



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA**  
**DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA**  
**LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

***“La búsqueda de la maternidad. Etnografía de parejas usuarias de Técnicas de Reproducción Asistida en la práctica médica privada”***

Trabajo terminal

que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de

*Seminario de Investigación e Investigación de Campo*

y obtener el título de

LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

presenta

**Emilia Perujo Lavín**

Matrícula No. 205328112

Comité de Investigación:

Director: Dra. María Eugenia Olavarría Patiño

Asesores: Dra. Ángeles Sánchez Bringas

Dr. Scott Robinson Studebaker

México, DF

Agosto 2009

Para Cano

## **Índice**

<b>Introducción.....</b>	<b>2</b>
Objetivo.....	7
Justificación.....	8
Hipótesis/Preguntas de investigación.....	9
<b>Marco conceptual</b>	
Términos y conceptos.....	11
Definiciones biomédicas.....	12
<b>Las TRA en el contexto mexicano contemporáneo</b>	
¿Qué son las TRA?.....	13
Los sectores público y privado en la ciudad de México.....	17
El aparato legal.....	21
<b>Método y herramientas de investigación</b>	
Acercamiento al universo de estudio.....	26
Los informantes.....	28
Herramientas de investigación.....	33
Genealogías.....	33
Historias de vida.....	34
Tablas sobre jefatura doméstica.....	35
Entrevistas a profundidad.....	36
Entrevistas a otros actores.....	37
<b>Infertilidad y uso de TRA en parejas de la clase media-alta de la ciudad de México</b>	
Etnografía del universo de estudio.....	39

Los roles de pareja.....	46
<b>Las representaciones de la infertilidad</b>	
El conocimiento de la condición.....	52
El involucramiento y la relación de pareja.....	54
La infertilidad en el contexto personal.....	57
El uso de donadores.....	59
El embarazo.....	62
Las adopciones.....	65
<b>Conclusiones.....</b>	<b>67</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>72</b>

## **Agradecimientos**

Agradezco a la Dra. María Eugenia Olavarría por interesarse en mi tema de investigación, incluirme en su equipo de trabajo y darme la orientación y apoyo necesarios para realizarla.

Al Dr. Scott Robinson por ser quien sembrara mi inquietud por este tema, motivarme y acompañarme a lo largo del trabajo.

Al Dr. Manuel Rodríguez Rábago por ponerme en contacto con sus pacientes y su conocimiento y estar en la disposición de dar todo su apoyo, sin el cual este trabajo no hubiera podido llevarse a cabo.

A la Mtra. Carina Gómez Fröde por introducirme al mundo del derecho familiar y contagiarme con su entusiasmo.

A todas las parejas que me abrieron las puertas a sus vidas desde el primer día. Agradezco su confianza y que hayan querido compartir sus experiencias conmigo, soy afortunada al hacer este trabajo con su ayuda.

A María y Mónica por involucrarse conmigo en esta experiencia. A Emilio, José Luis y Paloma por haber hecho posibles algunas de las relaciones indispensables para este trabajo.

A Hernán por ser siempre partícipe de mis intereses, preocupaciones y logros.

A Oscar, Nashielly, Edmundo y Jorge, agradezco su lectura, comentarios y opiniones.

Este trabajo fue realizado con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología dentro del Proyecto de Investigación *Parentesco, cuerpo y reproducción. Representaciones y contenidos culturales en el contexto mexicano contemporáneo (35272)*.

## Introducción

Las preguntas y controversias que el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) en el mundo pueden generar son infinitas, abarcan desde los principios éticos de la medicina, el comercio de cuerpos, el uso de avances científicos para promover el nacimiento de personas de determinado sexo o características físicas, hasta todas las prácticas y usos específicos a las que los diferentes marcos legales<sup>1</sup> han tenido que responder.

Si nos remontamos a la principal causa del uso que tienen estos procedimientos médicos actualmente, es decir, la infertilidad y esterilidad (en concreto, la incapacidad para concebir), encontramos que las TRA pueden verse como una de las estrategias que ha encontrado la humanidad para garantizar la existencia de la progenie, pero encontramos también que la búsqueda para paliar la falta de ésta ha existido desde hace mucho y se ha presentado en muchas formas. *El muslo de Júpiter* (Héritier, 1986), describe algunas de las distintas formas que han utilizado los grupos sociales para solucionar la infertilidad (el intercambio de hijos, los derechos para concebir fuera o antes del matrimonio, para tener varias esposas, etcétera) y pone su atención en el problema estructural que representa para los grupos la falta de filiación y las maneras que se han encontrado siempre para deshacerse de tal estigma a nivel social. Si la filiación –el reconocimiento social de un individuo como perteneciente a un grupo- es uno de los puntos centrales alrededor de los cuales se construyen los sistemas de parentesco (Fox, 1980: 30), de alguna manera los grupos tienen que poder garantizar su reproducción con estrategias, en estos casos estrategias de socialización, para lograr afiliar a sus miembros.

En el mismo orden de ideas que plantea Schneider sobre los sistemas de parentesco occidental moderno, en donde los lazos biológicos dan forma al parentesco “puro” -son los que se legitiman y a partir de los cuales se

---

<sup>1</sup> El tema de la legalidad se abordará en el segundo apartado.

establecen las formas de socialización y los derechos y obligaciones que se tienen hacia determinados miembros del grupo- los hechos biológicos (dados por la naturaleza) son los que permiten hacer la construcción cultural de los lazos y relaciones de parentesco. Así, el sistema de parentesco occidental se construye como una interpretación cultural de los hechos de la biología. La sustancia biogenética compartida dota a los individuos de reconocimiento como parentela (versus parientes políticos), siguiendo la línea biológica, “de sangre” que puede trazar Ego con su ascendencia y sus consanguíneos (Schneider, 1970). De acuerdo a este sistema de parentesco, al buscar las estrategias para paliar la infertilidad, se privilegiaría a las formas para garantizar la consanguineidad por encima de las otras formas, que funcionan como una recreación de las categorías socialmente construidas con base en las relaciones biológicas. Los mecanismos sociales no serían suficientes para garantizar la “sustancia compartida” necesaria para reconocer relaciones. Desde esta forma de mirar al parentesco, las TRA aparecen como la estrategia ideal congruente con el parentesco occidental; 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.

Dado su impacto alrededor del mundo, y los cuestionamientos de los que son causa, las TRA han sido abordadas desde diversas disciplinas en diferentes escenarios. La medicina, la bioética y el derecho probablemente sean los espacios en donde el tema se ha tratado con mayor profundidad a lo largo del tiempo, y países como Estados Unidos, Canadá y España, los lugares en donde esto ha sido posible. No obstante, las TRA ocupan un lugar cada vez más grande dentro de las ciencias sociales, y diversos estudios se realizan ahora en países como México. El libro *Infertility Around the Globe* (Inhorn, et. al., 2002) da cuenta de la diversidad de estos estudios, recopilando investigaciones realizadas en los contextos más avanzados en esta materia, así como en contextos en donde las nuevas tecnologías chocan con las ideas, costumbres y políticas públicas de ciertas comunidades –dos ejemplos de esto

son el uso de las TRA en Egipto y en la comunidad judía ortodoxa-. Este trabajo sirve para abrir el panorama y explorar los diferentes campos que convergen al hablar de TRA, un terreno en el cual la antropología tiene aún muchos aspectos que investigar.

Así como existe una gran diversidad de disciplinas y lugares, existe también una gran variedad en el tipo de investigaciones realizadas desde la antropología. Trabajos como *Tras la biología: la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción* (Bestard Camps, 2004) se acercan a los usuarios de las TRA para intentar responder la pregunta ¿por qué se privilegian los lazos biológicos por encima de los lazos afectivos? ¿Cómo se piensa el parentesco y cómo se construye? La literatura como ésta realizada en España (Álvarez, Bestard, Grau) centra sus preguntas en cuál es la verdadera base de las relaciones, si podemos hablar de la existencia de “nuevas relaciones de parentesco” y cómo la teoría actual del parentesco responde a las diferentes prácticas y hechos sociales (Grau, 2005).

La antropología feminista y los estudios de género, que ponen su atención en este tema principalmente desde Estados Unidos y Canadá, se han encargado de acercarse a la infertilidad y las TRA como parte de un proceso en el que interviene la mujer, que cambia su posición dentro de las ciencias médicas y sus posibilidades en su papel reproductivo dependiendo del control que tiene sobre su propio cuerpo. La cuestión ha sido estudiada también desde la temática de las condiciones sociales para que estos métodos sean accesibles a las mujeres y cómo los incorporan a sus vidas. En este tipo de estudios se considera a la mujer como principal actor y desde ahí se analiza la experiencia, y a su cuerpo como el receptor en donde se materializan las nociones sobre los cuerpos sexuados y se llevan a cabo las políticas sobre salud reproductiva. Un ejemplo de esta perspectiva son los estudios canadienses de la mujer (Canadian Women Studies, *Women's Health and Well Being*), en donde toda la experiencia de la infertilidad es retratada desde las vivencias femeninas, y



suelen dar la impresión de que son solamente sus cuerpos y sus impresiones desde donde se experimenta y evalúa la infertilidad.

Los procedimientos médicos existentes en Reproducción Asistida (RA), que explicaré a detalle en el capítulo posterior, son muy distintos para hombres y mujeres, aquellos que requieren de una intervención corporal son en su mayoría llevados a cabo en el cuerpo femenino, hecho que puede promover que en algunas instituciones de salud el cuerpo masculino sea lo último que se evalúa, y a la vez facilita también el hecho de que el cuerpo y vivencias masculinas se mantengan al margen de algunos estudios realizados desde las ciencias sociales en este campo.

Si a lo largo del mundo no se puede hablar sobre homogeneidad dentro de un tema con tantas variaciones locales como la tecnología, y más aún, como la reproducción, dentro del contexto mexicano tampoco. La ciudad de México cuenta con múltiples instituciones de salud, públicas y privadas, así como con múltiples usuarios que acceden a ellas provenientes de todos los sectores y contextos sociales posibles, que a su vez dotan a la reproducción y la ausencia de ella de significados específicos.

Trabajos importantes (Chávez, 2008, Castañeda, 1998) se han realizado en la ciudad de México que retratan la experiencia de la infertilidad de hombres y mujeres que acuden a una institución pública para cumplir sus deseos de tener un hijo. Entrelazadas en el relato de sus experiencias y sus procesos personales y de pareja al enfrentarse a la infertilidad, se encuentran características particulares de la atención médica pública en reproducción en México y de lo que realmente las TRA en ese sector pueden ofrecer a las parejas. Los embarazos logrados en el sector público son muy pocos y no permiten analizar la vivencia de la infertilidad una vez que la tecnología se encarga de hacer lo que el cuerpo no puede llevar a cabo por sí mismo, es decir, una vez que las parejas logran resolver su situación de infertilidad. Aún así, sirven como una referencia para retratar lo que es la infertilidad y su

tratamiento desde el punto de vista de los actores, y para tener un acercamiento a las prácticas que se llevan a cabo en el sector público.

En México, a diferencia de otros países, la legislación en materia de RA no cuenta con un marco que responda a todos los posibles usos y no contempla todas las situaciones que, aunque en el sector público estén muy controladas al restringir quiénes pueden acceder a los tratamientos y quiénes no, en el sector privado –que es en donde los embarazos se logran más comúnmente- se pueden presentar, además de considerar el derecho a la reproducción como una actividad exclusiva de parejas heterosexuales reconocidas por la ley.

El primer apartado del presente trabajo se dedica a explicar de manera general los tratamientos en Reproducción Asistida, a retratar el panorama de la ciudad de México en cuanto a ellos se refiere, primero comparando los servicios, resultados y tipos de usuarios que tienen acceso a los dos sectores; el público y el privado, y después resumiendo el marco legal dentro del cual las TRA se aplican en la ciudad de México, recalcando las lagunas existentes en la legislación actual e incluyendo los puntos que al hacer una lectura de las leyes deberían de tomarse en consideración al realizar una propuesta de ley adecuada a los servicios existentes y a los usos específicos en particular en la ciudad de México.

En el segundo apartado de este trabajo presentaré el método de investigación que utilicé. Dentro del método de investigación incluyo las herramientas de trabajo utilizadas con una breve explicación de cada una y de porqué son relevantes para ciertos fines. También en el segundo apartado dedico un espacio a explicar cómo me acerqué a mi universo de estudio, por qué personas está conformado (con una breve semblanza), qué tratamientos utilizó cada pareja o individuo, y en qué etapa de su vida reproductiva se encontraban al momento de realizar el trabajo.

Después de explicar las generalidades sobre la gama de posibilidades de servicios, las leyes que los permiten y restringen, y las diferencias entre los sectores público y privado, me propongo retratar a mi universo de estudio en sus estilos de vida, dinámicas y percepciones sobre lo que es el parentesco en sus contextos específicos, así como los roles de las mujeres y los hombres dentro de la pareja y en su grupo familiar. En este apartado se desarrollarán los temas sobre las diferentes vivencias del hecho de no poder lograr tener descendencia sin acudir a otras estrategias (no médicas), las representaciones y significados que las parejas e individuos dan a este hecho biológico, las maneras de enfrentarlo, las decisiones que se toman a lo largo del proceso. Dentro de este apartado me pareció importante incluir testimonios sobre lo que se piensa sobre la maternidad y cómo los diferentes estilos de vida dentro de la pareja, y en el mercado laboral, tienen cierta influencia en los planes a futuro y en cómo se viven el embarazo y la crianza de los hijos.

Dentro de la discusión en ese apartado incluyo los diferentes testimonios y significados que ambos miembros de la pareja dan a los roles de padre o madre y a la búsqueda para poder ejercer ese papel. Y, por último, incluyo una discusión sobre el peso e importancia que tiene el conocimiento de los lazos biológicos dentro de las genealogías y al momento de planear una familia para mi universo de estudio.

El último apartado se dedicará a las conclusiones resultantes de la recopilación bibliográfica y el trabajo de campo realizado con los participantes de esta investigación.

### Objetivo

El objetivo del presente trabajo es analizar los significados del parentesco para las parejas que, para solucionar algún problema de esterilidad o infertilidad, acuden a las Técnicas de Reproducción Asistida en la práctica médica privada.

## Justificación

La mayoría de la bibliografía antropológica sobre el tema es el resultado de investigaciones llevadas a cabo en países con un escenario distinto al mexicano, en donde las TRA llevan más tiempo siendo accesibles para el público, y sus usos permiten plantearse preguntas muy distintas también, sobre todo las que se refieren a la paternidad y su reconocimiento cuando no existe ninguna relación biológica entre un hijo y sus padres, o entre un hijo y la mujer que lo engendró. Y, por otro lado, gran parte de la bibliografía se ha concentrado en dar cuenta de la vivencia de la intervención médica por parte de las mujeres que se someten a ella.

Por eso, el objetivo general de mi proyecto de investigación era, originalmente, conocer los significados y relaciones de parentesco de individuos o parejas de la ciudad de México que hubieran utilizado alguna técnica de reproducción asistida para conseguir un embarazo, objetivo que se fue moldeando dadas las características del universo de estudio al que tuve acceso durante el trabajo y se centró en los significados, expresiones y relaciones de parejas heterosexuales con un nivel adquisitivo alto. Dentro de este objetivo, uno de mis intereses principales es incluir las experiencias masculinas, que me parece importante conocer, tratándose de un tema en el que los actores indispensables (aunque sea como proveedores de material genético) son de ambos sexos. Y otro, que ha ganado relevancia, es investigar qué significado tiene para las personas que acuden a estos métodos la herencia biológica, la importancia de compartir con sus hijos un lazo de sangre, lazo que no proporcionaría la adopción u otra estrategia para solucionar la infertilidad.

En la ciudad de México, como da cuenta el trabajo de la Dra. Mayra Chávez, investigadora del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), en la práctica pública existen muy pocos casos de todos los que se presentan en donde las TRA hayan sido exitosas, debido en gran parte a los altos costos de los procedimientos. Y, en ese contexto, las personas que acuden a estos servicios son parejas formadas por hombre y mujer que, después de cierto tiempo, no

han podido reproducirse. Es por estas razones que dentro de mi objetivo el universo de estudio que me propongo conocer es el que acude a la medicina privada.

### Hipótesis/Preguntas de investigación

-Las TRA tienen representaciones particulares y se aplican en un contexto específico que es el mexicano actual; se piensa en ellas o se usan de acuerdo a significados y formas de vida de esta sociedad en específico.

-Los individuos o parejas que recurren a las técnicas reproductivas y consiguen un embarazo se diferencian en términos socioeconómicos y culturales de los que acuden al sector público y rara vez lo consiguen.

-Para mi universo de estudio, la descendencia y la planeación de una familia es de gran importancia y está relacionada con el tipo de genealogías a las que pertenecen. En las genealogías amplias y donde existe mucha cercanía de sus miembros, el tema de la infertilidad tiene mayor peso. Es decir, la infertilidad puede ser un estigma en mayor o menor grado, dependiendo del entorno social.

-Para estos agentes la herencia biológica es importante y constituye la base sobre la cual se establecen las relaciones socialmente construidas. A diferencia de otros grupos culturales, la adopción no es considerada como alternativa para garantizar la filiación.

-Así como para las mujeres el proceso completo es una cuestión difícil -porque es llevado a cabo en sus cuerpos-, importante y muchas veces significa sacrificios –económicos, dentro de la vida en pareja, de la reformulación de expectativas-, para los hombres también tiene consecuencias y son ellos una parte activa del proceso que, a diferencia de otros estudios realizados en materia de reproducción, es indispensable conocer.

-¿Cómo piensan los futuros padres que se construye el parentesco?

-¿La maternidad/paternidad es parte fundamental dentro de los planes de vida de los individuos?

-¿Cómo es pensada y vivida la experiencia de la maternidad/paternidad por cada miembro de la pareja?

-¿Cómo se pasa por el proceso de la infertilidad y su solución dentro de la pareja y como individuos?

-¿El embarazo asistido acentúa las diferencias de género que se remontan a los hechos biológicos?

## **Marco conceptual**

## Términos y conceptos

Los conceptos y términos biomédicos son explicados, interpretados y analizados desde el punto de vista antropológico; adquieren diferentes interpretaciones al ubicarse en un contexto cultural específico.

-Descendencia. Reconocimiento social de la prole como hija de determinados padres.

-Otros parentescos. Existen tipos de parentescos que no se remontan en la biología, como el compadrazgo y las adopciones, que pueden dotar de borrosidad a la línea del parentesco. Los otros parentescos se basan en refuerzos sociales para simular parentescos usualmente biológicos.

-Genealogía. Herramienta de investigación que tiene como propósito ubicar gráficamente el origen de un individuo (Ego), sus relaciones parentales y la composición familiar.

-Intercambio de fluidos. Los fluidos corporales se intercambian y en todas las sociedades existen restricciones y prescripciones en cuanto a ellos. En la esfera del parentesco, muchas de las relaciones reconocidas tienen una base en los diferentes fluidos corporales (semen, sangre, leche, etcétera) que se intercambian o en cómo se piensa sobre los fluidos corporales como signos.

“Tal vez lo más interesante de esta perspectiva es que las relaciones que implican parentesco: consanguinidad, afinidad, filiación, adopción, se pueden apreciar vinculadas a la idea de sustancias comunes que viajan de un cuerpo a otro a través de la generación, la inseminación y la copulación; pero también a través del amamantamiento (parentesco de leche), la comensalidad (como símbolo de adopción), la ritualidad (parentesco espiritual y hermandades de sangre), la participación en el alumbramiento

(parentesco por comadrona), los lazos afectivos y la vida en común (parentesco de crianza).” (Olavarría, 2002: 105)

### Definiciones biomédicas

-Gametos. Cada una de las células sexuales que al fusionarse generan un nuevo organismo (óvulo y espermatozoide).

-Esterilidad. Incapacidad de una pareja de lograr un embarazo después de 12 meses de mantener relaciones sexuales sin protección.

-Infertilidad. Incapacidad de una pareja para lograr llevar una gestación a su término.

-Herencia biológica. Proceso en el que una nueva célula u organismo adquiere o tiene la capacidad para adquirir las características de sus organismos progenitores.

-Técnicas de Reproducción Asistida. Tecnologías médicas aplicadas a la asistencia en el proceso de reproducción. (Fertilización In Vitro, inyección intracitoplásmica, trasplante de embriones, trasplante de gametos, úteros sustitutos, etcétera)<sup>2</sup>.

-Etapas del proceso médico/psicológico. Reconocimiento de la infertilidad, consulta con especialistas, tratamiento, resolución.

## **Las TRA en el contexto mexicano contemporáneo**

### ¿Qué son las TRA?

---

<sup>2</sup> Cada uno de los procedimientos se explicarán en un apartado posterior.



Las TRA engloban cualquier procedimiento médico que cumple la función de ayudar al cuerpo humano en el proceso reproductivo manipulando los gametos o células reproductivas. Los diferentes tratamientos responden a problemas específicos presentados en el sistema reproductor<sup>3</sup>.

“Las causas de la esterilidad o infertilidad son de carácter social y de tipo médico. Entre las primeras están el retraso en la búsqueda de la descendencia y el estrés al que están sometidos tanto el hombre como la mujer en la vida diaria. Entre las causas médicas generales encontramos la obesidad extrema, anorexia nerviosa, enfermedades graves, alteraciones tiroideas, abuso de drogas y medicamentos, alcohol y tabaco, y quimioterapia. Un 20% quedan sin explicar.”  
(Instituto Valenciano de Infertilidad [IVI], 2009)

---

<sup>3</sup> En el proceso reproductivo espontáneo los espermatozoides son depositados en la vagina durante una relación sexual, viajan por el cuello del útero hasta llegar a las trompas de Falopio, una de las cuales será el escenario del encuentro del espermatozoide con el óvulo. Durante este proceso el espermatozoide se ha ido preparando para fecundar el óvulo y éste, después de ser liberado por el ovario, ha completado su maduración. Una vez atravesada la cubierta del óvulo, la membrana del espermatozoide se fusiona con la membrana del óvulo. El material genético del espermatozoide se incorpora así al interior del óvulo. El óvulo mantiene sus propios cromosomas y forma un pronúcleo femenino, mientras que la cabeza del espermatozoide forma uno masculino. Para permitir la expresión de la información genética contenida en estas dos partes, se disuelven las membranas de los dos pronúcleos dando lugar al embrión. El embrión contiene toda la información genética básica para desarrollarse como un feto.

Completada la fecundación el embrión es trasladado de la trompa de Falopio hacia el útero, donde inicia el contacto directo con el tejido materno. Al llegar al útero se encuentra con el endometrio, preparado para esto con las hormonas producidas en el ovario, para que ocurra la implantación. El proceso se inicia entre el quinto y sexto día después de la fecundación. La implantación comienza con la adhesión del embrión al endometrio y continúa con la penetración del mismo al tejido materno, que recubre el interior de la cavidad uterina. El embrión tiene dos tipos de células en esta etapa, uno dará origen al feto y el otro dará origen a la placenta. Con el proceso de implantación comienza el embarazo (Domínguez et al., 2001)

“El porcentaje de la población afectada (en México) es el 15% como en el resto del mundo, hay que tomar en cuenta que a mayor edad mayor porcentaje de esterilidad, sobre todo después de los 35 años, llegando a ser cercano al 60% después de los 45 años. Existe el mito de que ha aumentado este problema, ningún dato médico lo demuestra, pero tengo la impresión que las mujeres hablan mucho del tema y que en algunos casos mujeres que no cumplen los requisitos para hacer diagnóstico de dificultad para conseguir el embarazo, son diagnosticadas de tal manera para engancharlas en tratamientos costosos”.(Dr. Rodríguez Rábago, ginecólogo)

Un 40% de los casos sería por causas masculinas: alteraciones en el ámbito testicular, obstrucción de conductos, patologías en la próstata, alteraciones en la eyaculación o erección y alteraciones en el semen. Otro 40% sería por causas femeninas, como la menopausia precoz, la endometriosis, las obstrucciones o lesiones de las trompas de Falopio, anomalías uterinas y cervicales o los problemas ovulatorios. El 20% restante corresponde a causas mixtas o combinadas, en las cuales los dos son responsables. (IVI, 2009)

Para el tratamiento de la ausencia o fallas en la ovulación se utilizan medicamentos hormonales que se administran vía oral o por medio de inyecciones para lograr la producción, crecimiento y desprendimiento adecuados de los óvulos que produce la mujer.

Cuando existen fallas en la calidad de los espermatozoides, es posible administrar un tratamiento hormonal oral y conseguir resultados, pero en la mayoría de los casos se requiere además de un tratamiento de Reproducción Asistida llevado a cabo en el cuerpo femenino. La Inseminación Artificial se utiliza para introducir –vía vaginal- el líquido seminal y lograr una fecundación aunque se presente baja movilidad en el esperma.

Si en el ciclo reproductivo se logran fecundar las células, pero éstas no permanecen en el útero femenino, la técnica a utilizar es la Fertilización In Vitro, que consiste en extraer un gameto femenino y uno masculino (un óvulo y un espermatozoide) y fecundarlos artificialmente fuera del cuerpo para después introducir uno o varios embriones en el cuerpo femenino para que sigan su desarrollo (Chávez, 2008). A esta técnica puede agregarse la Inyección Intracitoplásmica de Espermatozoides, para lo cual es necesario inyectar un solo espermatozoide dentro del óvulo; en la FIV clásica se dispone de varios espermatozoides y varios óvulos y la fecundación ocurre sin el uso de una inyección. La FIV...

“Hoy en día se ha convertido en el punto convergente de todos aquellos fallos reproductivos, que inicialmente no se han resuelto de forma más sencilla con los tratamientos descritos anteriormente. Además la FIV, y más concretamente la inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI), es la solución a la esterilidad masculina (IVI, 2009)”

Para poder realizar una FIV es necesario realizar previamente otras TRA ; primero la estimulación ovárica, que consiste en provocar la producción de muchos ovocitos en un mismo ciclo y el tratamiento es a base de inyecciones hormonales y monitoreo constante (seguimiento folicular); después la extracción de ovocitos que se realiza por medio de una punción intravaginal; la inseminación (clásica o ICSI); el cultivo del embrión In Vitro y finalmente la transferencia embrionaria. A esta técnica puede sumarse el congelamiento de embriones, con el fin de que sean trasplantados en el cuerpo femenino cuando la pareja lo requiera posteriormente.

Los tratamientos anteriores suponen la existencia de gametos en ambos miembros de la pareja (y la existencia de un actor femenino y otro masculino en sí) y que se encuentren en condiciones óptimas o hayan respondido a tratamientos anteriores (estimulación ovárica, tratamientos orales, etcétera).

Pero existen casos en los que no pueden utilizarse ambos gametos, y para ello las TRA anteriores se realizan con la participación de donadores de células. Una TRA diferente a las anteriormente mencionadas que se puede utilizar si se presenta esta situación es la de madre subrogada, en donde se transfiere a un útero de una tercera persona, a la que se contrata o con la que se llega a un acuerdo, el embrión fecundado con los gametos de la pareja, si la fecundación puede tener lugar con éstos, y si no, se realiza una fertilización utilizando el óvulo de la madre subrogada.

Los tratamientos de fertilidad existentes apuntan a ubicar el cuerpo femenino como el escenario en donde se llevan a cabo todos los procedimientos médicos ya que, aún cuando la infertilidad es masculina, la FIV, en la cual el cuerpo femenino es el intervenido, proporciona una herramienta para resolverla. Si el embarazo es una evidencia y representación de las diferencias biológicas entre sexos, los procesos de las TRA ponen su principal atención en los cuerpos femeninos -la tecnología ha encontrado esas soluciones-, y los ubican como sus principales escenarios.

Las TRA igualmente son utilizadas en otras circunstancias más allá de los problemas de infertilidad. Dentro de los límites legales pueden acceder a ellas mujeres solteras que desean ser madres, mujeres homosexuales o parejas que no están civilmente casadas que desean formar una familia. Para ello las TRA con uso de donadores resuelven el deseo de paternidad y no sólo son una solución a la infertilidad (Chávez, 2008). En el apartado posterior analizaremos las posibilidades de acceso a las TRA en el contexto de la ciudad de México y los usos permitidos desde el punto de vista legal.

Ya que el universo de estudio del presente trabajo está formado por una mujer soltera y parejas heterosexuales, me concentraré en las TRA que ellos han utilizado, que son, en el caso de todas las parejas, las que hacen uso exclusivo de gametos y cuerpos propios de la pareja. De las descripciones de dichos tratamientos puede observarse cómo las diferentes manifestaciones de

infertilidad implican el uso de técnicas distintas y puede formularse la pregunta de cómo éste uso va significando diferentes niveles de complejidad, involucramiento y controversia al nivel de los usuarios.

### Los sectores público y privado en la ciudad de México

La ciudad de México presenta notables diferencias cuando se compara el sector público con el privado, en cuanto a atención médica se refiere. Situándonos en el tema de los servicios en Reproducción Asistida, cada uno de los sectores cuenta con sus propias particularidades, sobre todo en cuanto al tipo de usuarios que se acercan a las instituciones, y lo más importante, los resultados de las prácticas. “La práctica de las técnicas de RA, se realiza en algunas instituciones de salud gubernamentales pero solo a parejas civilmente casadas que comprueben problemas de infertilidad.” (Chávez, 2008: 49-50). Este requisito reduce la variedad de usuarios en el sector público de manera significativa, ya que los matrimonios civiles en la ciudad de México están formados por parejas heterosexuales, y a la vez rechaza a los usuarios que deseen ser padres y no tengan pareja, a las parejas homosexuales, y a las parejas heterosexuales que vivan en unión libre.

“En el Instituto fue muy difícil porque, como yo tuve que entrar ahí para el apoyo de los estudios, entonces era: denos el dato de su pareja, entonces casi casi: tú no tienes pareja, entonces tú no tienes oportunidad de tener el servicio en una institución pública, porque uno de los requisitos fuertes es tener la pareja...Entonces era una serie de inventar cosas (una pareja) que fue muy atrapante para mí. La presión social que nos ponen es muy dura.” (Yolanda, soltera, 42 años)

Los usuarios que tienen acceso a las TRA en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) están determinados por los requisitos que plantean las instituciones públicas de salud para tener acceso a los tratamientos, cosa que

no es igual en las clínicas privadas a donde pueden asistir mujeres sin pareja (se reduce a las mujeres porque la renta de úteros o maternidad subrogada, en caso de que asistiera un hombre sin pareja, no está contemplada aún en la legislación, y si sucede, está representada por una mujer sin pareja que acude a la institución para conseguir un embarazo).

El Departamento de Reproducción Asistida del INPer ofrece los servicios de aplicación hormonal, Inseminación Artificial Homóloga, FIV con transferencia de embriones, Transferencia Intrauterina de Gamentos (se realiza la fertilización en el cuerpo) y técnicas relacionadas con ICSI (inyección intracitoplásmica de espermatozoides). Aún contando con esta variedad de servicios, los resultados exitosos al realizar los tratamientos son muy escasos, como da cuenta el trabajo de la Dra. Mayra Chávez.

EMBARAZO	NO EMBARAZO	TOTAL
1	9	10

\*Chávez, 2008, datos obtenidos en INPer

De acuerdo a los datos obtenidos en el INPer, las principales causas del fracaso de las técnicas son la larga espera que tienen que hacer los pacientes entre tratamiento y tratamiento, la edad de la mujer, que incrementa conforme los tratamientos se vuelven más largos, y los factores económicos. Aunque el Instituto cuente con la variedad de servicios, al encontrarse en un país en desarrollo, algunas veces no se cubren todas las posibilidades por el agotamiento de recursos o la duración de los tratamientos. Estas características permiten que dentro de dicha investigación se plantee la pregunta ¿Realmente son las TRA eficientes?

“El nivel socioeconómico no modifica el deseo de embarazarse y si se tiene la oportunidad todas las mujeres buscan solución, el problema es tener acceso a los servicios, en la medicina pública el servicio es limitado.” (Dr. Rodríguez Rábago, ginecólogo) El escenario es muy distinto en el sector privado. En el Instituto Valenciano de Infertilidad se ofrecen los mismos servicios que en

Perinatología, sumándoseles el banco de donación de ovocitos, el congelamiento de óvulos y la opción de realizar un diagnóstico preimplantatorio. Los servicios exclusivos del IVI sirven el primero únicamente como herramienta adicional; para seleccionar los óvulos fertilizados que se implantarán, y el segundo para poder contar con células que no sean propias de los pacientes utilizando las mismas técnicas que se utilizarían si lo fueran, y el tercero para que los pacientes puedan utilizar sus óvulos ya fecundados en ocasiones posteriores. Al utilizar las mismas técnicas que en el sector público, estos servicios adicionales no tienen repercusiones en el número de embarazos logrados, porque se utilizan ya sea como herramienta previa a la fertilización, como opción para usar donadores, o como una herramienta para almacenar embriones que ya han sido fecundados con éxito.

El porcentaje de embarazos logrados en el IVI es casi inverso a los resultados encontrados en el INPer. Las cifras indican que en México, de las 6,300 personas que atendió el IVI en un periodo de cinco años, el 90 por ciento obtuvo un embarazo (El Universal, 2008).

Tomando como referencias el universo de estudio del trabajo de la Dra. Chávez y el que se describirá en el presente trabajo, en el primero encontramos un 10% de embarazos logrados, y en el segundo, que acudió a la práctica médica privada, un 75%.

“El factor económico es muy importante en el sector público y privado, los estudios suelen ser caros y numerosos, los tratamientos varían de unos cientos de pesos al mes a más de \$100,000.00 al mes y tomemos en cuenta que no siempre pega a la primera, es más, generalmente no pega a la primera.” (Dr. Rodríguez Rábago, ginecólogo)

La práctica de la RA en el sector público cuenta con algunas limitaciones; no es accesible para cualquier persona que desee concebir independientemente de su estado civil, y sus resultados se ven influenciados por motivos relacionados

con la eficiencia y separación de dichos tratamientos, así como por los recursos económicos de la institución y de las parejas. En la práctica privada cualquier persona que pueda cumplir con los costos de los tratamientos puede acceder a ellos, mientras el marco legal así lo permita, y los tratamientos no se ven interrumpidos por el factor económico al nivel de la institución ya que los clientes son los que costean los tratamientos y en dado caso, los que los detienen o espacian. “En muchas parejas, y especialmente en las mujeres, el deseo supera cualquier otra consideración” (Dr. Rodríguez Rábago, ginecólogo), y en el sector privado, el deseo se convierte en un motivo suficiente para seguir con los tratamientos y terminarlos hasta lograr resultados o agotar las opciones.

Tomé como referencias estas dos instituciones para hacer la comparación por varias razones. Primero, porque el INPer es un instituto público competente a nivel nacional con TRA novedosas y el IVI es el instituto privado en México que a sus cinco años de haber llegado de España, más casos ha atendido. Segundo, porque el trabajo realizado en el INPer proporciona datos de mucha importancia en cuanto a la práctica en el sector público, y porque es la institución en donde se realizó el trabajo de investigación antropológica sobre el tema (Chávez, 2008); y el IVI cuenta con una base de datos accesible, además de que muchas de las parejas que son el universo de estudio del presente trabajo se atendieron ahí.

“Fíjate que eso (atenderse en una clínica pública) nunca lo pensé, porque piensas que como tú no tienes acceso a eso ¿no? Que como tú tienes recursos, bueno, no sé si los tienes o los trabajas, piensas: ¿yo para qué voy a Perinatología? Que esos recursos los use gente que no tendría posibilidades de hacerlo de forma privada.” (Patricia, casada, 40 años)

## El aparato legal



Las TRA han sido reguladas en distintos países del mundo desde finales del siglo XX. Los pioneros en esta materia han sido Alemania, España, Inglaterra y los países escandinavos y las diferentes leyes se han ido reformando en el transcurso de los años respondiendo a las distintas modalidades de la RA. Aunque principalmente concentradas en los aspectos éticos de la tecnología reproductiva, las legislaciones buscan regular los hechos y controversias sociales producto de los procedimientos.

El Informe Warnock (Inglaterra, 1978) ha sido el que más incidencia alrededor del mundo ha tenido, como marco referencial, en cuanto a las regulaciones generales que han adoptado los diferentes países.

[...]En el cual se mencionan las prácticas que son permitidas: a) El uso de las técnicas se practicará sólo en parejas heterosexuales; b) Se acepta la donación de óvulos y embriones en anonimato y con autorización de un representante legal de gobierno; c) Define el número de donaciones de gameto por donante (10 como máximo); d) Los donantes no tendrán ningún derecho con los hijos/as; ya que los padres legítimos serán los que contratan el servicio; e) Rechaza la inseminación *postmortem*; f) Rechaza la maternidad subrogada; g) Permite la experimentación con embriones en los primeros 14 días a partir de la fecundación” (Doberning, 1999 en Chávez, 2008: 57).

Este informe, como otras legislaciones llevadas a cabo en el resto del mundo, han pasado por un periodo de reformas e iniciativas dentro del marco jurídico, sobre todo en cuanto al tema de la experimentación con embriones y los vientres subrogados. En el escenario mexicano, como podemos observar al hacer una lectura rápida de los servicios que se ofrecen en las esferas pública y privada, los diferentes tratamientos no son correspondidos con un marco legal apropiado. “En México no se cuenta con una ley sobre RA; tampoco la

legislación mexicana contempla normas sobre dichas técnicas a pesar de que en la práctica se ofrece el servicio[...]" (Chávez, 2008:61) La Ley General de Salud cuenta con un apartado sobre TRA, sin embargo en dicho apartado se menciona únicamente a la Secretaría de Salud como el organismo encargado de emitir las normas que conciernen a tejidos, cadáveres, células, etcétera; a la misma Secretaría como facultada para regular las normas que dictaminan el destino de los productos (células germinales); que la manipulación y almacenamiento de células y productos de la reproducción podrá realizarse sólo en instituciones autorizadas y; que los establecimientos deben contar con licencia sanitaria (Almazán, 2008).

La ambigüedad de la Ley es notoria también al trasladarnos al Código Civil del Distrito Federal, en donde la RA aparece únicamente en los artículos relacionados a la filiación y el matrimonio añadiendo "Los cónyuges tienen derecho a emplear cualquier método de reproducción asistida para lograr su propia descendencia [...] Se da parentesco por consanguinidad en el hijo de reproducción asistida de quienes lo consientan" (Idem.:100) En ninguno de estos dos órganos (Ley General de Salud y Código Civil del D.F.) se considera alguno de los aspectos que han generado grandes controversias a nivel mundial; la manipulación genética, el anonimato de los donadores (los cuales no se mencionan en absoluto), las restricciones en el acceso a las TRA, el almacenamiento de embriones, la maternidad subrogada, el derecho a cierto número de tratamientos, etcétera.

Como respuesta a la falta de especificaciones en las leyes mexicanas, se han hecho varias iniciativas de ley con diferentes perspectivas. Aquí mencionaré de manera general las emitidas por el Partido Acción Nacional (PAN) y el Partido de la Revolución Democrática (PRD) expuestas en Chávez (2008). En la propuesta del PAN se dedica un apartado a restringir el uso de las TRA a parejas civilmente casadas y se enlistan las técnicas que son aceptadas y las que son prohibidas. Dentro de las que son aceptadas sí se menciona el uso de donadores y madres subrogadas, siempre y cuando la pareja receptora esté

casada ante la ley. Se propone también crear una Comisión de Bioética del Distrito Federal (CBDF) para evaluar a las parejas, así como supervisar que solamente se realice una fertilización con cada técnica y, en caso del uso de donadores, la pareja adopte al hijo. Sobre la participación de donadores, se explica que deberá ser sin fines de lucro y el donador sólo podrá brindar sus células una vez. En la propuesta se permiten la donación de óvulos y la gestación de estos en el vientre que los proporciona, así como la gestación de embriones de la pareja en un vientre subrogado que, al igual que con los donadores, tienen que pasar por un proceso de adopción. Se prohíbe más de una fertilización In Vitro, la madre subrogada utilizando semen de tercer donante, la clonación y las técnicas que pongan en peligro al embrión (Chávez, 2008).

Esta propuesta no menciona regulaciones en cuanto a la manipulación genética, e intenta evitar las consecuencias del desecho de embriones fecundados que no se quedarán en el útero femenino regulando las veces que se puede acceder a los tratamientos, pero en la realidad observamos que parte del éxito de la FIV es la fertilización de varios embriones y que las parejas que han logrado embarazarse han recurrido a tratamientos muchas veces, incluso durante varios años. La propuesta también se encarga de solucionar el papel de los donadores, pero como se analizará más adelante, las parejas que acuden a tratamiento no buscan tener hijos adoptivos. Otro punto a resaltar es el derecho a la reproducción, que en esta iniciativa está reducido a parejas heterosexuales casadas.

Por otro lado, el PRD propone la creación de una Ley de Reproducción Asistida, así como reformas a la Ley General de Salud. Se propone permitir el acceso de mujeres solteras a las TRA. Crear un Consejo de Fertilización Humana y Embriología (CFHE) para evaluar las condiciones de las clínicas y el manejo y almacenamiento del material genético, desarrollar proyectos de investigación sobre la materia, obligar a las clínicas a publicar estadísticas, sin embargo, la CFHE no se propone evaluar a los posibles usuarios de RA. Esta

propuesta es más específica en cuanto a las prohibiciones; se 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 del donador, 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, la creación de híbridos y quimeras (Chávez, 2008).

Esta propuesta, aunque más puntual, no logra resolver el hecho de que sean los varones los que desean reproducirse, admitiendo únicamente a mujeres solteras a los tratamientos. Tiene mayor apertura ya que no sería un requisito el matrimonio civil, y restricciones más acordes a las prácticas que se llevan a cabo en las clínicas de reproducción, pero no es específica en cuanto a cómo se llevarían a cabo dichos procesos.

Ambas propuestas ponen énfasis en la reproducción como un ejercicio ya sea de pareja reconocida por la ley o exclusivamente femenino. La primera no evalúa el acceso actual de personas solteras a los tratamientos, y ambas excluyen a los varones de la práctica. Sería pertinente agregar a cualquier propuesta mayores especificaciones en cuanto al tratamiento clínico, como realizar diagnósticos globales a los individuos o parejas en busca de la paternidad, ya que actualmente es el cuerpo femenino el que se estudia en un principio y algunas veces se somete a tratamientos que no dan resultados por una falta de integración en los diagnósticos, hecho que también deja el panorama abierto para que las clínicas privadas ofrezcan tratamientos innecesarios a los usuarios. Sería pertinente también, en lugar de especificar el número de veces que se puede acceder a tratamiento y el hecho de que se puedan realizar investigaciones con las fecundaciones realizadas, implementar una herramienta con la cual los usuarios puedan dar consentimiento para dichos proyectos de investigación y estén capacitados para informarse del destino de los embriones fecundados, ya que la segunda propuesta no permite almacenarlos más de 14 días y en la realidad el servicio de almacenamiento de

embriones para futuros embarazos es llevado a cabo con éxito en la práctica privada. Son necesarias mayores regulaciones de supervisión en las clínicas de fertilidad, y los organismos encargados de emitir las medidas, en estos casos la CBDF y la CFHE podrían proponerse también dar seguimiento a los casos y a las prácticas que van desde los diagnósticos hasta los laboratorios.

Por último, considerando a la reproducción como un acto social, es necesario considerar las particularidades de las prácticas locales para poner al servicio de los usuarios los tratamientos que respondan a sus necesidades con un marco legal apropiado que promueva la integración de disciplinas (medicina, psicología, bioética, antropología, etcétera) durante todo el proceso. Los servicios que se ofrecen en la ciudad de México no responden ni se adecúan a un marco legal; es tarea del marco legal responder a ellos.

## **Método y herramientas de investigación**

### Acercamiento al universo de estudio

Ya que el objetivo de este trabajo dejaba abierto el panorama para que los usuarios con los que me encontrara fueran individuos, y no parejas, o las

parejas fueran hetero u homosexuales, e hicieran uso de cualquier tipo de técnica dentro del abanico de posibilidades que la medicina actual ofrece, y dadas las restricciones en cuanto a acceso y resultados exitosos que pueden encontrarse en el sector público y las publicaciones existentes, decidí acercarme a la práctica médica privada.

El trabajo de campo para realizar esta investigación empezó con una plática con el Dr. Manuel Rodríguez Rábago (médico gineco-obstetra, Hospital Ángeles de México), a quien me acerqué para contarle de qué se trataba mi tema de investigación y quien al día siguiente me proporcionó los datos de algunas pacientes suyas y de otro médico a las que había preguntado si les interesaría ser entrevistadas y compartir su experiencia. Eso facilitó mucho el inicio de mi relación con ellas, ya que el médico que las acompañó durante el proceso era quien me estaba presentando; me parece que la apertura con la que se tomaron mi presencia, y la relación que pudimos entablar, empezó con cierta confianza, producto de la relación que han construido con su médico.

Después de conocer a este grupo de mujeres, pensé en qué difícil hubiera sido no contar con su médico como intermediario, pero durante trabajo de campo conocí a otras mujeres (o me enteré de que mujeres que ya conocía habían tenido problemas para concebir) que, al enterarse de que ese era el tema que me interesaba, también estaban dispuestas a participar en el proyecto. Así fue como empecé a preguntarme si un tema con tanta carga emocional y pensado como difícil de tocar, en realidad preparaba el escenario para establecer una relación de mucha intimidad entre el informante y el investigador.

Como realicé mi trabajo de campo en la ciudad, y eso significa no poder estar en muchas de las actividades cotidianas ni tener un contacto tan continuo e intenso con los informantes, lo mejor fue dejar que ellas decidieran los lugares de encuentro y la constancia y duración de nuestras reuniones. A lo largo de trabajo de campo conocí parte de sus vidas, sus hogares o sitios de trabajo, a sus cuñadas, madres e hijos. Mis supuestos sobre hacer trabajo de campo en

la ciudad, teniendo como informantes a mujeres más grandes que yo (yo de 22 años y ellas de entre 30 y 52), de clase media-alta y alta, en la mayoría de los casos nada similares a mi estilo de vida ni al de las mujeres que me rodean, se fueron transformando hacia una dinámica en la que yo no me sentía extraña al platicar con ellas sobre cualquier cosa ni percibía que ellas se incomodaran con el tipo de pláticas que teníamos. Las distancias que yo imaginaba que podrían existir antes de conocernos como posibles contratiempos; de edad, algunas veces sociales y la distancia geográfica dentro de la ciudad (dado el lugar de la investigación), resultaron en una relación de cercanía y reciprocidad.

Dadas las circunstancias en las que conocí a mi universo de estudio, en un principio todas mis informantes fueron mujeres. En algunos casos porque su ginecólogo fue nuestro intermediario, y en otros porque fueron ellas las que se interesaron en participar o las personas que nos contactaron lo hicieron por medio de ellas, y no de sus parejas.

Ya que uno de mis objetivos principales era conocer el punto de vista y la vivencia masculina en los procesos médicos, una vez entablada la relación con las informantes mujeres y una vez realizadas las entrevistas con ellas, pedí su consentimiento para entrevistar a sus parejas con el riesgo de que tratándose de un tema sensible y muy personal del que nosotras ya habíamos hablado mucho, me lo negaran. La respuesta a esta petición me volvió a sorprender, se mostraron entusiasmadas porque sus parejas participaran también, y ellos dispuestos a ser entrevistados. Del total de informantes, no pude entrevistar a tres de sus parejas; en un caso porque no tuve manera de volver a localizar a ella, en otro porque ella ya no pudo seguir participando en este trabajo por motivos personales (la pérdida de un bebé y un accidente automovilístico) y en otro porque la pareja es divorciada desde varios años atrás y cada miembro tiene una nueva relación y no me pareció oportuno proponérselos.

Mis informantes fueron ellas en un inicio, en el sentido de que por medio de ellas pude conocer las dinámicas de los grupos domésticos, la vida diaria y la historia de las parejas, y fueron con quienes entablé una relación de confianza y continuidad. Las entrevistas para conocer el punto de vista masculino fueron muy importantes, tuvieron mucha relevancia en este trabajo y estaban contempladas dentro de las hipótesis y objetivos, pero me parece que requerían de la relación primera entre ellas y yo para poder tener lugar.

### Los informantes

A continuación hago una breve descripción de las y los participantes con los que trabajé. Me gustaría recalcar un aspecto que desde mi punto de vista es relevante para los resultados de nuestras entrevistas y conversaciones: la trayectoria reproductiva de la pareja, es decir, en qué momento de su vida reproductiva se encontraba la persona cuando la entrevisté, si tiene hijos, cuántos tiene, qué tratamientos se hizo y hace cuánto. Este aspecto dotó a la investigación de gran diversidad y dinamismo y le dio a las entrevistas diferentes ánimos y enfoques. La información fue recopilada durante algunos meses del 2008 y el 2009, así que cuando hago referencia al presente, estoy hablando de ese lapso de tiempo que fue la duración de la investigación de campo.

Marisol está casada con Jorge, los dos nacieron en 1973 y tienen un hijo de tres años (nacido después de varias Fertilizaciones In Vitro), cuando conocí a ella le acababan de dar la noticia de su segundo embarazo (también asistido) y semanas después perdió al bebé. Jorge es empresario y Marisol se dedica a la crianza y el hogar.

Katya vive en San Diego con su esposo e hijos, antes vivió con su familia en Tijuana. Tuvo una hija producto de Fertilización In Vitro (FIV), y al poco tiempo de que la contacté tuvo gemelos, que son a la vez cuates de su hija porque se fecundaron en el mismo ciclo pero estuvieron congelados hasta tres años después.



Renata es licenciada en diseño de interiores. Tiene tres hijos; el primero tiene diez años, la segunda seis y el tercero dos. Consiguió su segundo embarazo con un tratamiento que dio resultados en la cuarta inseminación artificial, sus otros dos embarazos fueron naturales. No trabaja desde su primer embarazo. Claudio, su esposo, es licenciado en Administración de Empresas y empleado en una compañía. Los dos nacieron en 1972 y se casaron cuando tenían 24 años, después de haber mantenido una relación de noviazgo durante ocho años.

Romina nació en 1979, tiene una maestría en Administración de Empresas que realizó en Estados Unidos con su esposo Fernando (1978), al que conoció en preparatoria. Ella había estado embarazada y abortó por accidente al regresar a México, cuando la conocí estaba embarazada después de haberse hecho FIV. Ahora tiene una hija de tres meses. Romina y Fernando se casaron en el 2001, ella se dedica a su hogar y a su bebé y él trabaja en el departamento de finanzas de un banco.

Lucía se dedica a los bienes raíces, es licenciada en diseño. Es divorciada, estuvo casada de 1993 a 2007, tuvo dos hijos dentro de matrimonio; uno de ocho años y otro de seis. Antes de estos embarazos tuvo cuatrillizos pero murieron al poco tiempo de nacidos. Todos sus embarazos fueron producto de inseminación artificial. Ahora tiene una nueva pareja con la que no comparte residencia.

Inés (1974) y Pedro (1973) son médicos, se conocieron durante la carrera y se casaron en 1997, al terminarla. Al iniciar las entrevistas estaban a punto de tener a su primer hijo, que fue un embarazo In Vitro que dio resultados en el segundo intento (conocí a ella en el hospital), ahora está embarazada por segunda vez, esta vez sin uso de tratamientos. Detuvo su carrera profesional al embarazarse. Se mudaron de un departamento a una casa, en donde viven ahora, cuando nació su primer hijo.

Leonora nació en 1971 y Roberto en 1970, se casaron en el 2000. Leonora tiene dos hijos, uno de dos años y cuando la conocí estaba embarazada del segundo que ahora tiene tres meses. Su primer embarazo requirió de seguimientos foliculares y tratamientos y el segundo se logró en la tercera inseminación artificial. Trabaja desde su casa en la sección de ventas para una empresa productora y distribuidora de vinos y licores, misma en la cual trabaja ahora como director de ventas su esposo Roberto, administrador de empresas, desde hace 15 años.

Andrea es licenciada en literatura comparada y reportera para un periódico estadounidense. Nació en Maryland y creció en San Louis, Estados Unidos. Está casada con Mario desde el 2003 y tienen una hija producto de FIV con Inyección Intracitoplásmica de Espermatozoides (ICSI) y cultivo de tejidos. Antes de su embarazo la pareja intentó una inseminación y tres FIV. A ella le detectaron cáncer cervico uterino al momento del parto y después de una cirugía ahora está sana. Mario es arquitecto, tiene un despacho con otros socios desde hace algunos años. Los dos trabajan en la parte trasera de su casa.

Yolanda tiene un consultorio de terapia familiar. Es soltera y vive sola, desde que tiene 40 años ha intentado embarazarse por medio de TRA (tres inseminaciones), ninguno exitoso, y ahora está viendo las opciones para iniciar los trámites de una adopción.

Patricia y Miguel se casaron en 1997 y empezaron a hacerse tratamientos a los tres años de casados, cinco FIV, ninguno dio resultados. Ahora tienen dos hijos adoptivos de cuatro y tres años, uno desde el 2005 y otra desde 2006. Ella tiene un doctorado en Lingüística y es directora de una revista y una empresa de estudios de mercado. Él es ingeniero mecánico y tiene una fábrica de bujías.

Erica trabaja en una ONG dedicada a asuntos ambientales. Estuvo casada antes de casarse con Alfonso (investigador y profesor de universidad), para

quien tampoco era su primer matrimonio y ya tenía tres hijos; ella había abortado voluntariamente en su primer matrimonio. Erica y Alfonso se casaron para poder adoptar a Nicolás, que ahora tiene 6 años, a los tres días de nacido.

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Hijos</b>	<b>Tratamiento</b>
Marisol	36 años	casada	1 hijo (varón)	FIV
Katya y John	40 años (edad de la entrevistada)	casados	3 hijos (1 mujer, 2 varones)	FIV, congelamiento de embriones e implantación
Renata y Carlos	36 años (ambos)	casada	3 hijos (1 mujer, 2 varones)	1 hijo Inseminación Artificial
Romina y Fernando	31 y 30 años	casados	1 hijo (varón)	FIV
Lucía	38 años	divorciada	2 hijos (varones)	Inseminación artificial
Inés y Pedro	35 y 36 años	casados	1 hijo (varón)	FIV
Leonora y Roberto	37 y 38 años	casados	2 hijos (varones)	Inseminación artificial
Andrea y Mario	37 y 41 años	casados	1 hijo (mujer)	FIV/ICSI
Yolanda	42 años	soltera		Inseminación

				Artificial
Patricia y Miguel	40 y 45 años	casados	2 hijos (mujer y varón)	FIV, hijos adoptivos
Erica y Alfonso	52 años (edad de la entrevistada)	casados	1 hijo (varón)	Inseminaciones, FIV, hijo adoptivo

Como puede observarse en la tabla anterior, es notorio que la mayoría de los hijos nacidos entre estas parejas fueron varones, hecho que permite cuestionarse aspectos sobre la selección de sexo en las implantaciones embrionarias y las regulaciones bioéticas alrededor de la RA, sin embargo,

“He observado que en el proceso de inseminación la mayoría son hombres, por lo menos en las pacientes que tratamos en el consultorio. Ha sido algo de llamar la atención pero no buscado. Normalmente no está permitido seleccionar sexo a menos que con ello evites una enfermedad hereditaria y a últimas fechas se ha agregado la búsqueda de hijos "a pedido" buscando que tengan características que permitan salvar o ayudar a un hermano enfermo nacido previamente (por ejemplo para trasplante de médula).

Lo anterior seguramente no impide que algunas mujeres y algunos médicos caigan en la tentación de realizar selección de sexo, con las técnicas de reproducción asistida, sólo por el gusto de tener niño o niña.” (Dr. Rodríguez Rábago, ginecólogo)

### Herramientas de investigación

Los instrumentos de investigación utilizados dentro del proyecto fueron el levantamiento de genealogías, para conocer los entornos familiares de las

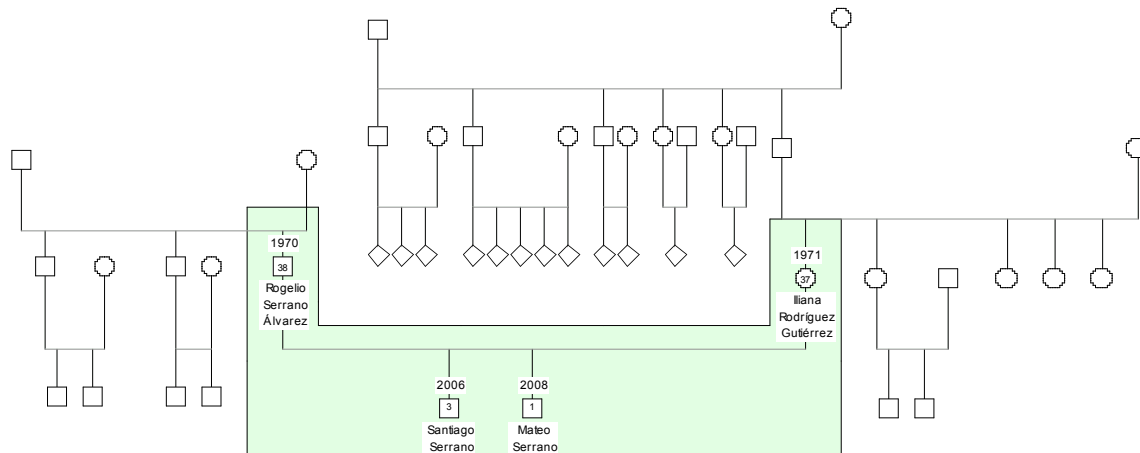
diferentes personas; las historias de vida, que dan cuenta de lo que ha sido relevante para los individuos hasta ahora; y la elaboración de entrevistas a profundidad, que además de contener preguntas generales sobre parentesco, están hechas con preguntas específicas sobre el tema de investigación. Otro instrumento que utilicé fue un cuestionario sobre jefatura doméstica, que está hecho a base de preguntas para conocer cómo funciona el grupo doméstico en cuanto a la toma de decisiones y los roles que se dan en el hogar.

Previo a la utilización de las herramientas de investigación tuve una reunión con cada persona para tener una conversación y explicarle de qué se trataba este trabajo y qué tipo de temas era posible que tocáramos. Y, ya que no tuve acceso al universo de estudio dentro de una clínica ni un lugar en común, para facilitar los acercamientos en la ciudad nos pusimos de acuerdo también en la duración de las reuniones, y finalmente los instrumentos los trabajamos al ritmo de cada persona y en los lugares y fechas que cada persona escogió.

### Genealogías

La elaboración de genealogías demostró que el entorno familiar de la mayoría de estas parejas es de grupos que podríamos llamar tradicionales que han seguido el patrón matrimonio-pareja-familia (Sánchez Bringas, 2003), familias formadas por ambos padres y su descendencia; de hecho, dentro de todas las genealogías recopiladas, aparecieron muy pocos divorciados y casi ningún soltero a partir de cierta edad (30 años aproximadamente), y al preguntar sobre la existencia de anomalías familiares la única respuesta afirmativa fue: -“La relación de mi prima es anómala porque está casada con un hombre muy gordo” (Romina, casada, 31 años), y sobre relaciones inapropiadas fue: -“La de mi papá porque mi madrastra me cae mal” (Renata, casada, 36 años). Al levantar las genealogías empezó a tomar peso la importancia que tiene para los participantes concebir con sus propias células y en sus propios úteros, al notar que algunas mujeres no reconocían a sus parientes políticos como

parientes, sino sólo a sus consanguíneos; por ejemplo, una de las entrevistadas no tenía conocimiento sobre los nombres de los familiares de su pareja.



Las genealogías se elaboraron considerando verticalmente tres generaciones y hasta los hijos de los hermanos de los padres de Ego horizontalmente, esto considerando los datos de cada miembro de la pareja. El levantamiento de genealogías permitió considerar la premisa de que “[...]Las genealogías en la modernidad son concebidas en términos biológicos.” (Bestard Camps, 2004, p. 31).

### Historias de vida

Las historias de vida fueron el instrumento que permitió que los informantes y yo nos conociéramos con más profundidad y que dio pie a la elaboración de preguntas sobre temas en específico, las hicimos a manera de conversación y me sorprendió la apertura con la que ellas me relataron su vida sin omitir temas muy personales, como su sexualidad, sus opiniones sobre su matrimonio, sus padres, la educación que recibieron y cómo planean su futuro. El capítulo de la historia de vida al que se le dedicó más tiempo fue al que va desde el deseo de ser madres hasta el día de hoy, y en la mayoría de los casos las entrevistadas

expresaron que ser madre es una experiencia esencial en el ciclo de vida, aunque para ellas haya significado dolor físico, emocional, y algunas veces sacrificios sociales y a nivel de pareja. Las historias de vida permitieron que cada persona se expresara en los temas que consideraba importantes y así dieron pie para la consideración de esos temas en las entrevistas a profundidad.

Este instrumento de investigación fue muy distinto al realizarlo con ellos, ya que dieron mucho más peso a temas poco relacionados con sus vidas reproductivas y menos concentrados en la paternidad. Resaltaron, sobre todo, su carrera académica o laboral y en qué punto de su vida se encontraban ahora.

#### Tablas sobre jefatura doméstica

Al responder las preguntas sobre Jefatura Doméstica, que fue el instrumento más útil para conocer las dinámicas dentro de los hogares -tomando en cuenta que aunque nos reuniéramos en sus casas, yo no estuve en sus vidas cotidianas- la mayoría de las mujeres identificaron al hombre como representante del grupo, como tomador de decisiones sobre el trabajo, y a ellas mismas como administradoras del hogar. La única mujer divorciada que entrevisté respondió lo mismo, que aunque el esposo ya no viviera en la casa, todos los miembros del grupo lo identifican como el que ejerce la jefatura. Las excepciones fueron las de las cuatro mujeres que ejercen su profesión – tres de las cuales son a la vez las únicas que nunca consiguieron un embarazo con los tratamientos porque los abandonaron-. Las demás, aunque tienen un nivel educativo de licenciatura o maestría, se dedican a ser madres y amas de casa prácticamente de tiempo completo.

#### Entrevistas a profundidad

Las entrevistas a profundidad se basaron en preguntas que desde la elaboración del proyecto consideré importantes: ¿Cómo afectaron los

tratamientos otras esferas de tu vida? , ¿cuál es tu opinión sobre los donadores ajenos a la pareja?, ¿alguna vez consideraste la adopción? Y preguntas que fueron surgiendo después. Sobre los tratamientos las respuestas se orientaron más hacia la parte emocional, hacia enfrentar los fracasos y seguir intentando, y no hacia la parte económica, aunque tengan un costo muy elevado y algunas de ellas los hayan utilizado durante muchos años. Las preguntas que surgieron sobre la marcha, estuvieron sobre todo relacionadas con el embarazo y su significado, y las diferencias que ellas y ellos piensan que tiene la experiencia de los tratamientos para hombres y mujeres. En general, el embarazo fue descrito como algo muy importante para establecer los lazos y el apego entre madre e hijo, y el parto y los meses que lo siguen como un logro, una prueba visible de que su esfuerzo por fin dio resultados, ya que estos embarazos se complican con mayor frecuencia y existen posibilidades de que no lleguen a su fin (como lo ejemplifica que durante el trabajo de campo una de ellas perdió un bebé, otra estuvo hospitalizada desde semanas antes de dar a luz y otra había tenido cuatrillizos y fallecieron).

Algunas partes de la entrevista también se orientaron hacia cómo exteriorizaban en sus entornos la imposibilidad de tener hijos, con quién lo compartían, cómo se sentían dentro de su grupo cuando los intentos por embarazarse estaban teniendo lugar.

Por último, las preguntas finales estaban concentradas en la relación de pareja, en los proyectos de paternidad, en las diferencias que cada uno considera que existen para hombre y mujer durante los intentos por conseguir un embarazo y en el grado de involucramiento que cada uno percibe de su pareja durante todo el proceso.

Paralelo a estas preguntas, se fueron haciendo descripciones sobre sus relaciones con la medicina y los procedimientos médicos, sobre la elección de los especialistas con los que van a acudir y las relaciones que se generan en



este ámbito, un aspecto que considero importante al tratarse de un tema de mucha intimidad, tanto física como emocionalmente.

Contrastando las respuestas a los instrumentos de todos los participantes, se pueden agregar dos importantes temas a desarrollar dentro de las hipótesis. Primero, al observar las grandes diferencias que encontramos cuando se compara la práctica pública con la privada, en el caso de la mujer soltera, que no pudo seguir acudiendo a las instituciones públicas por su estado civil y describe la experiencia como un maltrato, y comparándolo con el caso de todas las demás a quienes atendieron en el sector privado y no mencionan malas experiencias en el trato de sus cuerpos -de hecho mantienen una relación muy estrecha con su médico-. Y segundo, se puede hacer una comparación entre los diferentes estilos de vida de las mujeres, ya que por un lado para algunas el trabajo o los planes no se ven interrumpidos solamente por la maternidad, sino también por todas las actividades previas a conseguir el embarazo, que algunas veces pueden durar años, y que exigen mucho de su tiempo y dedicación. Interrumpieron sus actividades académicas o laborales durante los tratamientos, y no las han retomado porque ahora se dedican a ser madres. Y, por otro lado el estilo de vida de las mujeres que trabajan y que tienen un papel que no es exclusivo de amas de casa dentro de sus hogares. Puede observarse que las dinámicas de pareja y las ideas y expectativas sobre la paternidad son muy distintas en las parejas en donde la mujer tiene un estilo de vida que se extiende hacia fuera del hogar.

#### Entrevistas a otros actores

Con el fin de conocer los puntos de vista de los demás actores involucrados en la esfera de las TRA, es decir, no nada más el de los participantes sino también el de los médicos y el punto de vista legal, realicé algunas otras entrevistas formales. La entrevista realizada con el médico especialista se concentró en una introducción a los tratamientos, en su propia percepción sobre cómo éstos

afectan a las parejas, qué tipo de parejas ha atendido y qué diferencias encuentra en este tipo de embarazos al compararlo con embarazos naturales.

Ya que el tema se desenvuelve sobre todo actualmente en un marco legal específico, me acerqué a una abogada en derecho familiar que me presentó con el magistrado de los tribunales familiares, quien durante la presentación se mostró entusiasmado por participar en una entrevista proponiendo que se realizara vía internet, pero posteriormente no estuvo dispuesto a responderla. Así que la información sobre el punto de vista legal se redujo a los materiales que la especialista en derecho familiar me proporcionó.

**Infertilidad y uso de TRA en parejas de la clase media-alta de la ciudad de México**

## Etnografía del universo de estudio

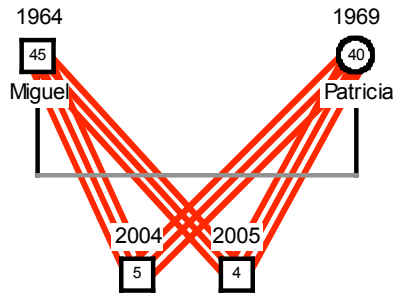
Los usuarios de las TRA que participaron en este trabajo, aunque compartan ciertas características, no permiten referirse a ellos como un grupo en sí. Su principal característica compartida, la infertilidad, no es una cuestión que normalmente promueva que se conforme un grupo como tal, ya que no asisten a terapias de apoyo en grupo, no realizan acompañados actividades exclusivas para pacientes en su condición, no buscan crear propuestas de acción para influir en la atención médica o su respectiva legislación, no se conocen entre ellos. “Entre las personas que acuden a la reproducción asistida existe una idea compartida que fluye y ésta es la posibilidad de tener un hijo propio” (Bestard Camps, 2004). Normalmente la infertilidad es una cuestión que se vive en privado, y dados los estigmas y tabúes relacionados a ella, el tema en muchas ocasiones permanece en las clínicas y los hogares.

De acuerdo al concepto de “voluntary childlessness” (falta de descendencia por voluntad propia) expuesto en Inhorn et al. (2002), las sociedades occidentales han ido adoptando cada vez en mayor medida la elección de vivir en pareja sin hijos, priorizando otras metas personales y poniendo en práctica nuevos modelos familiares -sin descendencia-. Esta posible elección, aunada a los tabúes que existen alrededor de la imposibilidad de concebir, hace improbable que las personas alrededor de las parejas infértiles cuestionen su situación, y que las parejas decidan compartirlo.

La reproducción es un fenómeno que se construye con variables culturales, y alrededor de los hechos biológicos de la fecundación, el embarazo, el parto y la crianza existen muchas y diversas formas de interpretación y acción, por lo tanto, la infertilidad también es interpretada y vivida desde contextos culturales particulares, resultado de cambios, tanto en las dinámicas sociales como en las formas de vivir en pareja y en el propio cuerpo. Así como la experiencia de la infertilidad varía de cultura a cultura, también se vive de acuerdo a los

diferentes registros de cada individuo; sexo, raza, condición económica, religión, educación y orientación sexual (Inhorn et al., 2002).

Situándonos en los participantes de esta investigación, además del hecho de compartir una condición médica y tener una carrera de pacientes, pertenecen a un mismo sector socioeconómico, a la clase media-alta de la ciudad de México, al sector 3 (cuyos ingresos mensuales son de 10 salarios mínimos o más) descrito en Sánchez Bringas (2003) como un sector que en su mayoría es propietario de sus hogares, éstos no tienen menos de 3 habitaciones, poseen por lo menos un coche, internet, computadoras, televisiones, estéreos, y varios electrodomésticos. Dichas características permiten a este universo acercarse recurrentemente a nuevas tecnologías reproductivas que serían inaccesibles para cualquier otro sector habitante de la ciudad. Inmerso en un contexto social de cambios económicos, y siendo generaciones posteriores a la crisis de los años 90, de las políticas de planeación familiar y teniendo acceso a diferentes anticonceptivos, el sector 3 tiene menos hijos que el sector 1 (clase baja) y más que el 2 (clase media). La mayoría de las parejas entrevistadas vivía en una residencia de dos o más pisos, o en edificios con elevador. Todas las parejas contaban con por lo menos una empleada doméstica, y con trabajadores temporales como niñera, jardinero, maestro de obras, etcétera. Las parejas estaban casadas, sólo una había vivido en unión libre y se casó para adoptar, correspondiendo así al grupo que divide al sector 3 en un “87% de mujeres casadas o unidas, de las cuales 74% son casadas, y solamente un 13% solteras, separadas o viudas” (idem.). También el sector 3 fue el sector que más cambios presentó al estudiar los patrones reproductivos en la ciudad de México; el uso de anticonceptivos antes y una vez formadas las parejas fue reiterado, y fue el sector en donde la reproducción se hizo con más espaciamiento y se inició a mayores edades.



Miguel y Patricia, padres de hijos adoptivos.

Sería importante considerar las categorías de D.I.N.K (Double Income No Kids -doble ingreso, no niños-) o D.I.N.K.Y.(double income no kids yet/doblé income no kids yuppies –doble ingreso, todavía sin hijos/yuppies con doble ingreso, sin hijos) al analizar los cambios sociales en los que específicamente las parejas del sector 3 se han desenvuelto. Así como el concepto de “voluntary childlessness” retrata a un sector creciente de individuos que toman la decisión de no reproducirse, las siglas de D.I.N.K utilizadas en el lenguaje del mercado -parejas en donde ambos miembros trabajan y gozan de una posición económica privilegiada que se acentúa por no tener gastos más que para ellos mismos- son muy útiles al observar que algunas parejas comenzaron a buscar la paternidad a edades más avanzadas que las otras por motivos de sus carreras profesionales individuales. Las características especiales de las parejas que se pueden ubicar en la categoría D.I.N.K. facilitan también que sean el grupo que accede a las tecnologías reproductivas con más facilidad por dos aspectos importantes; primero, porque se trata de parejas que se encuentran en una edad en la que la fertilidad va decreciendo en gran medida entonces requieren de tratamientos, y segundo, porque su poder adquisitivo les permite acceder a tecnologías de altos costos las veces que sea necesario. Este tipo de parejas es un sector muy importante de clientes para las clínicas de fertilidad por esos motivos.

“Cada vez son mujeres de mayor edad las que buscan tratamiento y esto va de acuerdo con el retraso en la búsqueda de los hijos que se ha notado en los últimos años en todas las capas sociales. Mujeres

mayores de 35 y 40 años cada vez son más frecuentes, así como mujeres solteras homo o heterosexuales.” (Dr. Rodríguez Rábago, ginecólogo)

Dentro de los integrantes del universo de estudio, puede hacerse una distinción entre las parejas que vivieron la reproducción de manera tradicional, y las que lo hicieron de forma distinta. La principal distinción se puede hacer al comparar qué mujeres pausaron o dejaron por completo su actividad profesional al formar una familia, y quiénes priorizaron otros proyectos o los vivieron de forma paralela a la maternidad. Tratándose de un sector en el que el hecho de que las mujeres realicen una actividad remunerada o no lo hagan no tiene repercusiones en la situación económica del hogar (Sánchez Bringas, 2002), haber priorizado otros proyectos o haber decidido vivir la maternidad como un proyecto dentro del conjunto de la vida en pareja, representa, además de reflejar una situación general de mercado laboral femenino en México, una ruptura con la generación de sus padres. Dentro del universo de estudio, los anhelos de “hacer las cosas diferente”, sobre todo en los proyectos personales de familia, fueron recurrentes en las entrevistas. “Nadie me garantiza que me quiera (mi esposo) toda la vida, entonces me parecen muy respetables también las mujeres que se quedan en su casa y dependen al cien por ciento de su marido. Yo no podría quedarme rezagada.” (Leonora, casada, 37 años)

.La idea de ruptura con el patrón de las generaciones anteriores también se expresó en los nombres que eligieron las parejas para sus hijos. La mayoría decidió que no quería nombrar a su hijo como alguno de los padres, porque a ellos ya les había tocado eso y porque el nombre debía tener algún significado para la pareja y dotar a los hijos de individualidad.

Por otro lado, más de la mitad de las parejas imaginaba la familia nuclear con dos padres y su descendencia y la figura del hombre como proveedor y mujer como ama de casa, como el mejor modelo. “Bueno pues fue, así, la emoción de todos. El niño con hermanito, mis papás, los papás de él, nosotros nos

moríamos de ganas. Yo dejé el puesto que me habían ofrecido y él tenía mucha chamba. Ya estamos como la familia, tenemos nuestros dos hijos.” (Renata, casada, 36 años)

Incluso en las parejas que terminaron teniendo hijos adoptivos, “tener una familia” antes de la adopción significaba tener hijos propios un tiempo después de casarse. Al analizar las genealogías se puede notar esta inclinación a pensar que las familias están formadas por una pareja y sus hijos (propios), ya que en algunos casos incluso costaba trabajo considerar a los esposos como de la misma familia antes de haber tenido descendencia, y los parientes políticos no fueron considerados como de la propia familia. “La consanguinidad se toma como la premisa que permite generar parentesco” (Álvarez, 2006).

“Mis parientes yo los tomo como si fueran haz de cuenta los hermanos de mi mamá, los hermanos de mi papá, mis abuelos, esos son mis parientes. Y los demás, bueno, son los agregados culturales, que yo así le llamo. Y que, a pesar de que sí puede haber una unión muy fuerte, pues finalmente no son de tu familia, no son de tu sangre.” (Inés, casada, 35 años)

Este tipo de ideas sobre el parentesco fueron compartidas por gran parte del universo de estudio, así como la idea y puesta en práctica de formar una familia primero al casarse por lo civil y por la iglesia católica y después al tener descendencia. Así, la infertilidad se experimenta dentro de un contexto social que valora el matrimonio, civil y religioso, los roles reproductivos tradicionales en donde existe un tiempo ideal para la paternidad y una figura de los papeles masculinos y femeninos, y en el que tiende a considerarse familia únicamente a las parejas heterosexuales con descendencia.

Actualmente decir que las parejas se casaron por la iglesia católica no quiere decir que sean practicantes activos de la religión, sin embargo, muchas de las mujeres entrevistadas asistieron a escuelas de monjas y sus parejas estaban de alguna manera involucrados en la ideología católica, ya sea indirectamente

trabajando en una empresa con esa ideología, “Cuando entré a trabajar (en una empresa del Opus Dei<sup>4</sup>) apoyaban a las personas que estaban teniendo hijos.” (Leonora, casada, 37 años) o directamente por su familia de procedencia; “En casa de mi marido son del Opus Dei.” (Patricia, casada, 40 años)

Aunque el catolicismo no estuviera presente en todas las esferas de actividad de las parejas, sí se practicaba en algunas experiencias educativas (al elegir las escuelas o dar educación religiosa en casa) y formas de pensar, probablemente en el aspecto que más se expresó fue en la idea de tener hijos como un destino, que si no sucedía a lo mejor no “era para ellos” y en el hecho de que la mayoría de las parejas se habían casado jóvenes con la única pareja que habían tenido a lo largo de sus vidas. Para esas mujeres estaba muy marcada la idea de su función de dar un hijo a su esposo, y acudir a los tratamientos hacía más dolorosa y presente su incapacidad de “Llegar y darle a mi marido la sorpresa de la noticia de que iba a darle un hijo. Nunca lo pude hacer, entonces le di la sorpresa de que por fin el tratamiento había pegado.” (Marisol, casada, 36 años)

Aunque el universo de estudio no esté conformado por un grupo como tal, sí comparte variables culturales específicas a su sector económico y religioso dentro del contexto mexicano contemporáneo que se hacen presentes al analizar las experiencias en Reproducción Asistida. En el artículo *The Local Confronts the Global* (Inhorn et al., 2002) subyace la idea de que la infertilidad está dotada de distintos tabúes, formas de vivirla y formas de tratarla dependiendo del contexto social en donde se observa. Al igual que en Egipto (en donde se llevó a cabo dicha investigación), la clase social de la ciudad de México que accede a las tecnologías reproductivas es privilegiada y participar en los tratamientos no implica grandes sacrificios económicos para los

---

<sup>4</sup> Prelatura de la iglesia católica instaurada en México en 1949 a la que se accede por contrato, dentro de la cual se busca la santificación en el trabajo, la familia y las labores de la vida ordinaria. (www.opusdei.com.mx)



usuarios, convirtiendo a la infertilidad en un padecimiento que la medicina y los recursos económicos pueden paliar en la mayoría de los casos. Por otro lado, en Egipto la religión musulmana tiene muchas implicaciones en las ideas y prácticas reproductivas de la población y, al estudiar a este grupo en específico, es notable que en México la religión también es un factor alrededor del cual la infertilidad se vive y se carga de significados. Las nociones medicalizadas de parentesco occidentales –en donde se conoce que ambas células reproductivas son responsables de la fecundación en partes iguales– parecen no tener mucha resonancia cuando se sigue hablando de que es la mujer quien no puede dar un hijo a su esposo. Estas nociones conforman también genealogías pensadas en esos términos, en donde la persona que a cierta edad no ha tenido descendencia es considerada fuera de lo normal, y a nivel personal acude a la medicina en el momento en que de acuerdo a los patrones familiares debería de empezar a reproducirse. A diferencia del trabajo realizado en Egipto que considera las diferentes variantes, en este trabajo es necesario hacer una distinción entre parejas tradicionales y parejas que han llevado sus relaciones y roles de manera distinta que, aunque pertenecientes al mismo sector económico, no comparten con las demás los valores religiosos ni el estilo de vida que han tenido hasta el día de hoy.

Los puntos a considerar para ubicar al universo de estudio del presente trabajo en el contexto mexicano actual son:

-Los cambios económicos y sociales que ha habido en la ciudad, que por necesidad u oportunidad, han permitido que las mujeres consideren otros proyectos en su vida antes de dedicarse a la maternidad posponiéndola. Aunado a estos cambios o como su resultado, las diferencias que existen entre las generaciones anteriores y ésta, y la maternidad y paternidad como planes y proyectos, que influye también en que no poder tener hijos sea un proyecto que quedará sin realizarse.

-Este sector económico fue el más beneficiado por el uso de anticonceptivos y el que más acceso tuvo a educación sexual, hecho que también influye en la frustración de no poder tener hijos cuando se quiere, teniendo conocimiento de los procesos biológicos y su tratamiento.

-La infertilidad, a la vez que un hecho biológico, es un hecho que se observa desde diferentes perspectivas y está rodeado de factores y consideraciones culturales. Es un incumplimiento de expectativas, tanto dentro de la pareja como en la familia y en el grupo social. Y al considerarla un hecho cultural se tienen que tener presentes el contexto religioso que pone énfasis en la reproducción natural, y el contexto del parentesco, que en este universo de personas, se construye con los lazos consanguíneos.

### Los roles de pareja

Las TRA se ubican dentro de muchas otras esferas que también se relacionan con la reproducción, el análisis de la vida de pareja es un factor relevante por varias razones. Una es que debió considerarse en este trabajo porque, aun tratándose del sector privado en donde el matrimonio no es un requisito obligatorio, fue la situación que se presentó con mayor frecuencia (sólo una soltera). Otra es que permite analizar cómo se considera la vida reproductiva en un entorno de parejas heterosexuales casadas. En este sentido, la pareja es la premisa fundamental para la planeación y deseo de descendencia, y consecuentemente para el acceso y acercamiento a las TRA. Asimismo, las relaciones y los roles de pareja se reflejan a lo largo de dicho proceso, siendo un tema que permite analizar cómo hombres y mujeres piensan sobre la reproducción y sus papeles dentro de ella, sobre la pareja, cómo se involucra cada uno, y si distintas dinámicas de pareja tienen relación con diferentes trayectorias reproductivas.

En suma, el enfrentamiento de las parejas a las TRA permite analizar sus dinámicas, su poder adquisitivo y si la pareja tiene repercusiones en él, sus relaciones de género y sus nociones sobre el matrimonio y la reproducción. La RA es un terreno especial porque se trata de una paternidad planeada y buscada por un largo tiempo y las parejas que acuden a ella “Las personas que siguen el tratamiento han reflexionado sobre sus propios sentimientos, sobre sus relaciones de pareja, sobre su deseo de tener hijos y sobre lo que significa ser padres.” (Bestard Camps, 2004: 52). La función reproductiva de las parejas se realiza de manera muy consciente, se cuestiona, se imagina durante mucho tiempo, y la paternidad se planea con mucha anticipación, por lo que las relaciones maritales son constantemente evaluadas por los miembros de la pareja, lo que hace también que sean muy buenos informantes sobre su vida marital y reproductiva; son hechos que tienen muy presentes.

Las parejas entrevistadas comparten algunos rasgos y otros no. Comparten ser parejas heterosexuales casadas, tener un nivel adquisitivo alto, vivir en zonas residenciales del sur de la ciudad de México y desear o haber deseado tener descendencia propia por medio de TRA. Los aspectos que no comparten todos son los que trataré a continuación y permiten dividir al universo de estudio en dos grupos: el grupo que practica roles tradicionales, y el grupo que se aleja de dichos roles.

El primer grupo está conformado por siete parejas, estas parejas fueron las que se casaron más jóvenes y el siguiente fragmento ilustra una constante en sus trayectorias de pareja

“Y yo entré, entramos al Colegio en secundaria. Y ahí conocí a mi marido, éramos así brothers brothers brothers y en prepa me llegó y duramos un buen... y ya, empecé a andar con Carlos, duramos ocho años de novios... cuando me recibí y Carlos me pidió que nos casáramos y nos casamos cuando teníamos 24.” (Renata, casada, 36 años)

Ninguna de las parejas de este grupo mencionó durante las entrevistas si habían tenido alguna otra pareja (sentimental o sexual) antes de su pareja de matrimonio y en la mayoría de los relatos se habían casado al terminar su carrera profesional con una pareja con la que habían mantenido una relación de noviazgo desde tiempo atrás. Esta situación es muy distinta a la del segundo grupo, en donde los informantes mencionaron a sus parejas anteriores y relataron su juventud como una época de experimentación; Erica y Alfonso habían vivido casados con otras personas antes de la pareja actual y Mario había estado casado con otra persona antes de conocer a Andrea. “Me casé muy joven, me casé a los 22 años la primera vez. De una relación muy larga, duró en total 14 años, 4 de novios y 10 casados, no tuvimos hijos, después me divorcié y como al año de divorciarme conocí a Andrea y empezó nuestra relación.” (Mario, casado 41 años)

“Alfonso tiene una hija de un matrimonio y dos hijos de otro. Había vivido con cuatro personas antes y ya había estado casado. Yo me casé por primera vez a los 19, muy joven, y obviamente ese matrimonio no funcionó. Empecé a trabajar y a hacer otras cosas, estar con los amigos.” (Erica, casada, 52 años)

Además de la exclusividad de las relaciones de pareja del primer grupo en comparación con el segundo, el elemento más distintivo fue la situación laboral de la mujer. En el primer grupo, aunque las mujeres cuenten con educación superior o posgrados, han detenido su vida profesional desde el inicio de su vida reproductiva, únicamente dos mujeres trabajan y lo hacen desde el hogar en un puesto de bajo nivel dentro de las empresas que no demanda mucho tiempo de ellas. Lucía trabaja en el sector de bienes raíces y Leonora en el sector de ventas de vinos y licores desde su hogar. Aunque todas las parejas cuenten con empleadas domésticas, las mujeres del primer grupo se describen a sí mismas como mujeres dedicadas al hogar, mientras que las mujeres del segundo grupo tienen puestos de medio o alto nivel en sus trabajos (Andrea es periodista, Patricia directora de dos empresas y Erica trabaja en una ONG y un

instituto), dedican por lo menos mitad del día a ellos independientemente de su vida reproductiva y aportan en gran medida a los ingresos del hogar.

La situación laboral se relaciona en el primer grupo inmediatamente con la jefatura doméstica, ya que al pedir a las parejas que identificaran a un miembro como jefe del hogar, el primer grupo identificó al hombre en todos los casos, incluso Lucía (divorciada, 38 años), que es divorciada explica que “Yo soy la jefa del hogar, pero para mis hijos está muy claro que es él. Él es el proveedor.” En contraste, en el segundo grupo la jefatura se describe como algo compartido, -al hacer la pregunta Erica se ríe y Patricia se identificó primero a ella-. La jefatura en este grupo incluso se entiende de manera diferente, no se define al jefe como el proveedor, sino como la persona que se encarga de los asuntos y decisiones del hogar... “Más bien a mí me ha costado tomar ese puesto más, porque yo llevaba una vida muy poco hogareña hasta conocer a Mario.” (Andrea, casada, 37 años) Así, en el primer grupo la jefatura se define de acuerdo a quién es el proveedor económico, y en el segundo de acuerdo a quién toma las decisiones y administra el hogar. También contrastando a los dos grupos, al preguntar sobre quién es el representante del hogar en términos legales y administrativos, el primer grupo respondió que el marido, mientras que dentro del segundo grupo estas tareas están divididas o cada quién es el representante en sus propios asuntos.

Así como se encuentran diferencias en cuanto a los trabajos productivos y administración de los hogares, también es el caso en materia de cómo se dividen las actividades de crianza de los hijos. En las parejas del primer grupo son las mujeres las encargadas, por lo menos en el día a día y algunas veces con la ayuda de sus madres, de las labores que se dirigen hacia ellos, causa por la cual han dejado sus actividades profesionales desde el inicio de su vida reproductiva, mientras que los esposos, como proveedores, algunas veces sólo están presentes los fines de semana o durante las noches. En el segundo grupo las actividades de crianza están divididas entre los dos (no me mencionaron haber obtenido ayuda de sus madres u otro pariente), los padres

llevan a los hijos al médico, los recogen de la escuela al igual que las madres y ellas no describen los primeros años de crianza como una tarea difícil de cumplir, a diferencia de Inés del primer grupo, que al enterarse sobre su segundo embarazo me comentaba que apenas estaba empezando a salir de la casa con su bebé y los primeros meses habían sido de encierro y ahora tendría que volver a empezar esa rutina con su otro embarazo.

Otro rasgo distintivo durante las entrevistas fue una inclinación de los hombres del primer grupo a hablar de las TRA con cierto distanciamiento, “Profesionales y mujeres hablan de “necesidad de maternidad” como un deseo arraigado, intrínseco y natural. La paternidad se expresa como un acto social, de compromiso y voluntad.” (Álvarez, 2006: 436). Al hablar sobre los tratamientos se describen como involucrados en un proyecto femenino en el que brindan apoyo a sus parejas durante el proceso. “Si mal no recuerdo todo esto nació obviamente por el interés de mi esposa, ella fue la que investigó con su ginecólogo.” (Roberto, casado, 38 años). En cambio, los dos hombres entrevistados del segundo grupo relataron la búsqueda de descendencia y los procedimientos con detalle. “Nosotros nos casamos en el 97 y como dos años después empezamos a ir al ginecólogo, a uno muy bueno que ya casi no da consultas que nos habían recomendado.” (Miguel, casado, 45 años)

“A veces llegábamos con la ginecóloga y yo sabía mucho mejor las dosis de lo que estábamos aplicando que Andrea. Y bueno, a partir del nacimiento de Aitana igual, ha sido muy de tú a tú la relación, digo, la responsabilidad nos hace...como que el modelo es muy diferente, a veces el papá se va todo el día y regresa. Yo le doy de desayunar, comer y a veces hasta cenar a Aitana, yo la baño, la duermo.” (Mario, casado 41 años)

Durante los relatos personales de las historias de vida fueron los varones del segundo grupo quienes dedicaron un espacio a hablar sobre su vida en pareja, su vida previa a la pareja, y sobre su vivencia personal durante el proceso de

los tratamientos de infertilidad; los varones del primer grupo hicieron, en general, un recuento de su historia académica y laboral y una breve descripción de la etapa en la que se encontraban en cuanto a la vida de pareja.

Estos diferentes rasgos que pueden encontrarse en las dinámicas y relaciones de pareja permiten hacer la división entre dos grupos, uno que practica roles tradicionales y otro en donde los roles son mucho más flexibles, aún compartiendo algunas nociones sobre el parentesco, así como un mismo entorno social y posición económica. En el artículo *Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida* (Álvarez, 2006) se plantea la idea de que durante la RA se refuerzan los roles tradicionales de pareja debido a la naturaleza de los tratamientos (en donde la mujer joven es el centro de la reproducción) y este reforzamiento a nivel social tiene repercusiones en cada etapa de los tratamientos. Es importante mencionar que dos de las parejas que no practican roles tradicionales no lograron embarazarse y optaron por tener hijos adoptivos.

## **Las representaciones de la infertilidad**

### El conocimiento de la condición

Dadas las características del presente universo de estudio, las personas se enfrentan a la infertilidad como parejas. Tener hijos se plantea como un plan o un hecho que sucederá en la vida de pareja, aunque las personas lo experimenten también a nivel individual. En este punto encontramos diferencias también en cómo las distintas parejas atraviesan por el proceso. Las parejas que se enfrentan a la incapacidad de tener descendencia lo hacen en diferentes momentos de su historia personal.

De acuerdo a la división en cuanto a las dinámicas de pareja, las personas del segundo grupo empezaron a buscar la paternidad en general a mayores edades, teniendo presente el factor de la edad como impedimento para lograr un embarazo, aunque médicamente existieran otras causas. Mientras que las parejas del primer grupo empiezan su carrera de pacientes a menores edades y los fracasos de los tratamientos no se atribuyen a la edad, las del segundo grupo de entrada se enfrentan a los tratamientos con conocimiento de la posibilidad del fracaso. Otro factor notable fue que dentro del primer grupo, las mujeres se enteraron de su posible incapacidad para conseguir un embarazo hasta el momento en que empezaron a intentar embarazarse, mientras que - aún la pareja más joven- el segundo grupo tenía conocimiento de las deficiencias en el ciclo reproductivo de la mujer que podrían causar la infertilidad.

“Y creo que la primera vez que realmente supe como más o menos que era, fue que fui con un ginecólogo cuando estaba viviendo en Puerto Rico, cuando tenía como 23 años, más o menos, y era un doctor horrible con cero empatía, y me decía así como: ah, sí, tienes ovario poliquístico, que no saben muy bien qué es lo que lo causa, y creo que es la causa más común, entonces me decía: pues te va a costar muchísimo tener hijos. Y creo que como que...no sé si me



pegó mucho. Sabía que algo tenía, no sé qué tanto me pegó en ese momento, o si más bien dije: pues este cuate es mala onda. Pero sí me quedó desde ese momento la idea de: bueno, me va a costar, pero no necesariamente pensaba que iba a ser imposible, y la verdad es que en ese momento no tenía ninguna prisa.” (Andrea, casada, 37 años)

Ninguna pareja del primer grupo mencionó haberse tratado algún problema en el sistema reproductivo antes de iniciar los tratamientos, esto contrasta con las vivencias del segundo grupo, para quienes el diagnóstico de infertilidad no fue insospechado (ya sea por la edad o por haber tenido conocimiento de otros problemas clínicos con anterioridad).

Debido a que las mujeres de este grupo socioeconómico acuden a un médico ginecólogo de manera regular o han acudido alguna vez antes de someterse a los tratamientos y no es común que los hombres cuenten con un médico especialista en reproducción, el diagnóstico de infertilidad inicia desde la ginecología. Aunque es sabido que las causas de la infertilidad provienen en igual manera de deficiencias femeninas que masculinas, el primer paso es diagnosticar a la mujer y una vez descartado el problema o después de tratamientos para infertilidad femenina sin resultados, se incorpora el diagnóstico masculino para plantear el tratamiento a seguir. Esto puede deberse también a que el tratamiento utilizado para la infertilidad masculina sea la FIV, que es el más costoso y más complicado de realizar. Y, aunque respondiendo a la naturaleza y enfoque de los tratamientos, es el cuerpo femenino en donde la infertilidad empieza a reconocerse.

“Realmente obviamente siempre nos fue guiando el doctor de Romina, Manuel. Ella tuvo su aborto, luego empezó a ser complicado después del aborto, como que fue muy gradual, luego fui yo. Estuvimos primero viendo las opciones a lo largo del camino, hasta que al final dijo Manuel pues que otro tipo de método hubiera

sido un poco más largo, hubiera sido mucho más desgastante (porque nosotros ya llevábamos mucho tiempo en este proceso), entonces que él sugería hablar con este doctor y ver este tipo de procedimientos.” (Fernando, casado, 30 años)

El primer diagnóstico médico tiene distintas representaciones en los pacientes, pero algo notable es que las parejas dispuestas a intentar un embarazo con cualquier método, no describen esa noticia como un hecho trágico, cosa que sí hacen cuando los tratamientos no funcionan. El conocimiento de la infertilidad va acompañado de una propuesta que ofrece la medicina para la situación específica del paciente y, tratándose de la práctica privada, los pacientes en general no observan las propuestas como fuera de su alcance. “El último que no pegó fue devastador, porque sabía que era el último, el del IVF, el día que me bajó de verdad me sentí muy muy mal. Fue terrible, fue muy malo.” (Patricia, casada, 40 años)

#### El involucramiento y la relación de pareja

Algunas parejas, la mayoría del primer grupo, iniciaron la búsqueda de la paternidad al establecer su relación matrimonial y otras esperaron hasta años después, por motivos profesionales de ambos o hasta que el varón lograra estabilidad en su profesión. Las parejas iniciaron los tratamientos como un proyecto de ambos, algunas veces más promovido por la iniciativa femenina, pero otras por la masculina.

Al hablar sobre el involucramiento femenino y masculino durante los tratamientos (en tiempo, emociones) las parejas describen el proceso como una actividad compartida. Debido al hecho de que para llevar a cabo los procedimientos se requiere la presencia del cuerpo femenino en prácticamente todas las etapas, hombres y mujeres hablan de una mayor carga para ellas “En tu cuerpo se siente el dolor y se vive la desilusión porque a ti te baja, ellos lo experimentan más en lo emocional, aunque son más herméticos” (Inés, casada, 35 años). Las mujeres describen la temporada de los intentos por

embarazarse como muy dolorosa, con los intentos y fracasos presentes todo el tiempo porque las evidencias y las dolencias físicas están ahí. Ellas observan el proceso masculino algunas describiéndolo como mucho más sentimental y los fracasos más agresivos para ellos en el sentido de “su ego y virilidad” amenazados, y otras describiéndolos como partícipes y acompañantes de un dolor femenino. “En general es mayor el involucramiento de la mujer aunque cada vez es mayor la presencia constante y activa de las parejas.” (Dr. Rodríguez Rábago, ginecólogo)

Todos los integrantes respondieron que ambos se involucran, aunque no de la misma manera, sí con la misma intensidad durante los tratamientos, y que ambos acuden a las citas médicas, aunque para las cuestiones de cuidado posterior a los tratamientos y durante el embarazo y primeros meses, las madres mayormente o alguna otra pariente femenina de ellas fueron las encargadas de auxiliar a sus hijas. Las mujeres del primer grupo se sentían afortunadas de contar con el apoyo y presencia de sus maridos. “Me apoyó en todo, hasta aprendió a inyectar” (Lucía, divorciada, 38 años) Este patrón corresponde al primer grupo de parejas, mientras que dentro del segundo, las mujeres no hicieron énfasis en las responsabilidades masculinas durante el proceso ni hablaron sobre la importancia de la presencia de su pareja durante las citas, el hecho de acudir al tratamientos juntos no representaba un tema importante, era un proyecto de los dos que los dos estaban realizando.

Según los relatos de ellas, los varones del primer grupo atraviesan por un sufrimiento diferente porque no tienen molestias físicas que expliquen su malestar. “A mí nunca me dijo, pero yo sé que iba a terapia” (Inés, casada, 35 años) Lo expresan de diferentes formas, alejados de la esfera del hogar, y mientras que ellas lo descargan hacia el interior de la pareja, ellos parecen ubicarse en el papel de la persona que apoya y comprende lo que está pasando su pareja. “El rol es diferente, ahí sí siento que el rol es diferente. También depende de la personalidad de las personas, ¿no? En nuestro caso

tal vez Romina es un poco más aprehensiva, y tal vez mi rol es no demostrarle mi nerviosismo, sino enseñarle el apoyo y que siempre, o sea que entremos con buena vibra.” (Fernando, casado, 30 años)

En cuanto a las restricciones sexuales durante el tratamiento, sólo una mujer de este grupo me mencionó la dinámica, “Él por su profesión de médico también le ayudó mucho para comprender cuándo se tienen que hacer las cosas y cuando no, imagínate para un hombre entender eso” (Inés, casada, 35 años)

En el segundo grupo se habló con más apertura sobre cómo las restricciones desgastan la vida de pareja y cómo pesa para ambos miembros.

“Entonces pues de someterse a todo, y no era fácil para él, acabó acostumbrándose, pero yo me acuerdo la primera vez de que: ve al baño, toma una revista pornográfica y mástúrbate, y él decía: no. Yo le decía: pues...Ah no es cierto, la primera vez dijimos: no, cómo que en el baño y aquí, qué horrible, entonces dijo: bueno, váyanse a su casa y se vienen corriendo (que era una tontería). Y después acabó acostumbrándose, pues hay que hacerlo” (Erica, casada, 52 años)

En cuanto a las vivencias de los fracasos, los hombres de este grupo podían explicar en términos médicos cómo las hormonas cambiaban ciertas actitudes de sus parejas y “entender” el dolor físico, y ellas interpretaban los sentimientos de ellos

“Entonces yo creo que él lo vivió muy muy dolorosamente. Yo creo que cada vez que no pegaba, a mí me pegaba doble, las hormonas y la emoción, pero a él la emoción de verdad también le pegaba muy cañón. Lloraba, se emborrachaba, padecía muy cabrón, o sea decía: ¿qué pedo con la vida? Porque además tienes como esta idea de que : yo voy a tener hijos seguro ¿por qué no? Como si fuera un

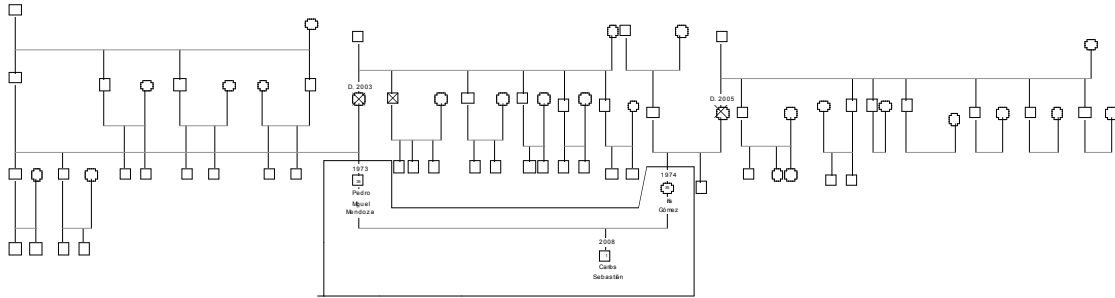
ciclo Y no es cierto. A mí en el cuerpo me pegaba mucho, y a él la parte más emocional y en la parte más como de la vida ¿no? así.

(Patricia, casada, 40 años)

Las mujeres siempre expresaron sus emociones durante las entrevistas; los hombres del primer grupo no y los del segundo sólo en algunas ocasiones. Todas las parejas estuvieron convencidas de que aunque se viva diferente, la infertilidad es una experiencia de dos, que se comparte con la pareja de diferentes formas, y sobre todo tratándose de un tema que no se exterioriza con muchas personas más, la noción de fortaleza de pareja para pasar por una experiencia así estuvo siempre presente. Los tratamientos de fertilidad son sin duda una temporada de estrés hacia el interior de la pareja, debido a las características hormonales de los medicamentos y al enfrentamiento de dos individuos con un fracaso que representa muchas cuestiones sobre sus nociones sobre la vida. “No es raro que durante los múltiples tratamientos las parejas acaben en divorcio, disfunción sexual o problemas de relación.” (Dr. Rodríguez Rábago, ginecólogo)

#### La infertilidad en el contexto personal

La reproducción como acto social no compete únicamente a los individuos que buscan reproducirse. En este contexto, los individuos que tienen dificultades para hacerlo provienen de grupos en donde la vida reproductiva inició a tempranas edades en otras generaciones, en donde hay un gran involucramiento de las generaciones mayores en la vida reproductiva de las menores, y en donde la infertilidad es un hecho que no se comunica hacia fuera de las parejas. El entorno proporciona el escenario para que la infertilidad sea un hecho no compartido, a la vez que ejerce presión sobre las edades y situaciones que se consideran ideales para la reproducción.



Las parejas del primer grupo fueron las que sufrieron en mayor grado las presiones de sus contextos. “A una amiga ya no la invitaban a las fiestas porque había tenido un hijo, y ahora todos los demás estamos como en la etapa de tener hijos” (Romina, casada, 31 años) En este grupo, en varios relatos aparecieron embarazos de alguna amiga o pariente cercana como el detonador de los deseos de buscar tratamientos. Ninguna pareja comunicó a sus parientes ni amigos sobre su situación al inicio

“Sentimos que, durante esos dos años que estuvimos buscando, fue como algo muy personal entre Romina y yo, obviamente el doctor es el que nos guía y nos va explicando todo lo que va pasando. Pero decidimos como que no hacerlo público. Obviamente ya cuando decidimos ya hacer el In Vitro ya involucramos a nuestras familias, les dijimos: oigan, no nos ha resultado como nosotros hubiéramos querido, pero en esto sí necesitamos de su apoyo.” (Fernando, casado, 30 años)

Y cuando lo comunicaron lo hicieron únicamente a algún miembro cercano de la familia. “Nos preguntaban mucho, hasta que un día le dije a mi papá: ¡No lo vuelvas a mencionar, estamos intentándolo y no podemos! (Renata, casada, 36 años). Leonora me relataba que al acudir a comidas con amigos que estaban teniendo hijos, nunca faltaba la broma a Roberto de: ¿por qué ustedes no? ¿No sirves?, y eso generaba mucha mayor tensión.

Las tres parejas del segundo grupo mencionaron haber compartido la experiencia con diferentes personas, Erica y Alfonso con la familia de ella,

Andrea y Mario con algunos amigos y Patricia y Miguel, al igual que las otras dos, con personas que estaban pasando por la misma situación. Aunque ninguna pareja haya acudido a grupos de apoyo, estas parejas sí conocieron gente involucrada también en tratamientos con quien compartir la vivencia o se apoyaron en relaciones cercanas en ese momento. “Lo trataba de verbalizar mucho, y sobre todo con gente que ya lo había vivido, un poco para entender qué nos estaba pasando, dónde estábamos parados. Y sí, lo comentaba mucho con amigos. Inclusive hicimos amistad con gente que estaba en lo mismo, fue muy bonito, como trabajo colectivo.” (Mario, casado, 41 años)

El tema fue tratado de forma distinta en los dos grupos, pero aunque en el segundo las relaciones que se hayan entablado hayan sido resultado del proceso de búsqueda o se hayan fortalecido con él, la comunicación más difícil en los dos grupos fue con las generaciones mayores, en algunos casos no se entabló, y en otros hasta las últimas instancias y de manera más dirigida hacia las madres de las mujeres.

### El uso de donadores

Probablemente las controversias generadas al pensar en concebir un hijo en el propio cuerpo con células que no provengan de ninguno de los miembros de la pareja provocaron que, aunque la mayoría de las parejas respondieran que no lo hubieran hecho, fuera el tema en donde más causas divergentes se dieran. El hecho de que las parejas no se planteen lograr un embarazo con la participación de donadores permite hablar sobre ideas comunes sobre el parentesco (construido aquí con base en relaciones genéticas). Algunas parejas se enfrentaron a esa alternativa durante el proceso y otras no, pero todas las parejas pensaron o hablaron entre ellos sobre esa posibilidad durante o previo a los tratamientos. “No estoy en contra, pero yo no lo haría. Yo no hubiera puesto mi óvulo con cualquier esperma, y tampoco donaría mis óvulos para que cualquiera los use.” (Romina, casada, 31 años)

Dentro de la variedad de opiniones, algunas se orientaron más hacia la incertidumbre genética que esto generaría, a no saber qué cosas a la larga serían problemáticas, las enfermedades, estilo de vida y antecedentes del donador, que “Aunque lo veas en una foto, no sabes nada de él, no sabes nada de su familia o de su pasado y qué cosas le va a heredar a tu hijo, preferiría pedirselo a un amigo que conociera bien, pero de todas formas habría muchos problemas, no, no lo hubiéramos hecho”. (Renata, casada, 36 años) En esta materia los dos grupos de parejas no se alejaron el uno del otro, algunas parejas se inclinaron más por razones de incertidumbre e incomodidad al saber que uno de los dos no era el padre o madre (en un sentido de parecidos físicos y “pureza” de la fecundación que deja de corresponder a la noción de un nacimiento producto de una relación sexual de pareja) y las mujeres a gestar un hijo que no fuera de su pareja. “Nunca nos inclinamos por la adopción. La verdad es que (el uso de donadores) no me hubiera encantado, ahí sí me hubiera inclinado por la adopción. Adopción sobre donadores, toda la vida. Si ya no es cien por ciento nuestro, prefiero adoptar.” (Lucía, divorciada, 38 años) y otras se inclinaron más por una cuestión de equidad que representaría problemas futuros para alguno de los miembros.

“Ahora, si yo hubiera sido, me hubieran donado el óvulo y Miguel hubiera puesto el espermatozoides, el hijo hubiera sido mitad genético de Miguel y mío no. Y en otro caso hubiera sido al revés. Eso no me parecía como justo. Lo justo es: o sea, no podemos tener hijos tú y yo por x ó y, vamos a adoptar, el niño no es ni tuyo ni mío, es de los dos. O bueno, equitativo también es: dona el espermatozoides y dona el óvulo, que es más difícil que pegue.” (Patricia, casada, 40 años)

Aunque el uso de donadores generara muchas dudas para los usuarios, la carga fue algo diferente cuando se planteó la posibilidad de que la célula donada fuera el óvulo, Mario le proponía ese escenario a Andrea ya que ella iba a ser quien cargara al bebé nueve meses y a sentirlo suyo, e Inés opinaba



“Entonces muy probablemente sí hubiera aceptado, porque yo creo que la donación de óvulos, simple y sencillamente te están dando el inicio de la vida, pero finalmente tú lo vas a tener en tu vientre, finalmente tú lo vas a traer nueve meses, algo tiene que tener de ti. Digo, nueve meses no solamente sirves de una incubadora, de un huevo, de un saco, finalmente es tu sangre, es parte de tu vida.”

En el caso de Erica, también dispuesta a recibir donación de óvulos (y un caso en donde se acentúan las relaciones de parentesco de ambos miembros de la pareja y se resuelven las incertidumbres sobre los donadores), Alfonso fue quien no aceptó

“Pues mira, mis hermanas todas se ofrecían, ellas nos decían: ¿por qué no intentamos y hacemos un revoltijo y a ver de quién, y obviamente yo sabía que no habría ningún conflicto, de que de repente dijeran: no, pues este no es tu hijo, es mío, pero Alfonso no estaba muy convencido, y yo tampoco del todo, yo entendía la intención de ellas, de decir: oye pues todas nos sometemos a las inyecciones para estimular la ovulación y que hagan ahí un coctelito y pues a ver qué, pero Alfonso me dijo que no, me dijo: la verdad me resultaría muy incómodo, él no quiso, y yo, si él me hubiera dicho que sí, lo hubiéramos hecho.” (Erica, casada, 52 años)

A lo largo de estos relatos sobre las posibles situaciones de donación, encontramos una negación a la donación de cualquiera de las células, una negación a la donación de esperma, y una opinión más abierta sobre la donación de óvulos, apoyando la noción expuesta en Álvarez (2006) de que la paternidad sólo puede ser genética, mientras que la maternidad parece que es más biológica por el embarazo; las mujeres lo idealizan, construyen con él los lazos necesarios. Aquí el embarazo, en donde se comparten sustancias, espacio, sangre, parece adquirir igual importancia que la relación genética de la madre con el hijo y de cierta manera nivela el hecho de la célula ajena,

mientras que para los varones, al no contar nunca con esa etapa corporal, el no colaborar con material genético en la fecundación tiene mayores implicaciones simbólicas.

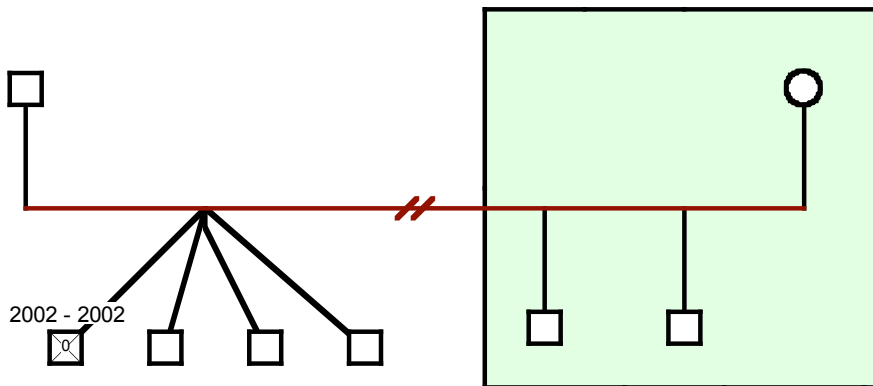
### El embarazo

El embarazo, además de ser el punto en donde, según la opinión de los informantes que lo experimentaron, la relación biológica entre madre e hijo inicia, es para ambos miembros de la pareja que acudió a la reproducción asistida el momento en el que el éxito de los tratamientos se hace evidente, aunque la infertilidad también incluya la incapacidad de llevar un embarazo a término. Durante mi trabajo de campo algunas mujeres estaban embarazadas y otras lo habían estado recientemente, y observé que durante este tipo de embarazos se tienen consideraciones especiales, sobre todo una mayor atención a cualquier cambio corporal y un monitoreo intenso de cada etapa, aunque la medicina formal explique que, una vez logrado el embarazo y sin tener la incapacidad de llevarlo a término, no existen complicaciones diferentes a las que se presentan en un embarazo cualquiera. “Nosotros estuvimos cada segundo, me frustraba que mis libros de embarazo no tenían fotos de cada día, no? Ja ja ja, tenían fotos de cada tres semanas. Nosotros lo vivimos muy intensamente desde el primer instante.” (Andrea, casada, 37 años)<sup>5</sup> Un dato para considerar es que alrededor de las preocupaciones durante el embarazo en RA, existe el mito de que los hijos deben de nacer por medio de cesárea, hecho que no está comprobado pero que algunos médicos practican. “No creo que los embarazos logrados con tratamiento hagan que las mujeres se involucren más, más bien esto tiene que ver con la motivación para ser madres[...].Lo que sí suele ocurrir es mayor tensión emocional durante el

---

<sup>5</sup> Andrea y Mario se enteraron del padecimiento de cáncer de Andrea en las últimas semanas del embarazo y su monitoreo fue mucho más constante debido a las molestias de ella durante el embarazo.

embarazo con mayor presencia de miedo a la pérdida del bebé.” (Dr. Rodríguez Rábago, ginecólogo)



Lucía consiguió un embarazo de cuatrillizos por medio de inseminación artificial y todos fallecieron antes del primer año de vida.

Retomando la premisa de que en la esfera de la RA se refuerzan los roles y creencias tradicionales dentro de las parejas (Álvarez), es útil contrastar las experiencias de Erica y Patricia, madres de hijos adoptivos, con las de las mujeres que sí vivieron un embarazo. Patricia, aunque acudió durante años a tratamiento, me explicaba que desde su juventud observaba los embarazos como una etapa “de flojera”, que no quería estar embarazada, que la habían educado para no buscar la felicidad en ser esposa y madre y eso se le había metido mucho,

“Que me ahorré muchas, y eso lo veo positivo, veía a las embarazadas y me daban flojera, siempre me dio miedo el embarazo, el rollo de la panza. La amamantada me daba como muy para abajo. A mi mamá también, a mis hermanas también, a mis primas también. Es como una cosa de leyenda en mi familia, de qué horrible es embarazarse, qué horrible es amamantar [...] Entonces, bueno, yo creo que yo he creado una relación de maternidad muy buena, me siento muy contenta con mis hijos. Mis hijos creo que son unos niños muy felices, yo estoy muy feliz con ellos. Me siento muy ligada a ellos, muy bien.” (Patricia, casada, 40 años)

y Erica, en un principio temerosa por no sentir esa conexión con su hijo me explicaba “Y la verdad es que yo sí pensaba que no iba a tener, esas cosas yo decía, ¿cómo? No lo voy a oír en la noche, no voy a tener ese vínculo con él. Y la verdad, y es absolutamente en serio, yo siento que lo tuve desde el momento en que lo tuve en los brazos.” (Erica, casada, 52 años)

Es imposible que las madres que no se embarazaron puedan hablar sobre esa etapa de la misma manera que las que sí lo hicieron, que a su vez lo describen como algo fundamental para iniciar la maternidad.

“Yo amé estar embarazada. Era un momento mágico, brillas. Después de que nacieron los tres, a mí me entró la depresión porque yo sentía un hoyo, tenía a los bebés aquí, pero ya no aquí. Sentía que me faltaban. Ese vínculo que se hace cuando está adentro de tu panza no lo puedes explicar, ni ningún hombre te lo va a entender nunca, nunca, nunca. Es bien especial.” (Renata, casada, 36 años)

“Y pues se hace un bonding desde el principio muy bonito.” (Romina, casada, 31 años) La vivencia del embarazo, aunado a la posibilidad de tener hijos con las células propias, es el objetivo logrado por la RA. Los lazos que permite entablar, explicados por las madres como exclusivamente femeninos, son entablados por los hombres también en esta etapa.

“En mi caso siempre, digo, se generó un lazo desde que supimos que estaba embarazada. Tratas de establecerlo, no sólo con ella, sino también con él, el acercarte, acariciarle el vientre, inclusive, yo, por ejemplo, tanto a Sebastián como al bebé que ahorita estamos esperando, yo llego, la acaricio, le hablo, le doy besos a su vientre. Y hay cosas que expresamos en cuanto a cariño hacia él, como el hecho de que lo estamos esperando, esas cosas.” (Pedro, casado, 35 años)

Esta etapa logra crear los lazos biológicos entre madre e hijo, que las adopciones no proporcionan, y los lazos afectivos entre padre e hijo, funcionando así como un momento en el que ambos miembros de la pareja inician la paternidad. El embarazo es representación del cumplimiento de las expectativas, es el fin de la búsqueda que en algunos casos duró varios años.

“Entonces como que desde un inicio ya, como que la esperas ya con mucha ansia, entonces ahora yo no lo veo como una embarazo de nueve meses, yo lo veo como un embarazo de casi un año, entonces la esperamos, y ya cuando llega la bebé pues sí ya la conoces, pero ya como que tiene los mismos hábitos, por ejemplo, el último mes del embarazo, que ya sabemos, la sentíamos que estaba inquieta a las nueve de la noche, al principio (cuando nació) era igualito.” (Fernando, casado, 30 años)

### Las adopciones

Todas las parejas se encontraban en un momento diferente (en cuanto a edad y trayectoria) cuando se realizó la investigación, algunas estaban en la etapa de los primeros embarazos, otras en la de crianza, otras en el proceso de tratamientos. Dos parejas tenían hijos adoptivos después de haber acudido a tratamientos sin resultados. Ninguna de las parejas respondió haber considerado la adopción antes o durante los tratamientos. Las parejas para quienes los tratamientos dieron resultado, decían optar por la no descendencia en vez de buscar un hijo adoptivo, “replantarse los planes a futuro”, pero, aunque proceso de muchos años, sí lograron un embarazo. Las dos parejas con hijos adoptivos tampoco se habían planteado recurrir a esa estrategia al iniciar los tratamientos, la eligieron hasta el momento en que no encontraron más alternativas para tener un hijo propio.

“Y yo estaba siempre con la idea de hasta agotar todo, es más, no quería yo adoptar, aunque siempre había sido partidaria de que se

adoptara, yo les decía a mis papas: adopten, pensándolo ya en mi situación y en mi circunstancia...Fue un In Vitro lo último, y ya regresando con Ramiro, me dijo: no, pues, quieres ser mamá? Tu opción es adoptar. Entonces ahí fue como decir: sí, pues si ya toqué fondo, ya no hay más opciones.” (Erica, casada, 52 años)

“Entonces el punto y lo que dijimos fue: no vamos a tener hijos, esto no es para nosotros. Y yo un poco desesperanzada y sin ningún tipo de plan a corto plazo dije: pues yo voy a hacer cosas de adopción.” (Patricia, casada, 40 años) El acercamiento a las TRA en este contexto implica un deseo por la descendencia con células propias, por iniciar la paternidad desde el embarazo, así como un deseo por la certeza genética que aportan los dos padres. Miguel me explicaba la necesidad de haber pasado por todo el proceso, desde el deseo de concebir, los fracasos de cada tratamiento, el volver a plantearse expectativas y planes, para poder considerar la adopción. “Con lo de los hijos, nunca habíamos pensado en tener hijos adoptivos, el resto fue un aprendizaje, una preparación para eso. Cuando la gente no puede tener hijos yo pienso: ahórrense los tratamientos, adopten, pero realmente es algo por lo que nosotros tuvimos que pasar para estar preparados para adoptar.” (Miguel, casado, 45 años)

Dentro de este universo de estudio no hubo individuos que no hayan encontrado resultados en los tratamientos o no hayan adoptado, por lo tanto la opción de la no descendencia no pudo ser analizada. Más bien fue una idea que se plantearon las parejas sin llegar al punto en el que verdaderamente tuviera que ser considerada para ser padres; las que lo hicieron la consideraron hasta el momento en que realmente se enfrentaron con los fracasos de los tratamientos.

## **Conclusiones**

Las Técnicas de Reproducción Asistida pueden considerarse como un punto de convergencia de múltiples esferas, tanto de la vida de los usuarios -en cuanto a sus prácticas y nociones culturales- como del contexto contemporáneo de la ciudad de México. El marco legislativo del Distrito Federal proporciona un terreno para la RA en donde se pueden llevar a cabo prácticas que en otros contextos son sancionadas y extremadamente reguladas. Las instituciones públicas cuentan con sus propias regulaciones y las privadas con otras, haciendo evidente que la práctica privada permanece aún más que la pública fuera del alcance de una legislación adecuada y cuidadosa de cada procedimiento. El ámbito privado, aunque se apegue a las regulaciones dictadas desde los organismos mundiales y nacionales en materia de salud general, carece de las restricciones ejercidas en las instituciones públicas –que se dirigen más hacia quién tiene acceso a la tecnología reproductiva- proporcionando así múltiples alternativas para los usuarios, que aunque representan a un sector poblacional minoritario, tienen el poder adquisitivo para acudir a ellas en varias ocasiones y gozar de los servicios a su disposición.

Una de las situaciones mencionadas en Chávez (2008) es el descontento de los pacientes con el trato recibido en la institución pública, que permite retomar dos temas expuestos en *Infertility Around the Globe* (Inhorn et al.). El primero es la tendencia a separar el cuerpo de la mente, es decir, considerar la infertilidad únicamente como un padecimiento físico, aún cuando múltiples estudios demuestren que los asuntos concernientes a la fertilidad se encuentran inmersos en un entramado de nociones, formas de enfrentarla, formas de aceptar un diagnóstico y darle seguimiento. Siguiendo con esta idea y comparando el sector público con el privado en donde la elección del médico tiene que ver también con el tipo de relación que se puede entablar con él, se puede retomar también la idea de “sensibilidad local” que utilizan los autores para explicar parte del éxito de las tecnologías aplicadas en Egipto mencionadas con anterioridad (Inhorn et al. *The Local Confronts the Global*). Los procedimientos que se acercan al problema con “sensibilidad egipcia” son

a la vez en los que los pacientes permanecen más tiempo y con mayor perseverancia. De la misma manera, en el universo de estudio del presente trabajo, las personas cambian de médico conforme a sus expectativas en el trato y en cómo resuelven los problemas que se ubican no solamente en el área corporal, también en la afectiva y psicológica. Los resultados de esta investigación indican que la práctica privada no ofrece únicamente una solución médica; los pacientes acuden a tratamiento con los médicos que van a tomar decisiones con ellos y en quienes confían.

Para una futura investigación en esta materia sería importante analizar si las relaciones con los médicos son un factor que permite dar el seguimiento adecuado a los tratamientos y qué tanto influye la lejanía médico-paciente en los fracasos de los mismos, así como buscar una respuesta a por qué la práctica privada se escapa del alcance de las regulaciones que en otros lugares del mundo son muy estrictas.

Al analizar el marco legal dentro del cual las TRA se llevan a la práctica, es notorio que el Distrito Federal carece de normas específicas dirigidas tanto a las instituciones proveedoras del servicio, como a los usuarios que se acercan a ellas. Las dos iniciativas de ley (provenientes del PAN y el PRD) mencionadas en el presente trabajo, con el interés de regular el desarrollo y uso de las nuevas tecnologías, ponen énfasis en diferentes aspectos de los procedimientos.

La iniciativa del PAN se concentra en determinar quiénes pueden tener acceso a dichas tecnologías y cómo resolver la paternidad de los hijos producto de ellas, y la del PRD, retomando las normas de la bioética, dictamina qué procedimientos pueden realizarse y bajo qué condiciones. Al realizar esta investigación con los usuarios de las TRA han surgido otros aspectos que sería importante que la legislación local considerara. Probablemente el punto más importante podría concentrarse en cómo se realizan los diagnósticos de infertilidad, proponiendo que la infertilidad sea tratada desde ese momento por



un equipo multidisciplinario y los casos tuvieran un seguimiento cercano, de tal forma que los tratamientos no se aplicaran de manera indiscriminada. Los diagnósticos podrían realizarse en ambos cuerpos (femenino y masculino) desde el inicio, para así evitar tratamientos inadecuados por falta de estudios en el cuerpo masculino, así como, en los casos de infertilidad en pareja, involucrar a ambos miembros. Sobre el almacenamiento de embriones y su uso para investigación, los pacientes deberían estar informados y capacitados desde el inicio para tomar dichas decisiones, ya que las iniciativas de ley prohíben el congelamiento embrionario para futuros embarazos pero permiten el uso de embriones para investigación. En una arena en donde con varios tratamientos se fertiliza a más de un embrión y eso involucra nociones religiosas, sobre la vida, y bioéticas durante los tratamientos, podría darse a los pacientes la oportunidad de participar en decisiones importantes y tener claridad de por qué tratamiento optar. Ninguna de las iniciativas contempla la posibilidad de que sea un varón quien tiene deseos de reproducirse, factor que sigue promoviendo que la reproducción sea un asunto femenino, y ya que ambas iniciativas permiten la maternidad subrogada, el deseo masculino debería considerarse también.

Considerando al universo de estudio de este trabajo, las regulaciones en cuanto a donadores y vientres de alquiler no tienen cabida ya que se trata de parejas deseosas de concebir en sus cuerpos con sus células. Estas parejas construyen sus sistemas de parentesco en cuanto a referentes de consanguinidad y las TRA funcionan como la estrategia ideal para lograr relaciones de filiación ideales en este universo “Consanguinidad y filiación se enlazan y refuerzan con las técnicas de reproducción asistida” (Álvarez, 2006: 429). La negación a las donaciones y el hecho de no considerar las adopciones como una alternativa posible reflejan cómo se piensa sobre el parentesco y cómo se piensa y se planea la vida de pareja. No tuve oportunidad de entrevistar a parejas que hubieran optado por la no descendencia y también

sería importante dar seguimiento a parejas que no logren un embarazo y permanezcan reacias a la adopción y la donación.

En cuanto a las nociones culturales que se manifiestan en las TRA, la construcción de parentesco tomando como base la sustancia biogenética compartida es la más notoria, pero el análisis de las dinámicas de las parejas que acuden a ellas permite hacer también un retrato de la clase media-alta de la ciudad y cuáles son sus prácticas y roles. De entre todos los cambios culturales que este sector ha practicado, el retraso de la maternidad permite hablar de un aumento de mujeres que eligen tener otro tipo de experiencias individuales o en pareja y después se enfrentan a los hechos médicos de las dificultades para concebir pero cuentan ahora con una gama de alternativas para intentar lograrlo. El grupo de parejas que no practican roles tradicionales fue el grupo en donde menos embarazos se lograron, sería deseable ampliar la investigación para profundizar en si existe una relación entre estas variables.

“Parece como si la reproducción asistida pusiera énfasis en la maternidad con relación a la paternidad.” (Álvarez, 2006: 451) Los tratamientos en RA se llevan a cabo en los cuerpos femeninos y son las mujeres las que atraviesan por el dolor físico y las rutinas de los tratamientos, pero en la experiencia de pareja se habla sobre un involucramiento de ambos miembros, y en la mayoría de las parejas entrevistadas fueron ambos o ninguno de los miembros los que tenían un problema fisiológico detectado. Contar con los testimonios masculinos ha sido parte esencial al analizar la experiencia como un todo, en el que participan tanto hombres como mujeres y para alejarnos de la idea de que el deseo de concebir es un deseo femenino en el que los varones participan a la distancia, como algunos estudios sobre el tema dan la impresión.

Las TRA concentran mucha atención en el embarazo, y durante este periodo, además de durante los tratamientos, es el cuerpo femenino el que está bajo constante vigilancia y monitoreo, es el que recibe las miradas y en el que se constata la fertilidad de hombres y mujeres. El embarazo como culminación de

los tratamientos de fertilidad pone énfasis en el papel reproductivo femenino, y es evaluado por ambos miembros de la pareja como momento crucial para la paternidad. Proporciona a las mujeres la posibilidad de entablar los lazos biológicos con sus futuros hijos y a los hombres los sociales-afectivos. Esta situación, como otras alrededor de la reproducción, se vive de manera distinta de acuerdo a los patrones culturales y de pareja que los individuos ejercen. Dentro del grupo de parejas tradicionales, es el embarazo una etapa fundamental en el ciclo de vida, tanto para ellas como para ellos y parece ser el objetivo que las parejas logran al acudir a tratamiento.

Sería de gran utilidad plantear incluir las visiones y experiencias masculinas en cualquier estudio sobre reproducción, ya que está claro que las dinámicas y roles de pareja tienen gran impacto sobre los patrones reproductivos en los diferentes sectores socioeconómicos y culturales de la ciudad de México.

## Bibliografía

Adler Lomnitz, Larissa, Marisol Pérez Lizaur. *Una familia de la élite mexicana. Parentesco, clase y cultura 1820-1980*, Alianza, México, 1993.

Almazán Cué, Juan Pablo. *De la filiación resultante a través de la aplicación de Técnicas de Fecundación Humana Asistida*, Flores Editor y Distribuidor, San Luis Potosí, México, 2008.

Álvarez, Consuelo. 2006. *Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida*, en **Revista de antropología social**, Madrid.

Benazon, Nili R., et al. (Eds.). *Women's Health and Well-Being*, Canadian Woman Studies, York University, Canadá, 2005.

Bernard, H. Russell. *Qualitative Data Analysis II: Models and Matrices*, pp. 522-548, en **Research Methods in Anthropology**, AltaMira Press, UK, 2006.

Bestard Camps, Joan. *Parentesco y modernidad*, Paidós, Barcelona, 1999.

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

Chávez, Mayra. *Infertilidad y Técnicas de Reproducción Asistida: Una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco*, tesis doctoral, UAM-Iztapalapa, México, 2008.

Díaz, Cristina. Proyecto *Reproducción doméstica y relaciones interétnicas en el contexto de la Costa Chica*, El Colegio de México, México, 2008.

Domínguez V., Rosario, Mackena, Pacheco (Eds.). 2001. *Tener un hijo: conociendo la infertilidad y los caminos para resolverla*, Unidad de medicina reproductiva, Clínica Las Condes, Chile.

Fox, Robin. *Sistemas de parentesco y matrimonio*, Alianza Editorial, Madrid, 1980.

García Fernández, Dora. *La adopción de embriones humanos. Una propuesta de regulación*, Colección de Derecho y Bioética, Tomo II, Universidad Anáhuac México Norte, México, 2007.

Gómez Fröde, Carina. *Derecho procesal familiar*, Ed. Porrúa, México, 2007.

Grau Rebollo, Jorge. *Procreación, género e identidad. Debates actuales sobre el parentesco y la familia en clave transcultural*, Bellaterra, Barcelona, 2005.

Heritier, Françoise. 1986. *El muslo de Júpiter*, en **El hombre: selección de artículos de la Revista francesa de antropología**, Ed. Manantial, Argentina.

Inhorn, Marcia C., Frank Van Balen (Eds.). *Infertility around the globe*, University of California Press, 2002.

Olavarría, María Eugenia. *Cuerpo, parentesco y sustancia*, De Signis, Barcelona.

Olavarría, María Eugenia. *De la casa al laboratorio*, en **Alteridades**, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2002.

Sánchez Bringas, Ángeles. *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*, UAM-PUEG, México, 2003.

Schneider, David M. *American Kinship: a Cultural Account*, University of Chicago Press, Chicago, 1970.

Strathern, Marilyn. *Reproducing the Future: Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*, Nueva York, Routledge, 1992.