiares sobre su

concepción varió, en algunos casos fue informado de inmediato, mientras que otras esperaron tener tres meses de gestación. La familia al enterarse reaccionó de una manera positiva, se mostraron “felices”, “emocionados” y en algunos casos “lloraron de alegría”.

Pues mira la verdad es que fue un momento padrísimo, porque invitamos a comer a la casa tanto a sus papás como a mis papás y le entregamos a cada una de las abuelas un pañalero que decía “para algunas cosas vale la pena esperar” y tenían la fecha en la que probablemente iban a nacer nuestros hijos, supuestamente nuestras niñas iban a nacer en Febrero y nacieron en Enero y entonces, tenían Febrero del 2017 en la parte de abajo, entonces les costó un poquito de trabajo darse cuenta y luego como a cada una le dimos un mameluquito, un pañalero, este, luego les dijimos: “ok entonces esos pañaleros guárdenlos porque cada uno, cada una se la va a poder poner a un bebé”, se quedaron así “¿y entonces son más de uno?”, “claro son dos”, entonces fue, estaban muy contentas, todos estaban felices y les dio mucha alegría, fue un momento muy bonito (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Tras dar a conocer la noticia de su embarazo la familia y amigos de la pareja comenzaron a mostrar un trato diferente hacia ellas, principalmente las consintieron con regalos, cumplieron sus antojos, trataron de que no hicieran esfuerzos, lo que en uno de los casos generó molestia porque sentía que la trataban como “inválida”.

Lo vivo de lo más consentida porque ya que estoy embarazada, este, pues mi mamá me decía “vente a comer a mi casa”, me hacía mi pescadito ¿no?, y mi hermana “no, es que yo le quiero comprar la cuna”, “no, es que ya se la compramos”, “es que te quiero comprar la pañalera”, “no es que ya la compramos”, me decía “ay, es que no me dejas comprar nada”, pero pues obviamente mi esposo y yo con toda la ilusión comenzamos a comprar lo que era necesario comprar para nuestro hijo, imagínate tanto tiempo esperando y no nos íbamos a esperar a que la gente nos regalara todo ¿no?, o sea, yo creo que pues es la mejor experiencia que una mujer puede vivir (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

El significado del embarazo se percibió de manera diferente en cada una de las entrevistadas, para algunas fue “la realización de su sueño” o “propósito de vida”, en otros casos representó “una ilusión” y “una bendición”, para otras implicó “mucha responsabilidad” y el inicio de un “profundo temor” a perder a sus bebés.

Significa mucho, yo he logrado sola mis propósitos y los he cumplido y mi propósito de vida era mi hija, era algo que yo quería hacer, que quería tener, quería sentir, y ya lo estoy viviendo, lo obtuve (Zaira, 39 años, TRA-In Vitro, una niña).

Durante el embarazo el estado emocional de las entrevistadas fue percibido como “feliz”, aunque físicamente se sintieron cansadas, tuvieron ascos, vómitos, mareos y en unos casos al ser embarazos múltiples ganaron mucho peso, lo que generaba riesgos en la salud como

preclamsia o diabetes gestacional. A una de las entrevistadas subir de peso le causó problemas debido a que años atrás tuvo anorexia nerviosa.

Los síntomas propios del embarazo que presentaron las informantes, fueron aceptados sin ningún problema debido a que su mayor preocupación era que sus hijos estuvieran sanos, y era un “sacrificio” que estaban dispuestas a aceptar por el bienestar de sus bebés; por lo que sigue estando presente la idea de que la maternidad es un “estar para los otros”, característica socialmente asignada al rol de la mujer.

(...) a mi esposo le daban, eh, le daban antojos, yo todo el tiempo me la pasé con muchísimos ascos, o sea, vómitos pero decía mientras mi hijo esté bien no importa nada ¿no?, no me importa tener todos los vómitos del mundo si voy a tener a mi hijo (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

Una de las entrevistadas presenta artritis reumatoide desde hace varios años, por lo que tuvo que dejar su medicamento al iniciar el tratamiento de reproducción asistida y durante el embarazo, sin embargo, sintió que su estado de salud mejoró. De manera emocional estar embarazada fue difícil debido a que tuvo que dejar su trabajo y dejar atrás sus logros profesionales.

(...) de manera física me ha venido a mejorar muchísimo la artritis, no se me ha apagado por completo, pero me ha mejorado, de manera emocional, eh, ha sido como difícil porque fue mucho el esperar el momento y ya luego para mí fue de “voy a tener que dejar mis clases”, o sea, fue de un “ah estas súper emocionada”, pero luego lo que lleva la decisión que es lo que nadie te dice, una vez ya logrado el embarazo es la decisión que le sigue a todo eso, este pues fue de “todo lo que he logrado de manera profesional” (...) (Gabriela, 34 años, TRA-In Vitro, embarazada de un niño y una niña).

La manera en que viven el embarazo las participantes es descrito como “agradable” debido a que realizaron actividades que desde hace tiempo quisieron hacer como comprar ropa, juguetes, accesorios para sus bebés. Una de las informantes no se permitió disfrutar plenamente esta etapa ya que sentía que en algún momento podría perder a sus hijos.

(...) estaba haciendo las cosas que siempre había querido hacer como pintar su cuarto, comprar ropita, este, tener mi panza, disfrutar del embarazo (...) (Yadira, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Para las entrevistadas las experiencias más significativas durante su embarazo fueron asistir a sus citas para los ultrasonidos, porque era donde podían ver a sus bebés y conocer su sexo, igual que sentir el movimiento de sus hijos en su vientre.

(...) escuchábamos música como ranchera guapachosa y se movía muchísimo, se movía muchísimo, entonces le digo a mi esposo “ve tú dices que no que roquero que no sé qué y mira”, yo creo que esa era una de las experiencias tan bonitas porque se movía tanto entonces, este, la experiencia más maravillosa era que yo lo sentía todo el tiempo, pero sabes mi esposo lo podía sentir ¿no?, podía estar de alguna manera cerca de él ¿no?, porque no es lo mismo, este, tocar y que no sientas nada que cuando lo sientes, sus piecitos, sus manitas, o sea, yo creo que esas cosas tan hermosas, este, pero en general todo, cuando le hacen el ultrasonido 4D ¿no?, el escuchar su corazón, el ver sus piecitos, sus manitas, bueno cuando a mí me dicen que es niño (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

El miedo constante que las entrevistadas tuvieron durante el embarazo fue la posibilidad de perder a sus bebés en algún momento, en otros casos existió el temor a que sus hijos nacieran con alguna enfermedad debido a la edad que ellas tenían y una de las informantes no percibió ninguna preocupación con respecto a su embarazo.

Tenía miedo de que saliera con síndrome por mi edad, que saliera, aparte del síndrome que saliera con una enfermedad por la edad que yo tenía (Zaira, 39 años, TRA-In Vitro, una niña).

Durante el embarazo dos de las informantes presentaron complicaciones, como una alerta de aborto a los tres meses de gestación, leve sangrado y diabetes gestacional, mismos que fueron controlados y no generaron mayores dificultades.

Tuve un leve sangrado y me asusté mucho, pero sin ningún problema y ya las últimas dos semanas de embarazo, tuve diabetes gestacional (Yadira, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Lograr su embarazo a través de las técnicas de reproducción asistida significó para las participantes una experiencia “maravillosa”, “emocionante”, “sorprendente” y “fuerte”, para ellas el procedimiento representó un medio para llegar a su fin que era tener a sus hijos, porque su deseo principal era convertirse en madres sin importa el método para obtenerlo.

(...) no es que significara algo ¿sabes?, o sea, era un medio para lograr un fin, entonces en realidad para mí el significado lo tenía la idea de ser madre, el método me daba enteramente igual, te digo para mí me daba igual si hubiera sido una adopción yo hubiera estado feliz con el tema, si hubiera sido una adopción de embriones también hubiera estado feliz con el tema, si hubiera sido un embarazo espontáneo también no hubiera tenido ningún problema con el tema y hubiera sido feliz con el asunto, el tema era que yo quería ser mamá y mi marido quería ser padre, entonces de pronto lo que tenía significado no era el tratamiento, no era el procedimiento, era la posibilidad de ser padres (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Las participantes consideran que si existe diferencia entre lograr un embarazo de manera convencional y obtenerlo por medio de la reproducción asistida, en el caso de utilizar algún tratamiento se requiere planeación, tiempo, dinero, estar convencido de la decisión y el proceso se lleva de manera más controlada, sin embargo, reconocen que el objetivo en ambos casos es el mismo.

(...) la principal es que la pareja esté de acuerdo para seguir con todo lo demás, lo siguiente el dinero porque sin el dinero pues no lo puedes hacer, simplemente porque aunque los médicos te regalaran su consulta necesitarías de medicamentos y los medicamentos son muy caros, y el tiempo te digo porque tienes que ponerte y hacer lo que te dicen en el momento que tienes que hacerlo (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

Debido a que la concepción se logró a través de reproducción asistida y por el tiempo que tardaron en conseguirlo, tanto las informantes como sus médicos llevan un mayor control durante la gestación, por ello aunque las participantes viven esta etapa con mucha felicidad por haber logrado su objetivo, tienen en mente la posibilidad de que su embarazo no llegue a término o perder alguno de sus bebés en el caso de embarazos múltiples, generándoles un miedo constante durante este período, lo que para algunas de nuestras informantes implicaba no disfrutar plenamente su embarazo.

3.5 “Para algunas cosas vale la pena esperar”: nacimiento del primer hijo

A continuación se describirá el momento en que nacieron los bebés, la manera en que reaccionaron las informantes al ver a sus niños por primera vez y las complicaciones que tanto las mujeres como sus hijos tuvieron durante el parto.

En tres de los casos los bebés de las entrevistadas presentaron problemas debido al nacimiento prematuro, lo que llevó a que sus hijos se quedaran algunos días en observación por tener bilirrubina, problemas respiratorios y sospechas de una enfermedad cardiaca; las informantes en ese momento se sintieron “tristes” y “preocupadas” por la salud de sus niños, hasta el momento en que los dieron de alta las madres pudieron sentirse “plenamente felices”.

Yo creo que lo primero que siento es agradecimiento por verlo ¿no?, por poder ver esa espera tan larga y no estamos hablando de nueve meses ¿no?, estamos hablando que teníamos tres años, cuatro años esperando un hijo, entonces me siento feliz, te digo sabía que algo pasaba (...) porque justo cuando nació mi bebé su llanto fue muy débil, entonces, o sea, si me siento feliz y todo pero sientes que algo pasa, pero le pregunto

a mi esposo y mi esposo me dice que está bien y confío en lo que me dice mi esposo, pero dice mi esposo “no te podía decir porque estabas mal porque ibas a empezar a recuperarte, yo no podía decirte que estaba mal, imagínate lo que yo sentí cuando al principio casi te pierdo ¿no?, cuando veo a mi hijo que nace con el pecho hundido”, mi esposo no comió por tres días ¿no?, fue una impresión muy fuerte para él entonces cuando obviamente ya estoy en recuperación me lo dice, pero le digo “por qué no me lo dijiste en ese momento?”, “no te lo iba a decir también estaba tu salud, en ese momento hubieras querido salir” entonces dice “no, también tú te tenías que recuperar”, al siguiente día me paré para ir a ver a mi bebé y casi me desmayo (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

Solo en uno de los casos la informante presentó depresión postparto, misma que no trató enseguida, sin embargo, cuando comenzó a notar cambios en su comportamiento como sentirse deprimida y pérdida de memoria, decidió acudir a un psiquiatra quien la está tratando. Dicha situación cree que fue desencadenada por la presión que sintió al tener dos hijas y “verse sola” en el cuidado de sus niñas.

Tuve depresión post parto (...) hay días en donde estoy triste o así, actualmente tengo dentro de 15 días cita con un psiquiatra, ósea, llegue al punto de decir ya no necesito un psicólogo esto ya va más allá (...) hay días en los que me levanto muy bien y hay días en los que no quisiera levantarme en todo el día de la cama, y no me había dado cuenta entonces te digo, lo más difícil fue eso y que yo tuve un lapso de pérdida de memoria durante tres horas, si tú me preguntas que pasó en esas tres horas yo no lo recuerdo (...) la depresión post parto, pues yo le echo la culpa a verme sola con las niñas, yo esperaba que porque eran muy deseadas o porque lo que sea, que mucha gente viniera a vernos y casi todo mundo tardó casi un mes en venir a visitarnos, excepto mis amigas (Yadira, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Tras el nacimiento de sus hijos las mujeres sintieron “alegría” y “agradecimiento” por tener a sus hijos después de tanto tiempo de espera, no solo de los nueve meses de embarazo, si no por todo el tiempo que tardaron en concebir, desde que decidieron tener hijos, cuando les dieron un diagnóstico de infertilidad, los tratamientos a los cuales se sometieron y las situaciones de frustración y presión social que enfrentaron cuando no se lograba el embarazo.

(...) sentí así como la alegría y el amor y dices “diez años valieron la pena para ver esto”, o sea, diez años de seguir insistiendo, de no quitar el dedo del renglón, de decir “no importa yo voy a seguir, lo voy a conseguir”, valieron la pena en esos cinco minutos que te la dejan ver (Yadira, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Las entrevistadas coincidieron en que su parto se adelantó por algunas semanas, una de las entrevistadas se encontraba preparada para el nacimiento de sus hijos debido a que es médico y conoce el procedimiento por el cual iba a pasar. Cuando nacen sus hijos, las informantes lo

primero que recuerdan es escuchar llorar a sus bebés lo que les generó “alegría”, “sorpresa” y “llanto”, solo en uno de los casos la informante se preocupó al oír débil el llanto de su hijo.

3.6 “El mejor regalo que me han dado”: ser madre

En este apartado se hará mención del momento en que las informantes se consideraron madres, las experiencias que tuvieron tras tener a sus bebés en casa, los miedos que sintieron sobre la crianza de sus hijos, los significados que le atribuyen al ser madres y exploraremos los cambios que se presentaron tras el nacimiento de sus hijos tanto en su vida cotidiana como en su relación de pareja.

La imagen de madre cuidadora se ve reflejada en los discursos de las participantes, pues son ellas las que se encargan en mayor medida de la crianza de los hijos, son quienes los cuidan y protegen, hacen mención de el “instinto maternal” del cual nos habla Badinter y aunque hay una discusión en torno a ese término, nuestras participantes así lo refieren, pues consideran que el hecho de ser madre hace que sientas cosas innatas que otra mujer no puede experimentar si no tiene hijos.

(...) es tu instinto como madre, es una conexión que tienes con ellos (sus hijos), no te lo puedo explicar porque solo tú lo sientes, solo tú lo vives, si por ejemplo, cuando a mi hijo me lo entregan me dice el doctor tiene que darle esta medicina cada ocho horas le toca a las 3 de la mañana y de ahí cada ocho horas si a usted se le olvida dárselo a su hijo se le olvida respirar, ponía yo mi despertador no me vaya a quedar yo dormida pues te lo juro diez para las tres de la mañana mis ojos estaban abiertos, o sea no me lo imaginaba, o sea, es tu instinto maternal y ese instinto del que toda la gente te cuenta existe, o sea, existe en el momento en el que te conviertes en madre, en el momento que eres sobreprotector, desde que te digo no comas esto, no comas aquello, lo que el médico decía que tenía que comer lo comí por mi hijo porque es tu instinto de que él nazca bien, porque sabes que esa comida le va a hacer bien para él (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

Tras pasar por el embarazo y el parto las mujeres se enfrentan al hecho de ser madres, pues se encaran a responsabilidades donde se harán cargo de cuidar y criar a sus hijos e incluirlos a su vida cotidiana. Muchas mujeres se consideran madres desde el momento en que son introducidos los embriones a su cuerpo, pues son conscientes de que tiene un embrión o

varios en su útero independientemente de la confirmación o descartando el embarazo, para ellas esta fase del procedimiento representa estar más cerca de lograr el objetivo de tener un hijo.

Hoy tienes un embrión en tu vientre hoy eres madre, pegue o no pegue eres madre ya lo lograste, ósea, lograste tener un embrión en tu vientre, ya olvídate de todo lo demás de todo el dolor de estos años de todo, para mi embarazarme fue como curarme de todo ese dolor que guarde durante todo ese tiempo (Yadira, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Pese a lo anterior, algunas de nuestras informantes mencionaron que la idea de la maternidad no era percibida totalmente, debido a la incredulidad de tener a sus hijos, ya que cuando se pasa por un proceso de reproducción asistida para lograr un embarazo, la mujer se enfrenta a diferentes momentos de incertidumbre que van desde que inician la estimulación ovárica hasta el parto, teniendo un constante miedo a que no tenga éxito el procedimiento o a perder a sus bebés durante el embarazo.

Cuando las mujeres llevaron a sus hijos a casa, se sintieron preparadas para atender a las necesidades de los mismos, debido a que la maternidad era un deseo que tenían desde hace tiempo y habían comenzado a informarse sobre el tema del embarazo y los cuidados que requerían los bebés, así como la experiencia que tuvieron con sus sobrinos desde pequeños, algunas de ellas estaban apoyadas por sus familiares y pareja sobre este tema; en dos casos existieron inquietudes y miedos, al no tener conocimiento sobre algunos aspectos de la crianza de los hijos.

Pese a la transformación en los roles de género sigue presentándose una constante idealización de la maternidad y la atribución del cuidado y crianza de los hijos a la mujer; aún en nuestras entrevistadas se presentó un caso en donde la mujer es quien cubre los gastos de sus hijos y se encarga de la crianza de los mismos, desdibujando la imagen paterna de proveedor y sustituyéndola como una presencia ocasional en la vida de los hijos.

(...) él no aportó mucho porque él va al día con su familia, con esto, con ello entonces yo fui la única que hizo, deshizo, jaló, vendió y todo eso (...) este yo, yo soy la que solvento casi el 80% de los gastos de mis hijos (...) (Valeria, 43 años, TRA-In Vitro, un niño y una niña).

En contraparte la mayoría de nuestras informantes argumentaron que ella y su pareja participaban en el cuidado de sus hijos, demostrando una mayor inclusión por parte del

hombre en un actividad que anteriormente era solo adjudicada a lo femenino; sin embargo, nuestras participantes denotaron una mayor responsabilidad por parte de ellas, viendo aún a la crianza de los hijos como el núcleo de su conformación como mujeres.

(...) ya sea que yo meta la ropa a lavar, le reviso la tarea a mi hijo, hago la cena, pero de igual manera lo hace mi esposo, nos dividimos, si yo reviso la tarea, él hace la cena, si yo estoy metiendo la ropa a lavar, él está doblando la que salió de la secadora, entonces nos compartimos, la verdad es que esto del trabajo lo dividimos (...) mi esposo siempre me ha ayudado con mi hijo desde cambiarle el pañal, limpiarle la nariz, prepararle el biberón, muchos factores, nos complementamos en muchísimas cosas, “lo tuyo es mío y lo mío es tuyo”, yo creo que esa es una parte fundamental en nuestro matrimonio, que todo lo compartimos (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

Durante la maternidad la mujer antepone la crianza, las necesidades y el cuidado de sus hijos por encima de sus intereses; una de nuestras entrevistadas recalcó esa visión del “sacrificio” que realiza la mujer, cuando deja su trabajo por cuidarse durante el embarazo; por parte de su esposo esa noción del “sacrificio” no se presentaba, debido a que él seguía haciendo sus actividades cotidianas y no hubo un cambio en su ritmo de vida, como ocurrió con ella.

(...) los distintos roles que juega el hombre y la mujer, para mí fue como, no quería seguirle, o sea mira, cuando no se lograban los embarazos, que íbamos a terapia y todo, el psicólogo me dice “necesitas tener 2 caminos: el de si se logra el embarazo y el otro, en donde tú tienes tus objetivos personales”, o sea de igual no se logró pero yo quiero hacer esto, yo quiero lograr esto, y no sé qué, yo los tenía como ya muy marcados, yo ya me iba en Febrero a España a unos cursos y no sé qué, entonces se logra el embarazo y, pues tomo el primer camino, pero lo que no te dicen es de como mujer si tienes que entregar mucho más que como hombre ¿me entiendes?, mi esposo está bien involucrado y todo, pero yo lo sigo viendo igual, o sea él sigue yendo a sus futboleros y a no sé qué, y sus objetivos personales no cambian, el de uno si (...) (Gabriela, 34 años, TRA-In Vitro, embarazada de un niño y una niña).

En el resto de las informantes este “sacrificio” no era tan recalcado, al ser la maternidad algo prioritario a su trabajo, y que de esta manera realizar cambios en su vida cotidiana y tolerar los síntomas del embarazo era aceptable para conseguir ser madres, ahora anteponen la maternidad a sus ambiciones profesionales, en comparación al antes de tomar la decisión de tener un hijo, en donde pesaba más su vida profesional que la idea de ser madre.

En nuestras informantes existen planes de volver a su trabajo y seguir cuidando a sus hijos, tratando de cumplir con ambas actividades sin descuidar alguna; dicha visión del trabajo en la vida de la madre es algo socialmente aceptado siempre y cuando se realicen en un segundo plano, dando siempre prioridad a la maternidad.

Solo en un caso la entrevistada logró conseguir esa ambivalencia, ya que en ningún momento durante el tratamiento, el embarazo o la maternidad ha dejado de trabajar; decisión en la que su pareja ayudó mucho, apoyándola en aspectos relacionado a los cuidados de su hijo y el hogar.

(...) le digo a mi esposo “quiero hacer mi licenciatura, hay una escuela particular aquí en donde puedo hacerla, ¿cómo ves si voy a ver?” y me dice “si, si podemos, tú no te preocupes, tú metete y hazlo, haz lo que te gusta, haz lo que quieres hacer, yo veo la manera de dónde o cómo pagarlo y lo pago”, y así fue, yo iba los fines de semana a la escuela y él se queda con mi hijo, desde cambiarle el pañal, todo, este, darle de comer, a la hora que pasaba por mí, llegaba yo a casa y ya estaba hecha la comida, en la noche yo me ponía a hacer lo de los edificios un rato(administraba edificios) y después me ponía a estudiar todo lo que tenía que llevar, todos mis proyectos y demás el fin de semana (...) mi esposo siempre me apoya, siempre está ahí apoyándome en todo lo que quiero hacer, en todo lo que necesito (...)(Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

Las mujeres que se convirtieron en madres utilizando la reproducción asistida reconfiguran su idea de la maternidad, viéndola como una construcción en donde no se requiere una pareja o relaciones sexuales para procrear, debido a que las alternativas que ofrece la reproducción asistida dan la posibilidad de tener un hijo sin necesidad de compartir material genético.

La experiencia que viven las mujeres sobre ser madre no es la que esperaban, pues argumentan que este hecho sobrepasa sus expectativas, porque aunque hayan tenido alguna vivencia cuidando a sus sobrinos, la concepción de la maternidad tiene un mayor peso al incluir un vínculo entre la madre y el hijo, que desarrollaron desde que los embriones se transfieren al cuerpo de la mujer.

El significado de ser madre para las participantes consistió en “cumplir todo como persona”, debido a que la completud como mujer se consigue al procrear y cuidar a los hijos. La idea de “logro” es un argumento que nuestras informantes recalcan mucho al hablar sobre la maternidad, pues ahora la demanda social de ser madre se satisface a través de las técnicas de reproducción asistida, cumpliendo su objetivo como mujer y logrando su deseo de tener un hijo biológico, el cual completa su conformación como mujer.

Que he logrado todo lo que yo quise (ser madre), lo que yo quiero como persona, te forma en lo laboral lo cumples todo como persona, como madre, es un ciclo que cierra todo cuando tienes un hijo, pues que lo logras todo y te hace sentir bien, lo logras, lo logras todo, ya cuando tienes un hijo, si tenías algo guardado que decías “ay no

puedo”, como los miedos, tu hijo hace sentir que te sientas valiente (...) (Zaira, 39 años, TRA-In Vitro, una niña).

La manera en que las mujeres llevan el ser madres y esposas es diferente en todo los casos, principalmente por la edad que poseen los hijos, pues los momentos en pareja son menos frecuentes cuando sus niños son pequeños, debido a que se prioriza el cuidado de los hijos por la edad corta en la que se encuentran y las necesidades que requieren; generalmente las mujeres tratan de llevar la vida en pareja y la maternidad en conjunto, buscando estrategias para llevar a cabo ambas.

Para todas estas mujeres el convertirse en madre después de tantos años de espera es un hecho gratificante, pues durante todo ese tiempo, ellas se prepararon para la llegada de sus bebés, viven su maternidad en todo su esplendor y aunque sus hábitos se vieron transformados disfrutaban pasar tiempo con sus hijos, pues por fin han cumplido todo lo que tanto anhelaban.

3.7 “Nos teníamos el uno al otro”: redes de apoyo

El acompañamiento antes, durante y después del tratamiento de reproducción asistida es indispensable para la culminación de éste, es por ello que en este apartado describiremos las redes de apoyo que participaron en todo el proceso, se hablará de la manera en que los familiares o amigos mostraron ayuda a la pareja y las reacciones que les generó enterarse de que sus hijos habían utilizado las técnicas de reproducción asistida para lograr un embarazo.

El hecho de aún no lograr el embarazo, fue tomado por la pareja de estas mujeres como una situación de apoyo mutuo y de acompañamiento en todo momento, por lo que cuando se le da el diagnóstico a la pareja, éste no se le atribuyó únicamente a la mujer, si no que el hombre compartía la dificultad de procrear con la mujer, aunque medicamente solo una de la partes presentaba la infertilidad.

(...) fue que nos unimos muchísimo, más porque era un objetivo que los dos queríamos, y él nunca fue externo a de “no, es que tú eres la que no puede”, fue de “si no se puede, es porque los dos no podemos”, entonces yo era muy de “no, es que tu si puedes tener hijos, entonces ¿qué haces conmigo?”, y no sé qué, y fue él de “no, ósea yo soy tu pareja de aquí a pase lo que pase y si no se puede no se puede por los dos” (...) (Gabriela, 34 años, TRA-In Vitro, embarazada de un niño y una niña).

En el caso donde el hombre presentaba el diagnóstico de infertilidad, se pensó en una posible separación, para que ella con otra persona pudiera tener los hijos que con él no podía concebir, decisión que había propuesto el hombre y que la mujer no quiso tomar. La construcción que se tiene cuando no se logra procrear es diferente, en el caso de la mujer es percibida como incompleta, mientras que en el hombre no lograr la descendencia se puede prestar a la burla e incluso al cuestionamiento de su virilidad.

Durante todo el tratamiento de reproducción asistida, el acompañamiento de la pareja fue primordial en la mayoría de los casos, pues ambos se encontraban inmiscuidos en este proceso, lo que hizo que la relación se fortaleciera. Solamente dos de las informantes comentaron la falta de apoyo por parte de su esposo durante ese tiempo, en estos casos fue la mujer quien llevó y pagó el procedimiento con la ayuda de sus madres.

Informar sobre el uso de la reproducción asistida a la familia fue un hecho gradual, debido a que no en todos los casos estuvieron enterados al momento de realizar el procedimiento, e incluso hay personas que aún no saben que la pareja utilizó un tratamiento para lograr su embarazo; en algunos casos no se dio a conocer que se empleó a una donadora de óvulos para tener a sus hijos. Cuando la familia se enteró sobre el procedimiento que utilizó la pareja, la primera reacción de las madres en dos de los casos fue de “sorpresa”, representando una situación difícil de asimilar, sin embargo, al final quienes sabían del tratamiento lo asimilaron y los apoyaron durante todo el proceso.

(...) le costaba trabajo asimilarlo porque en realidad ella siempre me apoyó en todo lo que decidí, el tema es que hacía preguntas duras como por ejemplo “¿y estás segura de lo que vas a hacer?”, te digo para nosotros también se mencionaron temas como la adopción de embrión, y entonces de pronto discutir la adopción de embrión con mi mamá y aclararle qué significa, cómo funciona y demás, y que mi mamá estuviera en paz con ese término, y con la idea de que podía ser el tratamiento que tomáramos, le costó un poquito de trabajo, pero no, en realidad ella nunca estuvo en contra si no que hizo todo lo posible por entender el proceso y por aceptarlo finalmente, hubo cosas que emocionalmente le costaron trabajo, pero no quiere decir que hubiera hecho algún comentario negativo, más bien preguntaba cosas (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, gemelas).

Debido a las creencias que prevalecen en torno al tema de la infertilidad, muchas de las parejas que se encuentran en esta situación se sienten aisladas o apenadas por la frustración que este padecimiento puede causarles, por ello solo en dos de nuestros casos toda la familia

supo sobre la reproducción asistida, en el resto de las participantes no todos estaban informados del tratamiento o solo los padres de ellas estaban enterados.

Fui súper hermética en el tema con todos, entonces ellos no se enteraron hasta que yo ya me embaracé, y después de que pasaron los tres meses, este, obligatorios ¿no?, antes ni siquiera sabían (...) mi esposo tenía prohibido decirlo porque para mí, este, no quería que en caso de no poder, yo no quería, o sea, que nadie se enterara de esa parte de mi vida (Gabriela, 34 años, TRA-In Vitro, embarazada de un niño y una niña).

A pesar del desgaste físico y emocional que el tratamiento de reproducción asistida conlleva, pocas parejas buscan el servicio de ayuda psicológica, y cuando se acude a él, generalmente son las mujeres quienes asisten; y aquellas que no recurren al servicio, mencionan que es por cuestiones laborales; sin embargo se puede denotar una diferencia de intereses, porque el tratamiento de reproducción asistida requiere invertir tiempo para las citas y los estudios, pero no se dieron el tiempo para atender a la cuestión emocional, que también es una etapa importante para el éxito del tratamiento.

Si, ahí te dan, es el paquete completo, de hecho cada sábado se reúnen las mujeres que no han podido o que están en proceso todos los sábados, entonces acudí y vi muchas mujeres de ciertos estados, este, que también estaban en la misma situación mía ¿no?, y ver como no solo a ti se te rompía el corazón por no tener hijos (...) (Valeria, 43 años, TRA-In Vitro, un niño y una niña).

Tras lograr el embarazo las mujeres viven esta etapa de manera tradicional, debido a que la diferencia que la familia percibía en cuanto a la manera de concebir utilizando la reproducción asistida queda atrás, pues el objetivo de gestar un hijo fue cumplido, por ello es que los familiares mostraron apoyo y cuidados hacia ellas, principalmente su alimentación; sin embargo el principal acompañamiento durante esta etapa recayó en el esposo, pues fue quien estuvo pendiente de la salud de la mujer.

Durante el nacimiento de los bebés, la familia de la pareja se encontraba en el hospital acompañándolos, en algunos casos el marido fue el único que estuvo presente en la sala de parto; el papel de la pareja nuevamente fue importante, ya que cuando se presentaron complicaciones, él fue quien tuvo que tomar decisiones en cuanto a la salud de su esposa e hijos; solo en un caso la figura del esposo estaba ausente, debido a su profesión que limitó el acompañamiento.

Después de que los hijos se encuentran en casa, los familiares más cercanos muestran apoyo con respecto a los cuidados de las mujeres y sus bebés, en algunos casos esa ayuda la siguen teniendo cuando la pareja sale a trabajar; en un caso se contrató personal para el cuidado de los niños y solamente una informante no contó con atenciones tras el nacimiento, atribuyéndole a este hecho su depresión post-parto.

Actualmente la relación que tienen las parejas que utilizaron un tratamiento de reproducción asistida, es percibida como buena, estable y ésta se ha fortalecido durante todas las etapas que atravesaron para tener a sus hijos. Una informante menciona tener una comunicación basada mayormente en mensajes y llamadas con su pareja, debido a que hasta el momento de la entrevista su pareja estaba casado y tenía hijos con dicha persona, así como la cuestión laboral que afectaba el tiempo y recursos económicos que le dedicaba a sus hijos, por lo que la imagen paterna y el acompañamiento en todo el proceso de reproducción asistida y tras el nacimiento de los hijos se encuentra ausente; siendo sus mayores redes de apoyo su mamá y su hermana.

El acompañamiento de la pareja es un aspecto fundamental, pues desde el momento en que se da el diagnóstico de infertilidad hasta el momento del nacimiento del hijo(a) el esposo se encuentra inmiscuido brindando un total apoyo económico y emocional, aunque en algunas situaciones la imagen de la pareja no estuvo presente, el acompañamiento para la mujer recayó en algún familiar, tratando de que todo el procedimiento que pasó para tener a sus bebés no lo viviera sola.

3.8 “A fin y al cabo van a ser tus hijos”: derivaciones del parentesco a través de la reproducción asistida.

Para hablar de parentesco en este apartado nos remitiremos primeramente a dos casos en donde se recurrió a la donación de óvulos para lograr el embarazo, pues dentro de la narrativa de las participantes la conexión biológica y genética era una cuestión importante, y el hecho de utilizar la ovodonación generaba miedo a que los rasgos físicos no fueran similares a los de la pareja o su familia. Para después explorar lo que piensan nuestras informantes con respecto a las mujeres que utilizan la adopción como vía para la maternidad y lo que les dirán a sus hijos sobre su concepción.

Las representaciones que se tienen en cuanto al parentesco van a cambiar, especialmente cuando se utilizan técnicas de alta complejidad como lo son la donación de óvulos y espermias. Este proceso puede ser muy complejo en cuanto a la concepción del hijo propio, pues se busca la descendencia a cualquier precio y es por ello que las mujeres y sus parejas acceden a tener un bebé con uso de donantes, aunque en un futuro esta cuestión pueda ser complicada para generar una total conexión genética con sus hijos.

El proceso de la ovodonación fue descrito por las participantes con detalle, narrando la selección de la donadora, y el tratamiento al que la sometieron para lograr compatibilidad con la receptora de los óvulos. Los criterios para la selección de la ovodonadora fueron diversos, en un caso se priorizaron las características físicas y psicológicas parecidas a las de la pareja o sus familias y en otro caso fue elegida por el médico, por lo que la receptora no conoció ningún rasgo físico de la donadora.

Nos dieron un catálogo en el que venían las características físicas y psicológicas de las ovodonadoras, que es un poco como elegir una modelo, viene una foto en la que viene borrada la cara porque es anónimo, y vienen fotos de partes específicas del cuerpo por ejemplo viene una foto de la oreja, nariz, boca, ojo, mano, y así varias fotos para que tú te des una idea de los rasgos físicos de la ovodonadora, cuando tú estás buscando una ovodonadora hay de dos sopas o buscas a una mujer que físicamente se parezca a ti o buscas a una mujer que tenga los atributos que tú crees que heredarían tus hijos ¿no?, en mi caso, como soy adoptada en realidad nosotros estábamos buscando una ovodonadora que tuviera características similares a las que existen en mi familia aunque fuera adoptiva, en realidad escogimos a una mujer que se parecía físicamente a mí, también buscamos a una persona que se pareciera emocional, física y psicológicamente a mí o a mi marido y encontramos a una chava que tiene características muy similares a las de mi marido (...) (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Cuando estas mujeres recurren a la donación de óvulos comienzan a cuestionarse la importancia de compartir material genético con sus hijos y la apariencia física de los mismos, pues se vuelve un papel importante en la construcción de la filiación. Se acude a la ovodonación como una alternativa para tener un hijo, se busca reemplazar lo genético por lo biológico pasando por el embarazo.

Podemos hablar entonces que la apariencia física también es un papel fundamental en la construcción de la filiación, pues desde antes de procrear a los hijos, las mujeres buscan donantes que sean físicamente parecidos a la pareja o a la familia, para que socialmente no

exista un cuestionamiento sobre la maternidad, teniendo una continuidad con la descendencia.

Tras el nacimiento de sus hijos lo que más impresionó a las informantes fue el parecido físico que tenían sus bebés con sus esposos, quitándoles el miedo que en algún momento tuvieron sobre la apariencia de sus niños. En un caso, una de las informantes asoció los rasgos físicos de uno de sus hijos con la imagen de la donadora de óvulos, debido a la herencia genética que aportó la ovodonante, sin embargo, con el embarazo y el parto la mujer puede constituir un lazo de parentesco con sus hijos aunque físicamente no sean parecidos a ella o a su pareja.

Son igualitas a su papá, uno de mis principales miedos con este rollo de la ovodonación era ver a mis hijas y no ver nada familiar, encontrarme con que mis hijas no se parecieran ni a él ni a mí, ese era uno de mis miedos más grandes, cuando las vi y vi que son igualitas a mi marido descanse, ahora, tienen expresiones muy similares a las mías (...) (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

El embarazo y el parto son hechos que tienen gran carga significativa, pues es mediante éstos que las mujeres cumplen el rol de género que se les es impuesto socialmente, debido a que cuando no se logra el objetivo de que los hijos sean parecidos físicamente a ellas, la conexión entre madre e hijos se logra mediante lazos biológicos dándose una resignificación de la filiación para estas mujeres.

En algún momento de la narrativa de las informantes se cuestionó el considerarse genéticamente la madre de sus hijos, por la situación de no haber sido procreados con sus óvulos, sin embargo después de un tiempo asimilaron que aunque utilizaron una ovodonadora para lograr el embarazo, ellas son sus madres por la conexión biológica al haberlos tenido en su vientre y por los cuidados y el amor que les han brindado.

(...) realmente si te pones a pensar “mis hijos no son míos”, porque no son genéticamente míos, o sea tal vez yo los, este, amamante, digo yo les di la vida, pero realmente no son míos, pero por otro lado pienso, “si son míos porque yo les di mi sangre, yo los cuide”, en cierto momento mi cuñada me cuestionó en el sentido de “deberías preguntarle al doctor, o de decirle que te enseñe una foto de la mamá ¿no?”, y le pregunte enfrente de ella ¿no?, porque esta cuñada es así como “ogh” se volteó el ginecólogo y me dijo “Vale, esos niños no tienen otra madre más que tú, tú los procreaste, tu les diste vida y hasta ahí, no hay otra” (Valeria, 43 años, TRA-In Vitro, un niño y una niña).

El contexto cultural en donde vivimos influye en la decisión que la pareja toma en la búsqueda de la descendencia, pues en nuestra sociedad el panorama en cuanto a las técnicas de reproducción asistida posibilita la procreación donde se pueda compartir material genético, se busca como una segunda opción la donación de gametos y el vientre subrogado en caso de que fallen las técnicas de baja complejidad y por último se busca la vía de adopción para tener un hijo.

En un caso la posibilidad de adoptar iba de la mano con la reproducción humana y con otras técnicas para lograr tener un hijo, debido a que ella era adoptada y sabía lo que implicaba dicha situación; por lo mismo su percepción de este procedimiento se basaba en su experiencia. Sin embargo, como en el resto de los casos buscaba principalmente tener hijos biológica y genéticamente suyos, debido a la falta de dicha conexión con sus padres y que deseaba tener con sus hijos, por lo que el uso de ovodonadora fue un proceso complicado, que finalmente aceptó debido a que cumpliría su objetivo de ser madre.

(...) es un poquito complejo porque siendo adoptada la necesidad de tener un hijo era muchísima, yo siempre me planteé como una posibilidad adoptarme un hijo, pero siempre deseé también tener la oportunidad de ser madre, porque yo no tengo esa conexión biológica con mis padres, entonces, yo no sé si tener esa conexión biológica se siente diferente a lo que yo siento por mis papás y por mis hermanos, no tengo claro si el tener una conexión biológica con alguien hace alguna diferencia en el tipo de cariño o en el tipo de relación o si simplemente se siente diferente (...) en el que extraen los óvulos de una persona que no es la madre que va a portar a los bebés si puede volverse un poco complicado y además emocionalmente también es complicado porque si bien mis hijas son hijas biológicas de mi marido, no son hijas biológicas mías, y entonces ahí es en donde te digo que de pronto me falta esa conexión biológica con el mundo (...) (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Se deja al último la opción de adoptar pues el panorama es más complicada que el acceso a las técnicas de reproducción asistida, pues a falta de agilización en los trámites, lo tardado del proceso y razones personales de las parejas que buscan un hijo hacen que ésta tenga menos posibilidades de que ocurra.

Sin embargo, la posibilidad de adoptar se presentó en todas las entrevistadas pero solo uno de los casos se inició el trámite y el resto únicamente se informó sobre los requisitos para iniciar el proceso de adopción. Todas las participantes conocían el panorama legal en México para la adopción y al ser un proceso difícil de lograr, ellas descartaron la posibilidad de tener un hijo por ese medio. Una de nuestras informantes argumentaba el elevado costo de los

trámites en una asociación privada, pues se requería una alta suma de dinero sin asegurar que se concretara la adopción, volviendo al tema de la desigualdad para acceder a estos servicios.

(...) cuando voy a la primera consulta con mi doctor y mi doctor me dice “vamos a iniciar con el tratamiento y vamos a ir viendo como avanzas y vamos a ir viendo que hay que seguir paso a paso”, en ese momento fue que nosotros iniciamos el proceso para adoptar y empezamos a buscar cómo, porque para nosotros era el primero que sucediera, no era excluyente, era lo primero que pasara, lo que queríamos era ser padres (Julieta, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

Nuestras participantes consideran en algún momento contarles a su hijos la manera en que fueron concebidos, de acuerdo a la literatura existente este proceso debe de ser asimilado primeramente por ellas y sus parejas para después poder transmitir ese hecho a sus hijos, las técnicas para informarles son variadas, desde hacerles una presentación con diapositivas, un libro con fotografías y en algunos casos simplemente se les contará sobre el procedimiento.

Él ya sabe hace unos meses precisamente, eh, salió la película de Wolverine y él quería ir a verla, él me dijo “mamá pero yo ya vi el tráiler en la escuela”, entonces me dice “¿sabes que mamá?” dice, entonces me dice “a la hija de Wolverine, ¿cómo es que la crean?, es que es en un laboratorio”, y entonces empieza a platicar y le dije “¿sabes qué?, este, bueno eso es un comic, pero ¿sabes qué?, que en la vida real existe esto y esto y de hecho tu naciste por un medio, a tu papi le quitaron los espermias, a mami los óvulos, los juntaron, me los pusieron, naciste tú, de hecho pusieron dos embriones”, de hecho me dijo “es que tenía un hermanito”, también sintió esa pérdida de alguna manera como la que vivimos mi esposo y yo en su momento (...) (Fiona, 37 años, TRA-In Vitro, un niño).

Las informantes consideran que una mujer es madre aunque sus hijos no sean gestados por ellas, recurriendo a la adopción o al vientre subrogado, ya que pesa más el deseo de ser madre que la cuestión biológica y genética, pues la satisfacción de tener a sus niños va a ser la misma, sin importar el método que hayan utilizado para conseguirlo.

Son madres también, porque el ser madre no es en el vientre, cuando alguien decide ser madre le nace del corazón, no necesitas tener al niño en el vientre para amarlo, quererlo, cuidarlo, enamorarte de él y sentirte su madre, solo necesitas querer ser su madre (Yadira, 39 años, TRA-In Vitro, dos niñas).

El tema del parentesco cuando se utiliza la reproducción humana con ovodonante juega un papel importante, debido al peso que tiene socialmente la apariencia física entre los padres y su descendencia, discurso que se encuentra presente en el embarazo con la pregunta “¿y cómo será mi hijo?, ¿a quién se va a parecer?”, para que siga esa continuidad con los hijos se recurre a seleccionar a la donante de óvulos en base a rasgos similares a los de los padres o la familia;

sin embargo, aunque no se lograra encontrar a la donante con esas características, se tiene el peso de la carga genética por parte del padre, y en el caso de la mujer la revalidación de su maternidad se centra en la conexión creada entre la madre y el hijo durante el embarazo.

Las mujeres que recurrieron al uso de la ovodonación, priorizaron lograr ser madres y tener a sus hijos, que la conexión genética con ellos, por lo que solo existieron dos momentos en donde se cuestionaron su maternidad, al pensar en la apariencia que tendrían sus hijos y cuando alguien les comentaba que la madre era la donadora, más no ellas; pese a estos cuestionamientos las informantes continuaron con el procedimiento tras asimilar la situación, mismas que fueron dejadas de lado tras el nacimiento en donde notaron que sus hijos tenían la apariencia o gestos similares a los del padre.

Capítulo 4: Conclusiones y reflexiones

A partir del análisis realizado sobre la experiencia que tuvieron las mujeres de nuestra investigación al utilizar la reproducción asistida como vía para la maternidad, nos proponemos las discusiones que surgen alrededor de este fenómeno, mostrando los resultados que arrojó nuestro estudio.

Ahora que conocemos el panorama sobre las técnicas de reproducción asistida podemos constatar la desigualdad en el acceso a ellas, pues al no tener una legislación en torno a éstas, poder ingresar a una clínica u hospital público se vuelve un proceso complejo y es por ello que las parejas que tienen un diagnóstico de infertilidad buscan otras alternativas para lograr la descendencia como lo son los remedios caseros o alternativas como la acupuntura, también buscan otros medios para acceder a las técnicas de reproducción asistida, las clínicas privadas, donde cualquier persona puede acceder pero a un costo muy elevado.

Al recurrir a las técnicas de reproducción asistida las parejas encuentran un apoyo para lograr su objetivo de tener un hijo y en especial las mujeres dicen tener una completud como mujer al tener un hijo biológico, hecho que les es recalcado socialmente y que de no cumplirlo la presión recae únicamente sobre ellas, cuestionando su femineidad y su valor como mujer.

La mujer recurre al hecho biológico del embarazo y el parto para constituirse como madre pero no dejando de lado la posibilidad de donación de óvulos o la adopción en caso de no lograr una gestación con su propio material genético. Y aunque lo genético juega un papel importante en la construcción del parentesco, lo biológico y lo social también se pone en juego en la conformación de la familia.

Para estas mujeres, el matrimonio no involucraba primeramente la intención de tener hijos, debido a que acordaron con sus parejas esperar un tiempo para embarazarse, y en ese lapso dedicarse a lograr objetivos personales, profesionales y como pareja, corroborando lo

expuesto por Perujo (2013) de que las mujeres consideran otros proyectos antes de dedicarse o incorporar la maternidad a sus vidas, y el argumento planteado por Héritier (2007) en donde las mujeres siempre quieren tener hijos, pero quieren tenerlos cuando los deseen y en función de sus metas de realización individual.

Cuando las mujeres deciden tener hijos no se imaginan que presentan algún problema de infertilidad y que van a requerir ayuda para lograrlo, por lo que les genera sorpresa no embarazarse tras un tiempo de intentarlo. Para estas mujeres no poder embarazarse es un hecho frustrante y representa un “fracaso como mujeres”, debido a la presión social que existe sobre ellas para lograr concebir. Cuando el diagnóstico de infertilidad se encuentra en las mujeres la culpa es aún mayor, debido a que el deseo de ser madres se ve interrumpido por algo que asumen, está mal en ellas, siendo cuestionada su fertilidad y su valor como mujer.

Cuando no se logra el embarazo las mujeres se enfrentan a una presión social, debido a la edad que tienen y al estar casadas, reciben comentarios y/o cuestionamientos sobre su falta de capacidad para concebir, preguntas que implican dolor e incomodidad sobre el tema, siendo socialmente señaladas por su infertilidad.

La presión que tienen las mujeres con un diagnóstico de infertilidad no solo es ejercida por la sociedad, sino también por ellas mismas, como cuando ven a una mujer embarazada, a sus amigas que empiezan a tener hijos o a mujeres que tienen niños y que los abandonan; estas situaciones les genera además de presión, un constante cuestionamiento de por qué otras mujeres pueden o tienen la posibilidad de embarazarse y ellas no.

En Bestard, Orobitg, Ribot y *et. al* (2003) a ese sentimiento que se genera en la mujer infértil al ver a una embarazada, se define como la ansiedad de ver a alguien con lo que ella desea y no puede conseguir, es decir, la angustia de querer tener hijos y no poder ver ese deseo cumplido.

Con respecto a la infertilidad, se le suma la situación familiar en donde no solo se trata de no poder tener hijos, sino además es un sentimiento de culpa por parte de la pareja de no poderle dar nietos a sus padres. Tal como lo menciona Bestard, Orobitg, Ribot y *et. al*

(2003), viendo a esta situación como un deseo familiar incumplido, que necesita de explicaciones para justificar la falta de hijos, y por ende la falta de nietos para sus padres.

En algunos casos la familia de la pareja y la propia, adjudica la falta de progenie a la mujer, aún en el caso donde la pareja en conjunto presenta el diagnóstico, la única desvalorizada es ella, es por estas situaciones que las mujeres deciden ocultar o tardar en mencionar su infertilidad y el uso de las técnicas de reproducción asistida. Llevando a las parejas en ocasiones a alejarse de sus grupos sociales, debido a que no comparten su misma condición social (padres-hijos), generando una incompatibilidad de convivencia.

Tomar la decisión de iniciar un tratamiento de reproducción asistida para lograr un embarazo, tiene múltiples implicaciones, desde lo personal al enfrentarse a un diagnóstico que les impide tener un hijo de manera convencional y que requieren ayuda médica para conseguir embarazarse, en lo social cuando se enfrentan al señalamiento por la falta de progenie y al aislamiento por el miedo a ser rechazados.

En lo que compete a la procreación y la búsqueda de descendencia, la perspectiva es diferente para mujeres y para hombres, en especial la construcción que se tiene cuando no se puede cumplir con dicha función, en el caso de la mujer es percibida socialmente como una mujer “incompleta” debido a que a la mujer se le atribuye como una de sus principales funciones la procreación y el poder dar descendencia, en el caso de los hombres la presión social es menos estricta, pero se puede prestar a la burla (Chávez, 2013).

Recalamos que la mayoría de los estudios médicos para diagnosticar la infertilidad van dirigidos a las mujeres, así como las técnicas de reproducción asistida, siendo el cuerpo femenino el principal escenario para iniciar dichos tratamiento y de no lograr un embarazo, las mujeres se sienten más culpables, frustradas y tristes por no cumplir el rol asignado socialmente a la mujer.

Las mujeres que realizaron un tratamiento de reproducción asistida son acompañadas por la pareja en cada etapa del proceso, ambos se ven involucrados en todo momento, pese al trabajo riguroso; ellos agendan tiempos para acompañar a sus esposas a las citas con el médico, además de estar presente durante la realización de los procedimientos. Comparado con lo expuesto por Rico (2016) donde la mujer es la que asiste principalmente sola a las

consultas y estudios debido a que su pareja se encuentra trabajando, generando en ellos frustración por el hecho de no poder estar con ellas en esos momentos.

Iniciar un tratamiento de reproducción asistida no implica lograr un embarazo al primer intento, es un procedimiento que conlleva tiempo, paciencia y constancia en cuanto a las indicaciones médicas para elevar la producción de óvulos. De igual manera y al introducir en la mujer más de un embrión, existe el riesgo de que todos los embriones implantados se desarrollen, así como que ninguno llegue a término.

Al hablar de la constancia requerida en los tratamientos de reproducción asistida, se enfatiza en que estos métodos requieren de una serie de medicamentos que se deben administrar en cantidades y tiempos precisos para asegurar su eficacia, que en el caso de elevar la producción de óvulos en la mujer, se requiere de la aplicaciones de inyecciones en el estómago, así como el seguimiento del tratamiento a través de las citas médicas, en donde el médico lleva un control del cuerpo de la mujer en cuanto a la ovulación y la reacción del medicamento en ellas.

Al transferir los embriones, lo médicos piden a las pacientes tener cuidados especiales para que el tratamiento tenga éxito, como permanecer en cama durante ciertos días y no hacer esfuerzos; por ello es que las mujeres buscan ayuda de su esposo, familia (en caso de que sepan sobre su tratamiento) o contratan personal de limpieza mientras ellas se encuentran en reposo.

Durante el tratamiento las mujeres dicen sentirse optimistas, entusiastas y felices a pesar de ser un proceso riguroso, ellas dejan de lado la cuestión física, minimizando el dolor en el tratamiento. En cada uno de los intentos ellas buscan que el resultado sea positivo, pues de no lograrlo les generaría una frustración por el hecho de no conseguir su meta una vez más. Ante cada intento fallido ellas buscan renunciar al tratamiento, pues la cuestión emocional pesa mucho en estas situaciones, donde tras varios años buscando un embarazo, no lograrlo se vuelve una situación sumamente desgastante.

Para las mujeres contarles a sus familiares y/o amigos es una situación con la que no siempre están de acuerdo, debido al temor que les genera la idea de no lograr concebir o que una vez que se confirma el embarazo, se corre el riesgo de que éste no llegue a término. Por

lo que prefieren decirle a la familia sobre el uso de las técnicas de reproducción asistida y de su embarazo una vez que han pasado los tres primeros meses de gestación, que es el tiempo en el que existe mayor riesgo de que ocurra un aborto. Cuando les informan que están embarazadas aunque se muestran felices, tienen un miedo latente de que pudiera no llegar a término su embarazo o perder algún embrión en el caso de embarazos múltiples.

La principal motivación de estas mujeres para utilizar las técnicas de reproducción asistida es la búsqueda de la descendencia, en algunos casos la genética juega un papel importante, pues no compartir material genético con sus hijos les representa el riesgo o miedo que al nacer no tengan rasgos físicos parecidos a los suyos. Lo biológico también se encuentra presente en sus narrativas, ya que la etapa del embarazo es algo deseado por las participantes, debido a la carga social que tiene esta etapa en el proceso reproductivo y la validación del hijo como propio.

Sin embargo, las participantes argumentan que ser madres no solo es gestar, sino procurar y amar a tus hijos aunque no propiamente hayan estado en tu vientre, considerando a las técnicas de reproducción asistida únicamente el medio para llegar a un fin, que es ser madres. Al igual se denota otro elemento de la filiación, lo social, pues no se descarta la posibilidad de adoptar o utilizar algún donante, ya que lo que se quiere es tener un hijo sea por cualquiera de los medios.

El recurso de una ovodonante implica el cuestionamiento de la carga genética y la herencia, que aunque en estos casos no fue un impedimento para disfrutar su embarazo y su maternidad, si generó cuestionamientos tanto por ellas como por sus familiares sobre la apariencia física que tendrían y llegándose a cuestionar su maternidad.

Podemos tener una noción de lo complicado o lo fácil que son los tratamientos de reproducción asistida, además de estar informados sobre las dificultades que tienen las parejas para acceder a clínicas públicas y privadas pues la desigualdad, lo caro de los tratamientos, el tiempo y la paciencia permea en cada uno de los casos.

En el caso de la clínicas públicas los límites de edad para que la mujer acceda son establecidos por su “reloj biológico”, siendo que los óvulos de la mujer conforme aumenta su edad se vuelven menos viables para ser fecundados, se le da una carga importante al estado

civil y el modelo de familia tradicional, por lo que el servicio se le brinda solamente a parejas heterosexuales y casadas (o que comprueben que viven juntos desde hace varios años), finalmente no tienen que estar asegurados por otro servicio médico. En algunas clínicas no se ofrece técnicas de reproducción Heteróloga, es decir el uso de donantes de esperma u óvulos.

En cambio las clínicas privadas ofrecen el servicio de reproducción asistida a cualquier persona sin importar su orientación sexual, estado civil ni edad, siempre y cuando cubran los gastos del tratamiento, por ello son los pacientes quienes pueden interrumpir el procedimiento cuando lo decidan e incluso ofrecen el uso de donantes de óvulos o esperma. Sin embargo, no todas las personas pueden acceder a estos servicios, debido a lo elevado de los costos.

Si bien nuestras participantes pudieron acceder a las clínicas privadas para realizarse un tratamiento, pero para poder hacerlo les llevó meses e incluso años, pues los costos son muy elevados y al no poder pagar todo por cuenta propia tuvieron que recurrir a préstamos u otras estrategias para lograr el objetivo de ser madres; el dinero juega un papel importante para lograr la maternidad. La ayuda psicológica, familiar o de pareja es primordial durante el tratamiento, el embarazo y el post parto ya que durante estas etapas la mujer se encuentra emocionalmente sensible.

La maternidad implica cambios en la vida de la pareja, pues la intimidad entre ambos se ve disminuida por el hecho de tener uno o dos hijos. Ser madre se vuelve una condición fácil al tener experiencia previa, estas mujeres durante todos esos años de espera consultan libros para tener conocimientos sobre los cuidados del bebé, además de las experiencias que tienen con algunos sobrinos.

La validez que tiene un embarazo logrado por reproducción asistida en ocasiones se pone en duda por parte de algunos familiares de la pareja, debido a que la fecundación se efectuó en un laboratorio y no de manera convencional; sin embargo, el valor que éstas mujeres le atribuyen a su embarazo y posteriormente a sus hijos, recae en todo el procedimiento que tuvieron que pasar tanto en cuestión económica como emocional para lograr su deseo de convertirse en madres.

Reafirmando lo que argumenta Gimeno (2011) sobre el trato especial que tienen las mujeres embarazadas a través de las técnicas de reproducción asistida, durante el seguimiento del embarazo y el parto, debido a que los niños nacidos mediante estas técnicas son considerados “feto valioso”, por todo el proceso, tiempo y dinero que conllevó lograr la concepción.

Sin duda para algunas mujeres no poder ser madres es un hecho doloroso y frustrante, sin embargo, las técnicas de reproducción asistida ofrecen una posibilidad de ser padre y madre, generando así nuevas formas de reproducción. A pesar del deseo que tienen estas mujeres para convertirse en madres y las estrategias que buscan para conseguirlo, no descartan la idea de no concebir y enfocarse en otros proyectos tanto personales como de pareja, demostrando que no todas las mujeres tienen como prioridad la maternidad, por lo que durante todo el proceso que llevan nuestras informantes, se vislumbra una constante reconfiguración sobre la maternidad.

Con el avance tecnológico, las técnicas de reproducción asistida se vuelven una opción para la conformación de familias cuando se presenta alguna dificultad para concebir. Al ser un procedimiento complejo y monitoreado constantemente por los médicos, las mujeres acuden periódicamente a sus revisiones durante y después del tratamiento, que van desde la extracción de los óvulos, la fecundación de los mismos y finalmente los ultrasonidos durante el embarazo; debido a que en algunas clínicas se ofrece a los padres la posibilidad de tener una fotografía de sus embriones, la paciente puede tener evidencia de todos esos procesos, por lo que hay niños que su primera imagen fue tomada antes de entrar al útero de sus madres, es decir, en un recipiente de laboratorio.

Para futuras investigaciones es importante pensar y dar a conocer las limitantes que surgieron en esta investigación, al ser una temática poco estudiada en México y como se mostró en nuestra primera entrada a campo, el acceso y apoyo por parte de las clínicas privadas de reproducción asistida para realizar investigación es mínimo y en algunos casos inexistente.

A pesar de que utilizar alguna técnica de reproducción asistida es una práctica recurrente en México, y que existen varias clínicas que ofrecen el servicio, surgen varias

problemáticas como la importancia que siguen teniendo los vínculos basados en la genética y la herencia.

Para las mujeres de nuestro estudio hablar sobre su infertilidad y su tratamiento de reproducción asistida puede ayudar a sensibilizar a aquellas personas que juzgan a la pareja por no tener hijos pese a su edad y los años de casados; además buscan desahogarse por la carga social que en algún momento recayó en ellas.

Al sentir presión sobre la falta de progenie, la pareja experimenta aún más dificultades para lograr el embarazo, es por ello que estos temas sobre el tratamiento y lo que conlleva, abre las puertas para saber lo que ocurre con las parejas que pasan por un procedimiento de reproducción asistida, sin embargo en nuestro estudio se enfocó en la narrativa de la mujeres, lo que sería interesante conocer es la experiencia del hombre al utilizar la reproducción asistida y buscar casos en donde se haya recurrido a un donador de esperma.

2.3 Lista de referencias

- Álvarez, Jorge (2014). “Aspectos sociales y legales de la fecundación in vitro”. En *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 28, núm. 2, pp. 79-90.
- Aguirre, María del Mar. (2015). *Infertilidad: un asunto que afecta a más de dos*. 2017, de Forbes México Sitio web: <https://www.forbes.com.mx/infertilidad-un-asunto-que-afecta-a-mas-de-dos/#gs.NAGHQmo>.
- Asakura, Hiroko (2005). “Cambios en significados de la maternidad: la emergencia de nuevas identidades femeninas (un estudio de caso: mujeres profesionistas de clase media en la ciudad de México)”. En Torres, Marta, *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*. México: El Colegio de México, pp.61-96.
- Badinter, Elisabeth (1981). “Un valor nuevo: el amor maternal”. En *¿Existe el amor maternal?* España: Paidós, pp.117-164.
- _____ (1981). “La nueva madre”. En *¿Existe el amor maternal?* España: Paidós, pp.165-196.
- _____ (1981). “Las distorsiones entre el mito y la realidad”. En *¿Existe el amor maternal?* España: Paidós, pp.279-308.
- _____ (1981). “¿El paraíso perdido o reencontrado?”. En *¿Existe el amor maternal?* España: Paidós, pp.309-311.
- Beauvoir, De Simone (1992). “La mujer independiente”. En *El segundo sexo*. México: Alianza editorial y ediciones siglo XX, pp.851-886.
- Bestard, Joan (2013). “Nuevas maternidades”. En López, Carmen; Marre, Diana y Bestard, Joan, *Maternidades, procreación y crianza en transformación*. Barcelona, España: Edicions Bellaterra, pp.9-14.
- Bestard, Oorbitg, Ribot y *et. al* (2003). “Procreación humana: biología y sociedad”. En *Parentesco y Reproducción asistida: Cuerpo, persona y relaciones*. Universidad de Barcelona: Estudisdº Antropología Social I Cultural 9, pp.17-20.

- _____ (2003). “El concepto de infertilidad”. *En Parentesco y Reproducción asistida: Cuerpo, persona y relaciones*. Universidad de Barcelona: Estudis d' Antropologia Social I Cultural 9, pp.21-24.
- _____ (2003). “Rito de paso: liminalidad sin fin”. *En Parentesco y Reproducción asistida: Cuerpo, persona y relaciones*. Universidad de Barcelona: Estudis d' Antropologia Social I Cultural 9, pp.25-34.
- _____ (2003). “Parentesco: “Natural y criado””. *En Parentesco y Reproducción asistida: Cuerpo, persona y relaciones*. Universidad de Barcelona: Estudis d' Antropologia Social I Cultural 9, pp.99- 110.
- Cambrón Ascensión (2001). “Fecundación In Vitro y agresiones al cuerpo de la mujer: una aproximación desde la perspectiva de los derechos”. *En Reproducción asistida: promesas, normas y realidad*. España: Editorial Trotta, pp.165-210.
- Casiano, Marie (2016). *Legislación y técnicas de reproducción asistida, una travesía en la búsqueda de descendencia* (Tesis de licenciatura en Antropología Social) Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México, pp.5-62.
- Chávez, Mayra (2013). “Simbolismo del parentesco y las técnicas de reproducción asistida en la práctica médica pública”. En Olavarría, María, *Parentescos en plural*. México: Miguel Ángel Porrúa, pp.189-214.
- Cincunegui, Silvia (2004). “Fertilidad e infertilidad humana: un enigma”. *En La infertilidad en la pareja: cuerpo, deseo y enigma*. Argentina: Lugar Editorial, pp.31-38.
- _____ (2004). “Perspectiva histórica”. *En La infertilidad en la pareja: cuerpo, deseo y enigma*. Argentina: Lugar Editorial, pp.39-45.
- Esteinou, Rosario (2012). “Tecnologías de reproducción asistida: su extensión y regulación legal en México”. *En La nueva generación social de familias. Tecnologías de reproducción asistida y temas contemporáneos*. México: Publicaciones de la Casa Chata, pp.151-168.
- Gimeno, Anna (2011). “Los tratamientos de reproducción asistida”. *En El deseo de ser madre*. España: Editorial Alba, pp.152-183.

- _____ (2011). “Después de un proceso de reproducción asistida”. En *El deseo de ser madre*. España: Editorial Alba, pp.276-295.
- Guzmán, Aníbal (2001). “La filiación”. En *Inseminación artificial y fecundación in vitro humanas: un nuevo modo de filiación*. Veracruz, México: Universidad Veracruzana, pp.165-220.
- Jelin, Elizabeth (2010). “La sexualidad y la reproducción. Los derechos reproductivos”. En *Pan y afectos: La transformación de las familias*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica, pp.156-168.
- Lagarde, Marcela (1993). “Introducción”. En *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM, pp.25-47.
- _____ (1993). “Las madresposas”. En *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM, pp.363-421.
- _____ (1993). “Conclusiones”. En *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM, pp.363-421.
- Lamas, Marta (2002). “Cuerpo: diferencia sexual y género”. En *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus, pp.51-83.
- _____ (2002). “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría “género””. En *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus, pp.87-127.
- _____ (2002). “Diferencias de sexo, género y diferencia sexual”. En *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus, pp.131-160.
- López, Esperanza (2016). *La familia al alcance: Desigualdad en el acceso de Técnicas de Reproducción Asistida en la Ciudad de México (Tesis de licenciatura en Antropología Social) Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, Ciudad de México, pp.19-60.*
- Olavarría, María (2002). “De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día”. En *Alteridades*, vol. 12, núm. 24, pp.99-116.

- Paterna, Consuelo y Martínez, Carmen (2005). "Diferentes formas de entender la maternidad". En *La maternidad hoy: Claves y encrucijada*. España: Minerva ediciones, pp.67-94.
- Peña, Claudia (2009). La maternidad juvenil: consideraciones teóricas y metodológicas. En *La maternidad juvenil: un espejo trizado* (Tesis de maestría en Antropología Social) Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México, pp.5-20.
- Perujo, Emilia (2013). "La búsqueda de la descendencia. Parejas usuarias de técnicas de reproducción asistida en la práctica médica privada". En Olavarría, María, *Parentescos en plural*. México: Miguel Ángel Porrúa, pp.135-185.
- Rico, Susana (2016). . En *Simbolismos de la genética entre usuarios de Técnicas de Reproducción Asistida en una Institución de Salud Pública: INPer*(Tesis de licenciatura en Antropología Social) Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, Ciudad de México, pp.19-48.
- Sánchez, Ángeles (2003). "Prácticas y experiencias de la maternidad. Un acercamiento teórico-metodológico". En *Mujeres, maternidad y cambio: prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*. México: UNAM, pp.13-31.
- Serret, Estela (2001). "Definiciones conceptuales". En *El género y lo simbólico la constitución imaginaria de la identidad femenina*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, pp.27-74.
- Tarducci, Mónica (2008). "Ideología de la maternidad y discurso médico reproductivo". En *Maternidades en el siglo XXI*. Argentina: Espacio Editorial, pp.31-34.
- Vázquez, María (2016). ¿Todas las mujeres son madres?. En ¡Porque te quiero te pego! Reflexiones en torno al ideal materno en contraposición con las madres maltratadoras (Ensayo para obtener el grado de maestra en Antropología Física) Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México, pp.58-64.

Anexos

1. Ubicaciones de las clínicas de reproducción asistida visitadas durante el trabajo de campo

<p>Instituto Nacional de Perinatología</p>   <p>Calle Montes Urales 800, Miguel Hidalgo, Lomas Virreyes, Lomas de Chapultepec IV Secc, 11000 Ciudad de México, CDMX</p>	<p>Hisparep: Clínica de Reproducción Asistida</p>   <p>Complejo M6dico Antonino Fern6ndez. Primer piso., Av Ej6rcito Nacional 613, Granada, 11520 Ciudad de M6xico, CDMX</p>
<p>Inmater: Clínica de reproducci3n asistida e infertilidad</p>   <p>Calle Sierra Mojada 340, Miguel Hidalgo, Lomas de Chapultepec V Secc, 11000 Ciudad de M6xico, CDMX</p>	<p>Sanatorio de maternidad Claristella</p>   <p>Av. R6o Consulado 2578, San Juan de Arag3n I Secc, 07920 Ciudad de M6xico, CDMX</p>

Ginecología-Obstetricia-Reproducción humana



Instituto de esterilidad y salud reproductiva



Ivinsemer



Anexo 2. Carta de consentimiento informado



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Usted ha sido invitada a participar en un estudio llevado a cabo por MITZI NATHALY GOMEZ OROZCO Y NADIA SANCHEZ GONZALEZ, estudiantes de la licenciatura de Psicología Social en la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Iztapalapa, en la Tesis sobre la experiencia de la maternidad en mujeres que utilizaron la reproducción asistida, bajo la responsabilidad de la Dr. Gloria Elizabeth García Hernández, profesora-investigadora de la UAM Iztapalapa.

El objetivo de este estudio es el conocer la experiencia de la maternidad en mujeres que utilizaron las técnicas de reproducción asistida; por medio de las cuales se busca saber el proceso de toma de decisión que las llevó a elegir esta técnica como vía de acceso a la maternidad, las diferentes situaciones a las que se enfrentaron estas mujeres en sus otros ámbitos sociales (trabajo, familia, hogar, grupo de amigos), el proceso del tratamiento, la vivencia del embarazo y el nacimiento de su hijo. Para ello es necesario la realización de una entrevista sobre el estudio cuya duración será establecida de acuerdo a la fluidez del diálogo entre el entrevistador y la participante.

Está garantizado el anonimato y se mantendrá total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en este estudio, ya que su nombre no aparecerá en ningún documento ni en la presentación del proyecto. 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 explicación. Su participación no conlleva a ningún riesgo y cualquier duda puede ser consultada con la Dr. Gloria Elizabeth.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

Firma del participante _____

Firma del investigador _____

Fecha y lugar _____

Anexo 3. Guión de entrevista

Experiencia de la maternidad en mujeres que utilizaron la reproducción asistida.

Guion de entrevista

Presentación

- Nombre
- Edad
- Trabaja Sí___, ¿En qué?_____ No___
- Escolaridad
- No. De Hijos
- Edad de los hijos
- ¿Con quién vive actualmente?
- Método de reproducción asistida utilizado
- Lugar en el que se hizo el procedimiento

Escolaridad/Trabajo/ Actividades del hogar

Y en estos momentos, ¿A qué te dedicas? ¿Qué haces?

¿Actualmente estudias?

Cuéntame sobre el trabajo/ escuela, ¿Cómo te va? ¿Cómo te sientes en el trabajo/escuela?
¿Cuáles has sido tus experiencias en el trabajo/escuela? Para ti, ¿Qué significa tu trabajo?

Oye y pláticame, en casa ¿Qué actividades realizas?

Dinámica familiar

Cuéntame, ¿Cómo es tu familia? ¿Cómo te llevas con cada integrante de tu familia, cómo es tu relación con ellos? ¿Ha habido problemas en tu familia? ¿Los ves seguido?

Me puedes platicar sobre ¿Cómo fue tu infancia en esa familia? ¿Cuáles son tus experiencias más importantes?

Vínculos afectivos (relación de pareja)

Y bueno, hablando sobre tus relaciones de pareja, ¿Cuántas parejas significativas has tenido?
¿Cómo te llevabas con cada una de ellas? ¿Cómo fueron esas relaciones?

¿Hace cuánto tiempo fue tu última relación y cuánto duraste con esa persona?

¿En algún momento tuviste la idea de tener un hijo con alguna de tus parejas?, ¿Si/No? ¿Cómo fue?
pláticame

Toma de decisión respecto a la maternidad

Platícame, ¿A qué edad decidiste querer ser madre? ¿Por qué en ese momento y no antes?
¿Qué significaba para ti tener un hijo?

Sobre la decisión de tener un hijo(a) ¿Alguno de los dos mencionó ese deseo anteriormente?

¿Hubo algún suceso clave que te motivara a embarazarte?

¿Qué opinaban tus familiares y amigos de que aún no tuvieras hijos? ¿En algún momento te presionaron para convertirte en madre? ¿Si/No? ¿Cómo fue?, Platícame

¿Tú pareja o tú presentaron algún problema para poder embarazarse? ¿Desde qué momento se dieron cuenta que no podían embarazarse? ¿Cómo te sentías? ¿Qué pensabas?

Sobre la reproducción asistida, ¿Qué motivó a que utilizaras la reproducción asistida? ¿Cómo te enteraste de éstas técnicas?

¿Quién decidió usar las técnicas de reproducción asistida y por qué?

Disculpa, ¿En algún momento tuviste alerta de un posible aborto? O ¿Llegaste a tener un aborto?, ¿Tuviste posibles intentos de embarazo? ¿Me podrías platicar sobre eso?

¿Qué significó para ti el no poder embarazarse? Cuéntame

¿Usted cree que el ser infértil es solo cosa de mujeres? Si/No ¿por qué?

¿Utilizaste algunos remedios, técnicas u otras alternativas para lograr tu embarazo?

¿Qué implicó para ti el embarazarte a través de estas técnicas?

Tu familia estaba enterada de que utilizaste las técnicas de reproducción asistida, ¿Qué opinión tienen tus familiares y amigos sobre la decisión de ser madre con el uso de estos métodos?

Proceso de la reproducción asistida

Después de haber tomado la decisión de embarazarte ¿Cómo fue la búsqueda de los lugares que contaban con este servicio? ¿Por qué decidiste ese lugar y no otros? ¿Habías considerado qué técnica de reproducción deseabas utilizar? ¿Cuál y por qué?

¿Consideraste acudir a una institución pública/privada para realizar tu tratamiento? ¿Si/No?
¿Por qué no/si elegiste esa opción?

Una vez que elegiste el lugar en donde querías iniciar la reproducción asistida ¿Cómo accediste al lugar? ¿Cómo fue el proceso para poder ingresar?

Con respecto a los diferentes métodos de reproducción asistida ¿En qué tipo de reproducción asistida estuviste? ¿En qué consistieron? ¿Cómo te sentiste durante el procedimiento?

¿Cómo fue el trato y apoyo hacia ti por parte del personal de la clínica?

¿Existe algún contrato o convenio para utilizar dicho tratamiento? ¿Si/No? ¿En qué consiste?

Aproximadamente, ¿Cuánto invertiste en tu tratamiento? ¿Cómo conseguiste esos recursos?
¿Alguien te ayudó?

En este procedimiento, ¿Qué significó para ti haber tenido que utilizar un método de reproducción para lograr el embarazo?

¿Consideras que hay una diferencia entre el embarazarte de manera convencional y el embarazarse con las técnicas de reproducción asistida? ¿Si/No? ¿Por qué?

¿Pensaste en algún momento en renunciar a las técnicas de reproducción asistida para lograr tu embarazo? ¿Pensaste en renunciar al hecho de ser madre?

Experiencia del embarazo

¿Qué significó para ti el tener que pasar por un tratamiento para poder embarazarse?

Al haber iniciado el proceso de reproducción ¿Cuánto tiempo después quedaste embarazada?
¿Alguien te acompañó durante éste proceso? ¿Quién?, cuéntame

Y cuando te confirman que estas embarazada, ¿Qué sentiste cuando supiste de tu embarazo?
¿Qué hiciste? ¿A qué persona fue la primera que le dijiste sobre tu embarazo?, cuéntame

¿Qué significaba para ti el estar embarazada?

Y tu familia, ¿Cómo se enteró sobre tu embarazo? ¿Cómo reaccionaron? ¿Te dijeron algo?
¿Cómo fue el trato hacia ti después de que se enteraron?

Y cuéntame, ya una vez que todos sabían, ¿Cómo es que viviste tu embarazo? ¿Cómo te sentías?

¿Tuviste alguna complicación durante tu embarazo? ¿Si/No?, ¿Me podrías platicar sobre eso?
¿Cómo lo sobrellevaste?

Nacimiento del primer hijo

Y ahora, pláticame sobre el nacimiento de tu hijo, ¿Qué sentiste cuando nació? ¿Quién estuvo contigo en ese momento? ¿Cómo viviste el nacimiento de tu hijo?

Bueno, dime, ¿Recibiste apoyo de tu familia, amigos o alguna otra persona? ¿De qué forma?
¿Cuándo te enfrentaste por primera vez al hecho de ser madre, tenías temores, inquietudes o alguna idea de qué tenías que hacer?, cuéntame

Y en tu experiencia, ¿Qué ha sido para ti lo más difícil de ser madre? Y también, ¿Qué es lo que más te gusta de ser madre?

¿Quién cuida de tu hijo(a) mientras estudias/trabajas?

Y dime, ¿La experiencia que viviste o vives de ser madre es la que esperabas?, cuéntame

Y entonces, ¿Cómo viviste el “ser madre”? ¿Qué me puedes decir sobre “ser madre”? a ti, ¿Cómo te hace sentir “ser madre”? Pláticame sobre eso

¿En qué momento es que tú sentiste o te consideraste madre?

Y bueno pláticame, ¿Qué cambios percibiste una vez que nació tu hijo? ¿Qué pasa ahí? ¿Qué es lo que tú notaste diferente? Cuéntame

Oye y bueno, consideras que ¿Cambio tu vida al tener un hijo? ¿De qué forma? ¿Para ti, cómo cambio? Cuéntame

Y bueno, ya que hablamos de los cambios, en relación a tu vida amorosa, ¿Cómo es esa relación con tu pareja? ¿Cómo llevas la maternidad y tu vida en pareja? ¿Notaste algunos cambios en cuanto a la relación de pareja desde el momento en que utilizaste las técnicas de reproducción asistida? ¿Cómo era tu relación antes y después de embarazarte por TRA?

¿Cómo era tu relación antes y después de tener a tu hijo?

Parentesco

¿Qué piensas de las mujeres que no tienen un hijo biológico o propio?

¿Consideraste alguna vez en adoptar? ¿Si/No? ¿Por qué lo consideraste / Por qué no?

Hablando sobre el donador ¿Cómo es el proceso de elegir al donador? ¿Por qué lo elegiste a él y no a otro? (en el caso de haber utilizado un donador)

¿Qué les has dicho o les piensas decir a tus hijos sobre cómo fue que te embarazaste? ¿Te gustaría contarles cómo fue que te embarazaste?

¿Cómo fue para ti el ver la apariencia de tu hijo(a)? ¿Cuándo lo ves te reconoces a ti en él? ¿Qué sentiste al verlo por primera vez y al verlo ahora?

Proyecto de vida

Y ahora dime, ¿Qué esperas de ti como madre?

Cuéntame, tú, ¿Cómo te ves en 5 años? ¿Qué pasa contigo en 5 años? , pláticame

Y dime, ¿Qué proyectos te gustaría realizar? ¿Qué tienes en mente?

Cierre

Y bueno ya hemos platicado un poco de algunos temas, pero tu quisieras ¿agregar algo más?, algo de lo que no hayamos platicado, cuéntame

Anexo 4. Los siguientes documentos sobre reproducción asistida pertenecen a una clínica privada de la CDMX, fueron proporcionados por una pareja que acudió a hacer una cotización sobre un tratamiento *In Vitro* para tener un hijo.

Podemos visualizar lo expuesto en el trabajo, pudiendo reafirmar a su vez lo narrado por las informantes, entre los documentos encontramos el acuerdo de confidencialidad entre el paciente y el médico donde se les expone todos los riesgos que trae consigo una fertilización *In Vitro* como la obtención de un embarazo múltiple, abortos, enfermedades genéticas, entre otras.

Se les expone en qué consisten dichos tratamientos y el costo de los mismos, pudiendo rescatar lo elevado de los tratamientos y que pocas de las parejas tienen acceso a los procedimientos, una vez más podemos constatar lo que se ha expuesto en la literatura y lo encontrado en nuestro estudio.

El trato médico-paciente-clínica se recalca en uno de los formatos, pues al acudir a la primera cita se tiene un seguimiento para continuar con el procedimiento además del trato que tiene la clínica con la pareja. Esta parte es importante para los pacientes pues tener un acompañamiento por parte del personal es primordial para que el tratamiento llegue a su fin pues no solo se involucra lo físico sino también lo emocional, donde la pareja considera que sentirse bien durante el procedimiento es esencial para que el proceso de la fertilización *in vitro* sea exitoso.

INSTITUTO DE INFERTILIDAD Y GENÉTICA MÉXICO S.C.

NHC: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
FECUNDACIÓN IN VITRO Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA



Nosotros los abajo firmantes de este consentimiento y desde ahora denominados como pacientes nos identificamos como:

Sra.: _____ de _____ años de edad.
(Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno de la paciente)

Con domicilio en: _____
(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Identificación: _____ No: _____

Sr.: _____ de _____ años de edad.
(Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno del paciente)

Con domicilio en: _____
(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Identificación: _____ No: _____

Con este documento certificamos que hemos sido informados de las alternativas de tratamiento que nos han sido expuestas por:

Dr(a): _____
(Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno del Médico Tratante)

Con domicilio en: _____
(Calle, Número, Colonia, Ciudad o Estado)

Cédula Profesional No: _____

Nos ha sido explicado que, por nuestro proceso de infertilidad, es conveniente se nos realice tratamiento de fecundación «in vitro» con transferencia de embriones y que es posible que deba realizarse con microinyección espermática (ICSI). Confirmamos que hemos comprendido el diagnóstico, así como las alternativas; que la técnica más adecuada es la que aquí consentimos, denominada fecundación «in vitro» y que se aplicará ICSI si las características del semen y/o los ovocitos lo requieren. En la consulta médica hemos declarado que no padecemos enfermedades congénitas, hereditarias o infecciosas transmisibles que puedan dar lugar a riesgo grave para la posible descendencia.

I. ¿En qué consiste?

La fecundación «in vitro» (FIV) es un tratamiento que consta de procedimientos médicos y biológicos destinados a facilitar la unión de óvulos (ovocitos) y espermatozoides en el Laboratorio, y obtener embriones que serán introducidos en el útero para lograr la gestación. Puede realizarse mediante 2 procedimientos diferentes FIV, en la que el óvulo y espermatozoide se unen de forma espontánea en el laboratorio; y la Microinyección Espermática o ICSI, en la que la fecundación se realiza inyectando un espermatozoide en cada óvulo. De la fecundación se obtienen embriones, que son el grupo de células resultantes de la división progresiva del óvulo. En INGENES tenemos cerca de 16 posibilidades diferentes de este tipo de tratamiento que se ajustan a las necesidades de cada paciente de manera muy individualizada.

II. ¿Cuándo está indicada?

FIV

- Causa desconocida de infertilidad.
- Ausencia o lesión en las trompas.
- Disminución del número, movilidad y/o aumento de espermatozoides anormales.
- Endometriosis, que consiste en el crecimiento anormal dentro de la cavidad abdominal del tejido que normalmente está cubriendo las paredes internas del útero.
- Trastornos ovulatorios.
- Trastornos inmunológicos.
- Fracaso de otros tratamientos.
- Otras.

Firma Médico:

Firma el paciente:

Firma de la paciente:

ICSI

- Disminución severa del número, movilidad y/o aumento de espermatozoides anormales.
- Causa desconocida de infertilidad.
- Trastornos inmunológicos.
- Fallos previos de fecundación con FIV.
- Otras.

III. Procedimiento

La Fecundación in Vitro y la Microinyección Espermática comienzan habitualmente con la estimulación de los ovarios mediante el uso de fármacos, cuya acción es similar a la de ciertas hormonas producidas por la mujer. La finalidad de este tratamiento es obtener el desarrollo de varios folículos, en cuyo interior se encuentran los óvulos. Con el fin de evitar la ovulación espontánea se asocian otros medicamentos con acción hormonal.

El proceso de estimulación ovárica se controla habitualmente con análisis de sangre de los niveles de ciertas hormonas ováricas y/o ecografías vaginales que informan del número y tamaño de los folículos en desarrollo. Si se obtiene el desarrollo adecuado, se administran otros medicamentos para lograr la maduración final de los óvulos.

Muchos de los medicamentos utilizados son inyectables, y su presentación permite la autoadministración por la paciente. La dosis y pautas de administración se adoptan a las características clínicas de cada paciente, y la respuesta al tratamiento puede ser variable. Ocasionalmente se utilizan de forma asociada otros tipos de medicamentos.

Los óvulos se extraen mediante punción de los ovarios y aspiración de los folículos, bajo visión ecográfica y por vía vaginal. Esta intervención requiere anestesia en la modalidad de sedación y observación posterior durante un periodo variable. Los óvulos (ovocitos) obtenidos se preparan, clasifican y se guardan en cápsulas de Petri previamente rotuladas dentro del laboratorio.

El número de óvulos que se extraen en la punción, su madurez y calidad no puede predecirse con exactitud. Una vez obtenidos, el laboratorio deberá disponer de los espermatozoides procedentes de la pareja, o de un donante anónimo o conocido, en los casos que así proceda. Independientemente del origen, el semen se prepara en el laboratorio con el fin de seleccionar los espermatozoides más adecuados para la fecundación.

Si se realiza Fecundación In Vitro (FIV), los óvulos y espermatozoides se cultivarán en el laboratorio conjuntamente en condiciones favorables para su unión espontánea (fecundación in vitro tradicional).

Si se realiza Microinyección Espermática (ICSI), se inyectará un espermatozoide dentro de cada uno de los óvulos maduros que se hayan recuperado. En algunos casos se requiere una selección previa del espermatozoide de cada muestra seminal para escoger el más adecuado para cada ovulo.

Al día siguiente de la FIV o ICSI se confirmará el número de óvulos fecundados y en los días sucesivos de cultivo se valorará el número y la calidad de los embriones que continúen su desarrollo. En promedio 6 a 7 de cada 10 ovocitos fertilizan con el material genético correcto. Aproximadamente una cuarta parte de los óvulos de las mujeres jóvenes y sanas tienen anomalías cromosómicas, al igual que la cuarta parte de los espermatozoides en hombres jóvenes y sanos. Por ello no todos los óvulos fecundan, de los que fecundan no todos son normales y usualmente se detienen en su desarrollo. La técnica de FIV y la de cultivo permiten identificar aquellos embriones que tienen más probabilidad de dar lugar a un embarazo, así como disminuir el riesgo de anomalías genéticas, pero no lo puede anular del todo.

Los embriones se mantendrán en el laboratorio por un periodo de 2 a 6 días tras los que se procederá a la transferencia. La transferencia embrionaria consiste en el depósito de los embriones en la cavidad uterina a través de la vagina. Es un procedimiento ambulatorio que habitualmente no precisa anestesia ni ingreso hospitalario. Los pacientes recibirán del equipo biomédico la información necesaria para decidir el número de embriones que se deben transferir con el fin de obtener el embarazo y evitar en lo posible la gestación múltiple. Con la finalidad de favorecer la implantación embrionaria se prescribe un tratamiento hormonal. Nueve a doce días después de la transferencia (según el día de desarrollo embrionario en que fueron transferidos) puede medirse en la sangre de la mujer una hormona (BhCG), que permite documentar la presencia de embarazo.

Finalmente, en caso de existir embriones demás a los ya transferidos de un ciclo de fecundación In Vitro, teniendo en cuenta que la viabilidad depende de la cantidad y calidad de óvulos que se hayan obtenido, se preservarán mediante congelación para transferencias futuras, previa suscripción del consentimiento informado sobre Criopreservación de embriones. No siempre existen condiciones para tolerar la congelación a menos 196 grados centígrados por lo que evaluamos de manera muy individualizada si es factible o no realizar una congelación de los embriones excedentes.

En algunos casos, las técnicas habituales de FIV e ICSI pueden complementarse con otros procedimientos sobre los gametos o embriones, destinados a mejorar la capacidad de implantación o el diagnóstico del embrión tales como: eclosión asistida, extracción de fragmentos o Diagnóstico genético pre-implantatorio DGP. La aplicación de estas otras técnicas no siempre es necesaria pero de serlo es platicado previamente con cada paciente. En INGENES recomendamos la eclosión asistida a todos los embriones que transferimos dado que cuando la realizamos con técnica laser hemos visto un incremento en la posibilidad de gestación.

IV. Resultados

Los factores que condicionan la probabilidad de la gestación son: la causa de la esterilidad, la edad de la paciente, el número de ovocitos obtenidos y de embriones finales de buena calidad.

Sin embargo hay que tener en cuenta que no todas las pacientes que inician el tratamiento logran el desarrollo folicular adecuado para ser sometidas a la punción, ni todas las pacientes con punción ovárica tienen transferencia de embriones.

Firma Médico:

Firma el paciente:

Firma de la paciente:

En términos generales, en [] la probabilidad de lograr "un bebé en casa" con los diferentes tratamientos de reproducción asistida es del 72% después de dos ciclos; 85% después de tres ciclos y se sabe que con cuatro ciclos, la tasa acumulada de gestación con bebé en casa es del 92%.

V. Riesgos

El riesgo de alguna complicación por este tratamiento en manos de los médicos de [] se ha reportado en menos del 1 al 3% de las pacientes. Sin embargo, debemos explicarle cada uno de ellos. Así pues, los principales riesgos de este procedimiento terapéutico son:

- Embarazo múltiple: es una complicación grave, está relacionado con el número de embriones transferidos al útero y la calidad de los mismos. La posibilidad de complicaciones para la madre y los hijos aumenta a mayor número de fetos, tales como incremento de la patología del embarazo, prematuridad, bajo peso al nacimiento y complicaciones neonatales severas. La gestación múltiple se acompaña igualmente de un aumento de las dificultades sociales, económicas y laborales de los padres. Debido a la amplia experiencia en este campo de la reproducción en [] contamos con un sistema computarizado estadístico que nos permite recomendar cuantos embriones transferir en cada caso y comparar su resultado en condiciones similares y con ello reducir este riesgo.
- Riesgo de cancelación: usualmente ocurre cuando se desarrollan menos de seis folículos o hay una respuesta excesiva en términos del número de folículos, que son condiciones de baja y alta respuesta a la estimulación ovárica con medicamentos. Una baja respuesta puede pasar incluso con altas dosis de hormonas y la mujer no produce óvulos suficientes o el desarrollo folicular es inadecuado. La mayoría de las veces nos damos cuenta si la producción de óvulos es suficiente y sincrónica en el lapso de los días que dura la estimulación ovárica. Al no tener la respuesta deseada, es decir, usualmente menos de 6 óvulos, se recomienda una revaloración de seguir o no en ese ciclo. Podría en este caso reiniciar en un siguiente ciclo o seguir adelante aunque tenga menos de 6 óvulos entendiéndolo que reduce las posibilidades de gestación por intento. Cada caso se evalúa individualmente.
- No realización de la transferencia por la no obtención de óvulos en la punción, ausencia de fecundación, no obtención de embriones normales o viables y/o imposibilidad física de transferencia por alteraciones anatómicas del útero. Hay que recordar que la calidad del material biológico no se puede ver sino hasta después de haber obtenido los óvulos por una punción folicular.
- Síndrome de Hiperestimulación Ovárica: en ocasiones, la respuesta ovárica al tratamiento es excesiva, se desarrolla un gran número de folículos, aumenta el tamaño ovárico y se eleva considerablemente la cantidad de estradiol en sangre. Además, el desarrollo de este síndrome tiene relación directa con la administración del fármaco necesario para la maduración final de los ovocitos (HCG) y la consecución de embarazo. Se clasifica en leve, moderada y severa, siendo esta última excepcional (menos de un 2 %) y se caracteriza por acumulación de líquido en el abdomen e incluso en el tórax, así como por alteraciones de la función renal y/o hepática. En casos críticos se puede asociar a insuficiencia respiratoria o alteraciones de la coagulación. Puede precisar hospitalización y tratamiento médico-quirúrgico y sólo excepcionalmente se hace aconsejable la interrupción del embarazo.
- Torsión ovárica: el ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar el tamaño de un ovario normal. El peso aumentado y la inflamación abdominal, puede facilitar su torsión originando dolores o cólicos. Puede ser una emergencia médica que requiere atención inmediata. El tratamiento de esta situación es quirúrgico mediante maniobras bajo anestesia o por laparoscopia para destorcer el ovario, en muy pocos casos se ha requerido extirparlo. En [] esta complicación se presenta en menos de un 1% de los casos.
- Embarazo bioquímico: en ocasiones se puede detectar un embarazo positivo en la primera determinación de la hormona β hCG, pero no logra progresar normalmente y detiene su crecimiento, por lo que no se detecta ecográficamente. Usualmente el embrión al intentar implantar en el endometrio inicia la producción de hormona de embarazo pero por causas del mismo embrión o por el ambiente endometrial uterino puede no seguir progresando el embarazo originando la caída en la producción de hormona del embarazo β hCG.
- Embarazo ectópico: consiste en el desarrollo de una gestación fuera del útero, el cual debe ser resuelto mediante tratamiento farmacológico o mediante una cirugía en caso de que lo primero no resulte. Su riesgo es un 3% superior al de los embarazos espontáneos. Excepcionalmente puede coexistir con un embarazo situado en el útero.
- Aborto: consiste en la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, en la mayoría de los casos es causado por problemas cromosómicos del embrión que hacen imposible el desarrollo del bebé, por lo regular, estos problemas no tienen relación con los genes del padre o de la madre sino con el embrión que durante sus primeras divisiones se altera la información genética que debería tener en orden. Se sabe que a mayor edad principalmente arriba de los 35 años o en aquellas mujeres que tienen menor calidad ovular es mayor este riesgo.

Firma Médico: _____

Firma el paciente: _____

Firma de la paciente: _____

- Edad avanzada, consumo de tabaco y alteraciones importantes del peso corporal aumentan el riesgo de complicaciones durante el tratamiento, embarazo y para la descendencia, requieren adaptaciones en el tratamiento necesario para la estimulación.
- Defectos congénitos y alteraciones cromosómicas de los hijos: puesto que, mediante ICSI se pueden obtener gestaciones en casos muy severos de infertilidad, es posible observar un leve incremento de la proporción de anomalías cromosómicas debido básicamente, a las anomalías que pueden presentar los espermatozoides. Sin embargo, no se han llegado a detectar hasta el momento actual problemas de salud a largo plazo de los así nacidos.
- Riesgo de transmisión de enfermedades a la descendencia: en los pacientes portadores conocidos de trastornos genéticos, infecciosos o de otra naturaleza, el riesgo de transmisión de estos problemas a la descendencia debe ser evaluado individualmente, ya que en otro caso habría que valorar el carácter previo a la aplicación de la misma, y mediante los oportunos estudios, primero su evitabilidad a la descendencia y, segundo, para el caso de no ser evitable la enfermedad, su compatibilidad con este tipo de tratamiento. Debe entenderse también, que no es posible descartar enfermedades genéticas de las cuales en la actualidad se desconoce su origen o ubicación dentro del mapa genético y aunque estas metodologías de tratamiento filtran gran parte de las enfermedades, no pueden descartarlas al 100% en un embrión.
- Otros riesgos que excepcionalmente se pueden producir: Infección genital, hemorragias, contaminación en el laboratorio, punción de un asa intestinal u otra parte de la anatomía. Que aunque son excepcionales, totalmente manejables y solucionables deben ser explicadas en este consentimiento.
- Riesgos psicológicos: pueden aparecer trastornos psicológicos como síntomas de ansiedad y síntomas depresivos, tanto en el hombre como en la mujer. En algunos casos, pueden surgir dificultades en la relación de pareja (sexual y emocional) y niveles elevados de ansiedad en el período de espera entre la aplicación de la técnica y la confirmación de la concepción o no del embarazo, así como ante los fallos repetidos de la técnica. En [redacted] disponemos de un programa de alineación y soporte sicocorporal que disminuye este riesgo y se sabe que usar este soporte aumenta las posibilidades de lograr un bebe en casa y hace más fácil el camino desde el punto de vista emocional
- Riesgos de la anestesia: los cuales se detallan en el consentimiento informado específico sobre esta cuestión.

No obstante los riesgos, cuando se logra una gestación por medio de técnicas de Reproducción Asistida, el riesgo de anomalías congénitas, enfermedades hereditarias y de complicaciones durante el embarazo y el parto es similar al de la población en general.

VI. Información económica

Los precios que rigen en este Instituto para realizar tratamiento se detallan en el convenio de Servicios de Reproducción Asistida [redacted] así como los términos, condiciones y alcances del mismo. El coste total del tratamiento varía en función de la respuesta a la estimulación ovárica de cada mujer.

VII. Aspectos generales relacionados con la reproducción asistida

Las técnicas de reproducción asistida tienen como finalidad fundamental la actuación médica ante la infertilidad, para facilitar la procreación, cuando otras terapéuticas se hayan descartado por inadecuadas o ineficaces. También pueden utilizarse en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético o hereditario, cuando sea posible recurrir a ellas con suficientes garantías diagnósticas y terapéuticas y estén estrictamente indicadas. Sólo pueden llevarse a cabo cuando haya posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o de la posible descendencia; y siempre en mujeres mayores de edad y en buen estado de salud psicofísica. La mujer soltera, viuda y separada legalmente o de hecho, puede ser usuaria de las técnicas de Reproducción Asistida a título personal, valiéndose de semen procedente de donante anónimo o conocido, siempre que sea mayor de edad, tenga plena capacidad de obrar y haya prestado su consentimiento escrito de manera libre consiente y expresa.

La mujer receptora de las técnicas podrá pedir que se suspendan en cualquier momento de su realización, debiendo atenderse su petición. Con este consentimiento se entiende que el varón receptor de esta técnica como pareja de la mujer receptora acepta en igualdad de condiciones la aplicación de estas técnicas de reproducción asistida y que también puede decidir no continuar en cualquier momento si así lo decidiera.

VIII. Alternativas ante el fracaso de la técnica

Si después de haber realizado UNO a DOS intentos de fecundación «in vitro» y de la transferencia de los embriones congelados si los hubiere, no se ha conseguido el embarazo, en ese momento se recomienda un tiempo de espera y reflexión antes de adoptar una de las siguientes decisiones:

- Profundizar en el estudio de la infertilidad teniendo en cuenta los nuevos datos que este procedimiento haya podido aportar y realizar si procede, otras técnicas de reproducción asistida (Donación de óvulos y/o espermatozoides, Diagnóstico Genético Preimplantacional)
- Plantearse la situación personal y familiar como pareja sin hijos o iniciar los trámites para informarse y, en su caso, solicitar la adopción de una niña o un niño.
- Volver a iniciar el tratamiento, entendiendo las probabilidades de éxito.

Los esquemas de tratamiento de [] han permitido que el 92% de las parejas logren tener un bebé en casa y cada intento lo usamos para entender cuál es la mejor forma de lograr un resultado favorable, si algún intento no funciona siempre buscamos explicarle a cada paciente lo que hemos visto de su caso y qué medidas tomar basados en casos similares. Así mismo, hacerles conocer que el área psicocorporal de [] estará siempre dispuesta para lograr un acompañamiento en este proceso.

Una vez leído y comprendido lo anterior quedamos informados de:

La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos y complicaciones del tratamiento propuesto. La disposición del personal sanitario de este Instituto para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.

Que los procedimientos pueden ser cancelados por el médico en cualquier momento de su realización, bien por razones médicas o bien a petición de la interesada, siempre que no suponga daño alguno para los pacientes o para los embriones viables producidos.

Autorización:

Autorizamos al personal [] a aplicarnos los procedimientos de tratamiento y control necesarios para ser sometidos a fecundación «in vitro» y transferencia embrionaria.

Firma del Médico Tratante

Firma La paciente

Firma El Paciente
(EXCEPTO MUJER SOLA)

Ciudad y Fecha: _____

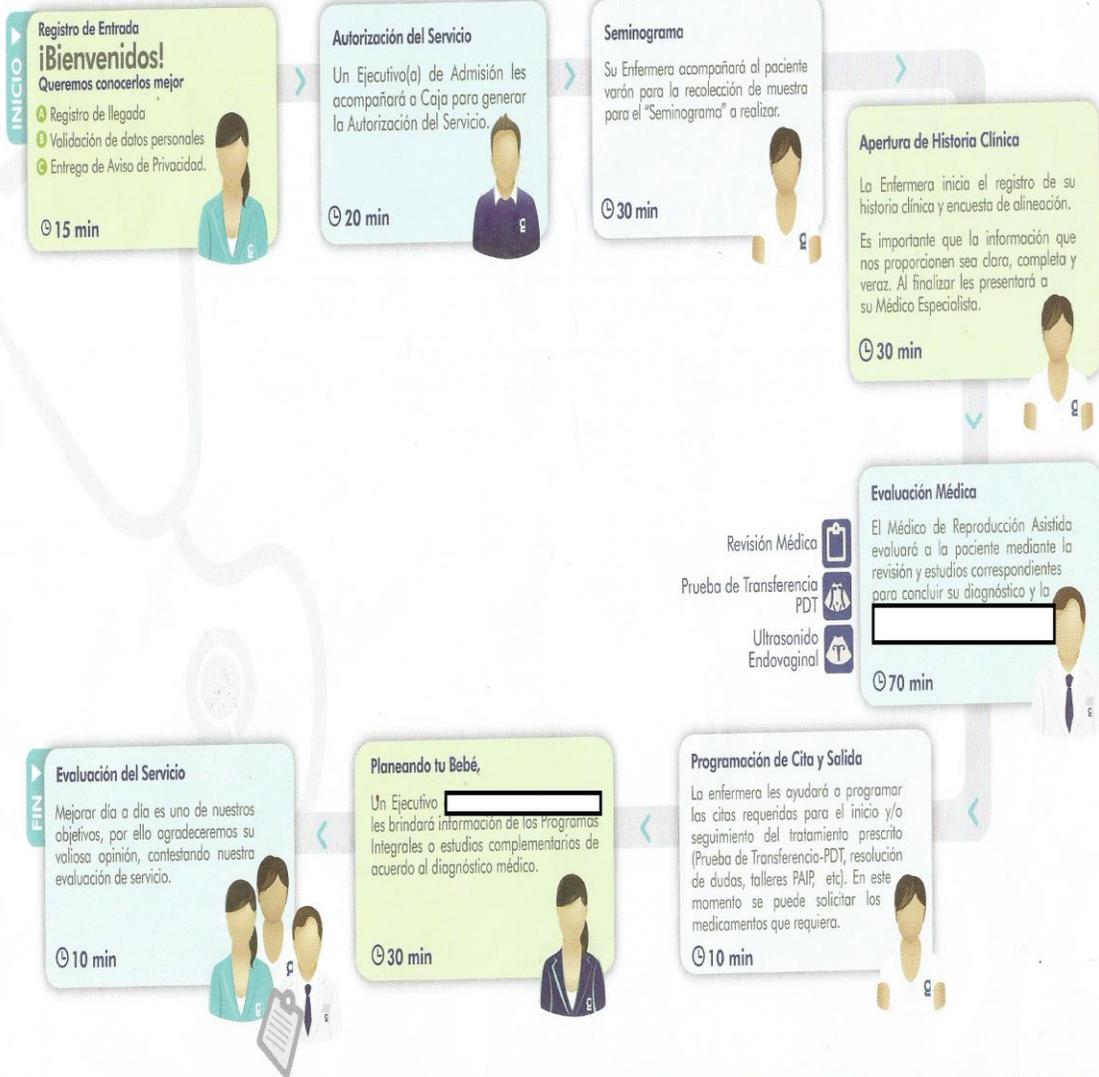
RUTA DE PROGRAMA DIAGNÓSTICO

Nombre _____ Fecha ____/____/____ NHC

Pasos comprendidos en su Programa Diagnóstico (Primera visita).

3.5 hrs.

Tiempo estimado de la visita



Si requiere algún otro servicio no dude en acudir con nuestro personal de Enfermería o Admisión

También contamos con servicio de Nutrición, pregunten a nuestras ejecutivas. Recuerden que con su Programa Diagnóstico tienen derecho a 3 talleres de Psicocorporalidad.

1.3.1-F1
V03

