



CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES.
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA.

TESIS

***INFERTILIDAD. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL
DE UN PADECIMIENTO.***

PRESENTA

Lellanis Arroyo Rojas

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN ESTUDIOS
SOCIOCULTURALES.

TUTORA

Dra. María Eugenia Patiño López.

COMITÉ DE TUTORAL

Dr. Genaro Zalpa Ramírez.

Dra. María Martha Francisca Collignon Goribar.

Dra. María Rebeca Padilla de la Torre.

Dra. Liliana Ibeth Castañeda Rentería.

Aguascalientes, Ags. 08 de agosto de 2018.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

Asunto: Voto Aprobatorio

DRA: GRISELDA ALICIA MACÍAS IBARRA

DECANA DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

P R E S E N T E

Estimada Decana:

Hacemos de su conocimiento que el estudiante **LELLANIS ARROYO ROJAS** con ID: **210205** del Doctorado en Estudios Socioculturales, realizó la tesis titulada: **"Infertilidad. La construcción social de un padecimiento"** y con fundamento en el artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia, nos permitimos emitir **VOTO APROBATORIO**.

La tesis incorpora los elementos teóricos y metodológicos que le permiten ser defendida en el examen de grado reglamentario, por ello se solicita que se proceda a los trámites correspondientes para la presentación de dicho examen.

Ponemos lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, nos permitimos enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"SE LUMEN PROFERE"

Aguascalientes, Ags. 06 de agosto de 2018.

Por el Comité Tutorial

Dra. María Eugenia Patiño López

Dr. Genaro Zalpa Ramírez

Dra. María Martha Francisca Collignon Goribar

Doctorado en Estudios Socioculturales

Av. Universidad 940. Aguascalientes, Ags. México Tel +52 (449) 910 84 95

docienso@correo.uaa.mx



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES
Y HUMANIDADES

Asunto: Autorización de Tesis
Oficio CCS y H N°. 621

MTRA. LELLANIS ARROYO ROJAS

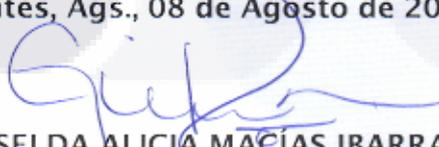
P R E S E N T E

Con base en lo que establece el Reglamento de Docencia en el artículo 173, le informo que se autoriza el Tema de Tesis: **"INFERTILIDAD. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE UN PADECIMIENTO"** Así mismo se le designa como asesora a la **Dra. María Eugenia Patiño López** a fin de asignarle fecha para la verificación del Examen de Grado para la obtención del título del Doctorado en Ciencias Sociales y Humanidades, deberá cumplir con lo establecido en los artículos 161, 162, 174 y 175.

Con el objeto de dar cumplimiento a este reglamento el paso siguiente será autorizar la impresión de su tesis, toda vez que presente la carta de liberación y/o acuerdo señalado en la Fracc. II del artículo 175.

Sin más por el momento, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., 08 de Agosto de 2018.


DRA. GRISELDA ALICIA MACÍAS IBARRA
DECANA

c.c.p. Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera. Secretario de Investigación y Posgrado del CCS y H.
c.c.p. Dr. Salvador de León Vázquez. Secretario Técnico del Doctorado en Estudios Socioculturales
c.c.p. Archivo.


9/08/18

Recibi Griselda Cirg
9/08/18.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES
Y HUMANIDADES

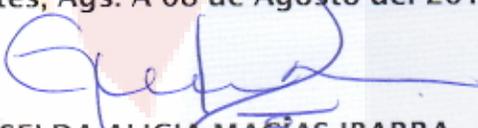
Asunto: Conclusión de Tesis
Oficio CCS y H N°. 621

DRA. MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ SERNA
DIRECTORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADOS
P R E S E N T E.

Por medio del presente me permito comunicarle a usted que el documento final de la tesis titulado: "INFERTILIDAD. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE UN PADECIMIENTO", de la MTRA. LELLANIS ARROYO ROJAS ID. 210205 egresada del Doctorado en Estudios Socioculturales, respeta las normas y lineamientos establecidos institucionalmente para su elaboración y su autor cuenta con el voto aprobatorio de su tutor y comité tutorial.

Sin más por el momento, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags. A 08 de Agosto del 2018


DRA. GRISELDA ALICIA MACÍAS IBARRA
DECANA

c.c.p. Dr. Salvador de León Vázquez. Secretario Técnico del Doctorado en Estudios Socioculturales
c.c.p. Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera. Secretario de Investigación y Posgrado del CCS y H.
c.c.p. Mtra. Imelda Jiménez García. Jefa del Depto. De Control Escolar
c.c.p. Mtra. Lellanis Arroyo Rojas. Egresada del Doctorado en Estudios Socioculturales
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

Y aquí van mis agradecimientos, escritos a la primera. Estoy segura que ante la emoción habrá nombres que se escapan y quién sabe si pueda terminar de emborronar esta cuartilla, las lágrimas comienzan a brotar. Pero eso sí, un especial agradecimiento a mis seres queridos que nunca se bajaron de este bote y aquellos otros que se embarcaron durante la travesía.

Mamá y papá mis columnas que no se quiebran.

A Juan Alberto Flores Sáenz y a mi hijo Fabio Alejandro, el agradecimiento por el amor y la comprensión infinitos ante mi mal humor, el estrés, mis ausencias y desveladas; las gracias por recordarme que la academia es una parte más de la vida.

A Toulouse (mi gato) por la compañía incondicional.

A mi comité de sinodales, que sin sus tirones a mis orejas, no hubiese visto la luz este documento.

A los nuevos amigos y sus consejos que llegaron a mi vida: Juan José, Betsabee, María de Luz, Lourdes Martínez, Astrid y muchos otros.

A la ciudad de Aguascalientes y a todos sus habitantes. A México en pleno, maravillosa y mágica tierra, como maravillosa y mágica son sus gentes; que me ha permitido seguir creciendo. Espero regresar de estos tres largos años con lecciones aprendidas y en el intento de ejercer a un mejor ser humano.

A CONACyT, por el apoyo financiero, también muy importante.

DEDICATORIA

A mi hijo, a mis padres.



Tabla de contenido

Índice de tablas	5
Índice de anexos	6
Resumen	7
Abstract	9
I. Puntos de partida: intereses personales y académicos en torno al tema de la infertilidad.	11
II. Aproximaciones al tema de la infertilidad	21
Algunos datos epidemiológicos	21
Tasas de infertilidad en México	23
Más allá de las estadísticas. ¿Qué sucede al interior de la familia?	26
Problematizar a la infertilidad. Referentes, conceptos y tensiones	34
¿Por qué estudiar la infertilidad en Aguascalientes? Desde quiénes y desde dónde estamos hablando	38
Novedad y aportes de la investigación	45
III. Estado del arte. ¿Desde dónde ha estado la producción académica sobre la infertilidad?	46
Diálogo entre las ciencias médicas y las ciencias sociales para los estudios sobre la infertilidad	47
Feminismo y estudios de género	51
Bioética y ciencias jurídicas	53
Las ciencias sociales y los estudios de infertilidad en México	59
¿Qué y quiénes han versado sobre el cuerpo?	62
“Un hijo no, mejor ninguno”. Investigaciones y autores que se aproximan a la no maternidad y no paternidad voluntarias	69
IV. Perspectiva teórica y conceptos necesarios para la investigación	74
Sociología del cuerpo y sociología de la salud-enfermedad. El cuerpo moldeado por el mundo de la vida	79
V. Anclajes metodológicos para el estudio de la infertilidad	88
El acercamiento a la realidad a través de los métodos narrativos	90
Estrategia metodológica para el desarrollo de la investigación	94
Ingreso al campo. Descripción de los sujetos y de los escenarios de estudio	97
El análisis de la infertilidad como fenómeno de la vida cotidiana: la construcción social del padecimiento	104
Consideraciones éticas	108
VI. Resultados y discusión	109
Ruta o ¿rutas del padecer? Sentimientos, emociones, significados, creencias	118
La infertilidad y el cuerpo: articulación de los conceptos	142
La estructura temporal de la vida cotidiana... Ni tan joven, ni tan viejo	152
La parentalidad no consanguínea, una construcción social. ¿Posible solución ante un proceso de infertilidad?	160
El género en el ser infértil, hombre o mujer	165
La construcción social de la infertilidad desde los discursos presentes en los actores de la vida cotidiana	186
La incesante búsqueda de una solución a través de las prácticas	201
“Una posibilidad infinita... Hasta que lo logremos; hasta que lo logres...”. Las prácticas, los tratamientos, ni tan hegemónicos, ni tan alternativos	204
¿Cuáles prácticas? El cuerpo, en tanto elemento sexuado, también marca distinción en las prácticas.	238
VII. A manera de conclusiones. Balances y horizontes	242
Bibliografía	253
Anexos	274

Índice de tablas

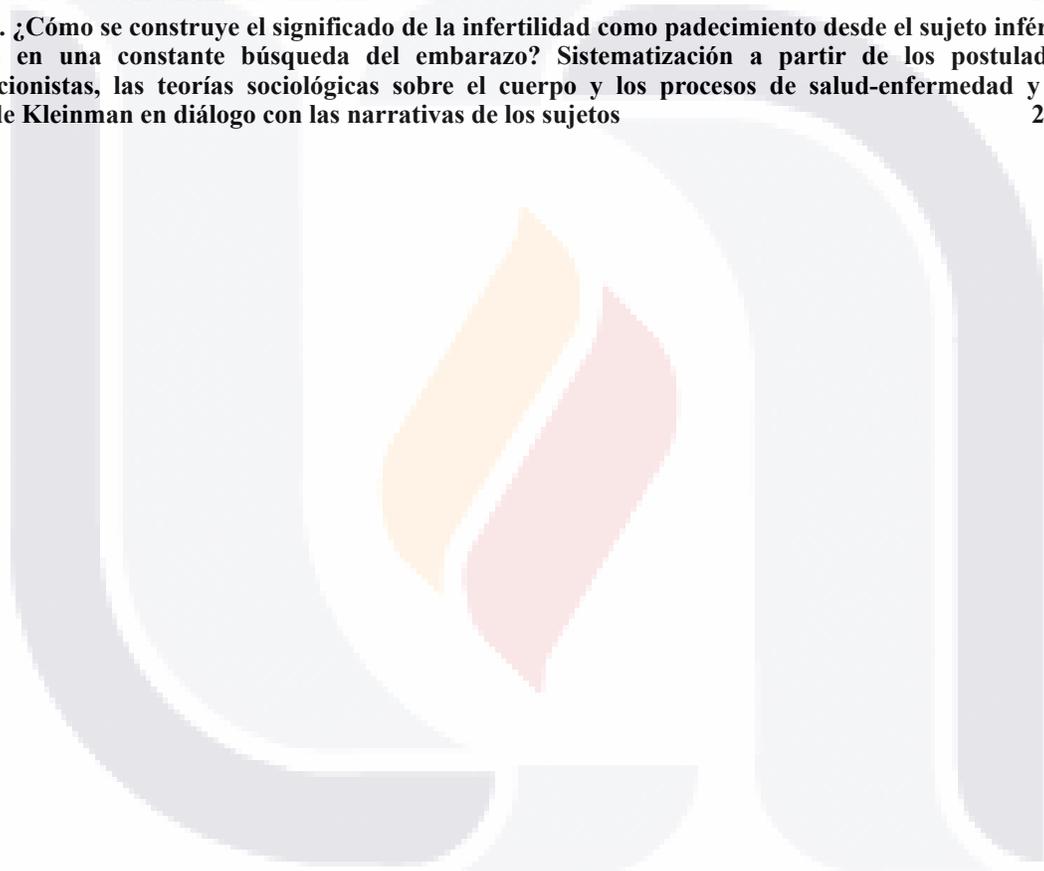
Tabla. 1. Muestra las actitudes seguidas por las personas que ante una sospecha o diagnóstico definitivo de imposibilidad reproductiva deciden tomar acción. Elaboración propia.
96

Tabla 2. Generalidades de los participantes en el estudio. Un total de nueve casos.
103-104



Índice de anexos

Anexo A. Carta de aceptación y publicación del artículo	274-275
Anexo B. Ficha de identificación para los participantes en el estudio	276
Anexo C. Guía para la entrevista en profundidad temática aplicada a los participantes en el estudio	277
Anexo D. Revisión documental	282
Anexo E. Guía temática. Sistematización de los conceptos claves, así como de las categorías sobre las cuales se desarrollaron los análisis de la infertilidad como padecimiento desde el sujeto infértil.	283
Anexo F. Carta de consentimiento informado	284
Anexo G. ¿Cómo se construye el significado de la infertilidad como padecimiento desde el sujeto infértil que está en una constante búsqueda del embarazo? Sistematización a partir de los postulados construccionistas, las teorías sociológicas sobre el cuerpo y los procesos de salud-enfermedad y el modelo de Kleinman en diálogo con las narrativas de los sujetos	287



Resumen

Para el desarrollo de la presente investigación se partió del argumento de que los estudios sobre infertilidad han sido mayormente abordados desde el punto de vista de las ciencias médicas; y en los últimos años se ha registrado un marcado ascenso de las investigaciones desde lo jurídico y la bioética, los cuales, entres sus resultados, muestran un reforzamiento de los estereotipos tradicionales de matrimonio, pareja heterosexual y reproducción biológica. Sin embargo, son muy pocas las voces que ven al fenómeno desde una perspectiva sociocultural y orientada hacia la recuperación de los significados y experiencias en torno a episodios de infertilidad, en tanto fenómeno de la vida cotidiana que va más allá de los aspectos biomédicos.

El objetivo fundamental fue analizar la construcción social de la infertilidad como fenómeno del padecer desde la perspectiva de las personas infértiles y que están en una constante búsqueda del embarazo. Para ello se exploraron los significados, las creencias, así como las diferentes vías en tanto alternativas de tratamiento, que ponen en juego los sujetos, en aras de lograr un embarazo. Por otro lado el estudio se preocupó por cómo se articula el concepto cuerpo, arrojándolo como uno de los elementos centrales para la discusión y en tensión con otros conceptos, categorías analíticas y a partir de las lógicas socioculturales que se difunden en el mismo.

Nuestra investigación trabajó bajo la fundamentación teórica del construccionismo. Los anclajes metodológicos se establecieron en los métodos narrativos, permitiendo develar las trayectorias del padecimiento y a partir de ellas la construcción social del mismo.

Los hallazgos mostraron que la infertilidad es entendida como un padecimiento más allá de las dimensiones biológicas descritas y exploradas por las ciencias biomédicas. La infertilidad significa un padecer tanto para las mujeres como para los hombres, independientemente de las variables socio-demográficas y del conocimiento que tengan del mundo. El estudio mostró que la infertilidad es vista como una condición vergonzosa de un

cuerpo físico y también de un cuerpo social, en un contexto sociocultural determinado. Este significado está atravesado por mandatos culturales de género, de familia, maternidad/paternidad y se construye como padecer a partir de la interacción social. La infertilidad se construye como padecimiento a partir de la interacción entre lo privado y lo público.



Abstract

For the development of this research, it was based on the argument that studies on infertility have been mostly approached from the point of view of medical sciences; and in recent years there has been a marked rise in research from the legal and bioethical, which reinforce the traditional stereotypes of marriage, heterosexual couple and biological reproduction. However, there are very few voices that see the phenomenon from a sociocultural perspective and oriented towards the recovery of meanings and experiences around episodes of infertility, as a phenomenon of daily life that goes beyond the biomedical aspects.

The fundamental objective was to analyze the social construction of infertility as a phenomenon of suffering from the perspective of infertile people and who are in a constant search for pregnancy. In order to do this, the meanings, the beliefs, as well as the different ways in which treatment alternatives are put into play were explored, in order to achieve a pregnancy. On the other hand the study was concerned with how the body concept is articulated, throwing it as one of the central elements for discussion and in tension with other concepts, analytical categories and from the sociocultural logic that is disseminated in it.

Our research worked under the theoretical foundation of constructionism. The methodological anchors were established in the narrative methods, allowing to reveal the trajectories of the suffering and from them the social construction of the same.

The findings showed that infertility is understood as a condition beyond the biological dimensions described and explored by the biomedical sciences. Infertility means suffering for both women and men, regardless of socio-demographic variables and knowledge of the world. The study showed that infertility is seen as a shameful condition of a physical body and also of a social body, in a given cultural context. This meaning is crossed by cultural mandates of gender, family, motherhood and fatherhood and is built as suffering from

social interaction. Infertility is built as a condition from the interaction between the private and the public.



I. Puntos de partida: intereses personales y académicos en torno al tema de la infertilidad.

“Para entender la enfermedad, hay que considerar el discurso del ser humano, sus gestos, sus silencios, sus hábitos de sueño y vigilia, sus afanes, su naturaleza y tiempo”.

Hipócrates, 440 AC

Y un día comienzo a percibir que algo dentro de mí estaba en desorden. Pero, misteriosamente, no me causaba conflictos ese desorden. Tenía sueño, cansancio. Nunca me he descrito como una persona que guste de andar tumbada; sin embargo, por aquellos tiempos sí. Una compañera de oficina, por la cual siento un cariño entrañable, me miró, abrió los ojos y me dijo casi a gritos que resonaron de manera estruendosa entre las paredes de color pastel: -“estás embarazada”-. Embarazada, embarazada... repetía constantemente mi cabeza. Y pensé: -“sí, claro que puede ser, soy mujer, es normal”-. Mi propia postura de asumirlo como algo “normal” por el simple hecho de ser mujer, me invadió, me interpeló. Al mismo tiempo me descubrí sabiendo que nunca me había preguntado, acerca de la imposibilidad de traer hijos a este mundo. Debía seguramente ser por esa razón: el pensamiento regularizado y reproductivo de que ser mujer debe ser igual a ser madre.

Salimos corriendo escaleras abajo. Allí estaba, aun hoy se encuentra allí, el área para estudios de transducción. Entramos, mi amiga y yo sin previo aviso, sin previa cita. -“La doctora Tania es joven y chévere, nos aprovechamos de ello”-. Le pedimos que me practicara un ultrasonido y ahí estaba. En una pantalla ilegible, para mis ojos inexpertos, allí estaba lo que causaba desorden a mi cuerpo. Mi amiga se puso muy contenta y a partir de ese instante cuidaba de mí siempre. Me acompañaba a mis horas de comer, me daba consejos, me traía libros sobre la maternidad y el cuidado de los niños. Incluso hasta se

enojaba si alguien venía a tocar a la puerta de la oficina de paredes color pastel. Ese desorden hoy lleva el nombre de Fabio Alejandro.

Sin embargo, todo lo que entendíamos por normal, real y esperable dejó de serlo, un poco, el día que mi amiga quiso tener sus hijos y no pudo. Ella también quería experimentar el desorden. Ella también quería sentir sueño y el hambre insaciables. Ella también quería que deslizaran por su vientre un transductor y leer en pantallas digitales cuestiones ilegibles a los ojos de aquellos que no somos médicos. Allí comenzó mi preocupación. Allí comenzó mi deseo de saber qué sucede con las personas que buscan a sus hijos y estos no están, no llegan. Qué movía a mi amiga, qué sentía, qué no sentía, en qué pensaba, cuáles eran sus reacciones cuando mes tras mes no llegaba a sentir el sueño y el hambre insaciables.

Hace unos días, Excélsior, emitió una nota sobre la celebración de un hecho que se manifiesta como un “hito en la medicina moderna”. Mismo hecho que figuras eclesiásticas pugnaron en su momento y aun mantienen su postura al describirlo como un mal proceder en desacuerdo con los postulados de la Iglesia Católica. El día 25 de julio de 1978 nace Louise Brown, la primera persona concebida y nacida por fertilización *in vitro*. Su madre no podía quedar embarazada a través de mantener relaciones sexuales desprotegidas y para su familia era impagable un tratamiento de reproducción asistida, al mismo tiempo que no concebían la idea de adoptar un hijo o resignar la vida a no tenerlos. John, su padre, ganó una apuesta del Football Pools, a razón de 800 libras, las cuales fueron invertidas directamente a la fertilización *in vitro*, método novedoso por aquellos años. Algunas décadas después, en el año 2010, el fisiólogo de Cambridge Robert Edwards y el ginecólogo Patrick Steptoe fueron merecedores de una distinción, nada más y nada menos que un Premio Nobel. Vale destacar que durante estos 40 años han nacido más de ocho millones de personas sólo bajo este método, uno de los tantos que exhiben los tratamientos de reproducción asistida (TRA).

Compilando los significados de estos hechos, de índole personal y mundial, es que nace esta investigación. Detrás de ellos se puede leer un significado insoslayable, que pone en

alto y ondea como bandera a la reproducción humana y más allá de ella al hecho de traer hijos a este mundo. Escribo desde una condición de mujer-madre. Problematizar a la infertilidad desde esta condición no ha de ser asunto fácil, y tal vez yo también termine haciendo una mirada extraña desde la posición de un sujeto “sano”, “normal”, “privilegiado”. Pues tratemos que no. Reconozco a la investigación como un proceso de creación, de gestación; cuyo escenario y atrezos son precisamente lo relacional entre los sujetos investigados y el sujeto investigador y las diversas perspectivas de la vida. Ello implica un gran desafío a partir de mi propia posición con respecto al problema de investigación y la posibilidad de construcción de un nuevo conocimiento guiado por un carácter interpretativo, por un carácter comprensivo y bajo el rigor de vigilar los posibles sesgos que se ponen de manifiesto al priorizar un dato sobre otro, o al ceder ante la tentación de orientarme hacia, una postura teórica-metodológica preestablecida, por ejemplo.

El paso del hombre por la tierra ha estado pautado por varios acontecimientos, plagados de diferentes significados. Desde los inicios de la humanidad, la procreación es uno de estos acontecimientos, además de formar parte de lo socioculturalmente esperado en cualquier sociedad. Desde la niñez hasta la etapa adulta, se enseña y se espera que el hombre reproduzca ciertas pautas preestablecidas por la estructura social. Estas pautas están en diferentes órdenes. Para el caso que compromete al ser humano como un ente sexuado, se le enseña y se espera de él que al nacer se reproduzca.

Si bien es cierto que el nacer, el desarrollar y el morir están en los dominios de lo biológico y se comportan como un continuo en la vida, la reproducción además de su aspecto biológico tiene una carga sociocultural importante. Dicha carga se deriva del significado que tiene mostrarle al mundo que “soy mamá” o “soy papá”. Por ello podemos partir de establecer que la reproducción humana se concibe como una parte importante, social y culturalmente determinada, del ciclo de la vida animal y humana. Una vez que ello no

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sucede, debido a una imposibilidad biológica, para no pocas personas pueden comenzar a presentarse adversidades en la vida cotidiana.

La infertilidad no compromete la integridad física del individuo; sin embargo, supone una situación carencial para no pocas personas. Dado que la mayoría de los adultos contemplan como objetivo vital y esencial el tener hijos, esta carencia puede incidir negativamente en el desarrollo de la persona, produciendo, en no pocos casos, frustración y desmoralización. Por el argumento antes expuesto, se le considera a la infertilidad como constructora de sentido; además, para el campo de la medicina, un problema de salud pública, según Vidal (2001).

Según la literatura médica, con el paso de los años la fecundidad se reduce paulatinamente en ciclos sucesivos. A lo que algunos autores han añadido que, en comparación con otras especies animales, el proceso reproductivo en humanos resulta altamente ineficaz (López, Palacios, Chinchilla & Beunza, 2011; López, 2014). La realidad es que se ha registrado un incremento en la demanda de atención especializada en las consultas de infertilidad, por lo cual se puede afirmar un alza en la prevalencia de la misma en las últimas décadas. Estos datos se pueden corroborar en publicaciones recientes (López *et al.*, 2011; López, 2014).

Según las ciencias médicas, en la historia reproductiva, la infertilidad puede ser de dos tipos: primaria o secundaria. La primaria consiste en la incapacidad de una pareja para lograr un embarazo después de sostener durante un año o más relaciones sexuales regulares sin emplear métodos anticonceptivos. La infertilidad secundaria alude a la incapacidad para concebir o llevar a término un embarazo después de haber concebido y llevado a término uno o más gestaciones anteriormente. Otra clasificación responde a los factores etiológicos, o sea, de causa masculina, femenina o mixta. También está descrita la infertilidad idiopática, cuando después de un estudio médico exhaustivo no se han podido identificar las causantes (Sundby, Schmidt, Heldaas & Bugge, 2007).

Aparejado a estas clasificaciones, la biología también acuña otros términos para hacer referencia a la falta de concepción de una pareja: la infertilidad y la esterilidad (Sundby *et al.*, 2007; López *et al.*, 2011). Dado el cúmulo de conceptos que evidencia la literatura, es necesario aclarar que para nuestro estudio se abordarán ambos términos (infertilidad y esterilidad) como sinónimos, pues no es objetivo de la investigación mirar al interior de cada uno de estos conceptos. Nuestro interés radica, desde un abordaje sociocultural, en la construcción de sentido que se genera al no poder concebir y que producto de la concepción nazca un hijo vivo.

Las causas de infertilidad en una mujer pueden ser varias: fracaso en la ovulación, en la recogida y transporte del óvulo por las trompas de Falopio, transporte defectuoso de los espermatozoides por el cuello y fondo del útero, o el fracaso en la implantación y desarrollo del embrión. Por su parte la infertilidad masculina obedece con mayor frecuencia a una disminución en la producción de espermatozoides, o a la incapacidad de los espermios para fecundar el ovocito (González & Miyar, 2001). Más recientemente se han descrito algunas causas de índole ambiental, tal es el caso de la anorexia, bulimia o desnutrición, como factores relacionados con la alimentación; o la exposición a agentes tóxicos como por ejemplo la drogadicción. Todos ellos inciden negativamente en ambos sexos (Dellacqua, 2005; Flores, Jenaro & Moreno, 2008).

Hasta hace no muchos años, a mediados de la década de los ochenta, se pensaba que las mujeres eran las únicas responsables de la infertilidad (Calero, 1999; Terzioglu, 2007). La asociación de las causales con factores masculinos, amplió la visión y ha permitido el diagnóstico acertado de una gran parte de los casos (Montes, 2007). A la luz de los conceptos actuales, no son pocos los reportes que exponen que 42% de las complicaciones para la concepción dentro de la pareja, son debidos a problemas que se presentan en los hombres (Jarque, 2011). El entender a la pareja como unidad biológica o al hecho reproductivo como dependiente de dos gametos de carga sexual diferente, hace imposible hablar de infertilidad exclusivamente femenina o masculina, puesto que en muchos casos

sólo es posible determinar una sub-fecundidad en ambos cónyuges (Valencia, 2002). Ello sería más pertinente si se tratase de investigaciones al interior de las ciencias médicas. Sin embargo, a pesar de la información científica acumulada, aún a nivel colectivo persiste la idea sobre una responsabilidad exclusivamente femenina (Calero, 1999; Terzioglu, 2007), para la atención de un proceso de infertilidad.

Entrados en el siglo XXI, se evidencia un avance en el abordaje del tema; o tal vez sería más oportuno pensarlo en términos de cambios de perspectivas. Se aprecia una inclusión, una mirada hacia elementos sociales, culturales, contextuales reconociendo a la infertilidad como un proceso multicausal. Éstas ya no sólo se circunscriben a cuestiones biológicas masculinas o femeninas, sino también se le ha dado partido a los cambios socioculturales que se han producido en nuestra sociedad en los últimos años (Roa, 2008). Se puede hacer mención de la incorporación de la mujer al mundo laboral y la formación universitaria, así como al desempleo, el retraso en la independencia económica de ambos cónyuges, uniones matrimoniales y búsqueda de descendencia a edades más avanzadas. Algunos de estos aspectos se reconocen como consecuencia de las nuevas dinámicas de la sociedad. Un ejemplo lo constituyen las nuevas formas de contratación en la mayoría de las empresas; sus dinámicas están diseñadas para individuos sin carga familiar (Beck & Beck-Gernsheim, 2001).

Algunos médicos insisten en que la infertilidad no debe ser considerada una enfermedad; sin embargo, una vez diagnosticada se trata como tal. En adición a ello podemos decir que el proceso de reproducción humana se ha tratado tradicionalmente con un enfoque restringido a la salud materno-infantil. Con el ánimo de solucionar la infertilidad, se prescribe una larga lista de tratamientos que inciden en la salud biológica y mental de las personas. La finalidad de estos tratamientos es solucionar siempre, aquello que se interpreta como un problema de salud. Varios países en la región latinoamericana tienen un gran avance para estos tratamientos, según sus gobiernos, en aras de cumplir con el derecho universal de las personas a tener una familia. Algunos ejemplos se pueden encontrar en

Brasil, Argentina, Cuba y en menor medida Perú (Olavarría, 2000). En páginas más adelante, se abordarán los aspectos relacionados con los tratamientos.

Después de todos los planteamientos anteriores, se expone que a través de la presente investigación se busca comprender los significados que se tejen desde aquellas personas con sospecha o diagnóstico de infertilidad. No pocas de estas personas entran en una “necesidad” de tener un hijo propio. Se piensa que esta “necesidad” no es sinónimo de un capricho personal, sino que se debe en gran medida a lo que heredan del contexto sociocultural donde viven. Por ello ante ésta, “la necesidad”, el sujeto puede comenzar a generar una respuesta, que se refleja en una constante búsqueda por conservar la reproducción social. Podemos decir que estamos frente a sujetos guiados por las pautas que establece el contexto sociocultural donde se desarrollan.

Este estudio busca entender socioculturalmente a la infertilidad, desde un proceso de infertilidad. El estudio busca comprender cómo se vivencia a la infertilidad desde el sujeto infértil. Para ello se intentará conocer las interpretaciones que las personas hacen ante un proceso de imposibilidad reproductiva como fenómeno distintivo de su vida cotidiana. En aras de lograr el objetivo que guía la investigación rescataremos y analizaremos las narrativas de los sujetos durante este proceso. Realizaremos el acercamiento a los significados desde aquellas parejas o personas que tienen un sometimiento continuo a tratamientos de diversos orígenes, entendidos éstos como alternativas para la búsqueda de la procreación.

Se piensa que las vivencias e interpretaciones de estas personas contribuyen a la construcción o legitimación de un significado respecto del cuerpo, del rol de género y en general a la construcción social de un padecimiento. De este modo se obtendrá el sentido que se teje ante el padecer, respecto de la infertilidad. Se entiende hasta aquí, que este sentido se construye desde lo social. El individuo infértil se encuentra en una constante interacción con los actores e instituciones presentes en la vida cotidiana. En este proceso de interacción se da la objetivación del mandato cultural y se consolida como “deber-ser” la

maternidad y la paternidad. Por tanto, para no pocas personas la infertilidad se interpreta como condición vergonzosa.

Bajo esta perspectiva sociocultural se plantean las siguientes preguntas que guiaron nuestro estudio. *¿Cómo se construye el significado de la infertilidad como padecimiento sociocultural? ¿Cuáles son las vías de solución que buscan las personas para lograr un embarazo y, por ende, un hijo vivo? ¿Qué sucede con las personas que ingresan a las alternativas de tratamientos? ¿Qué significa el cuerpo para la persona infértil?* Estas interrogantes las tomamos como puntos de partida para la investigación; sin embargo, se considera oportuno declarar que a lo largo del texto es posible encontrar otras preguntas, las mismas constituyen aspectos particulares, derivados de los cuestionamientos iniciales. Finalmente buscamos analizar la construcción social de la infertilidad como fenómeno del padecer desde la perspectiva de los sujetos que están en una constante búsqueda del embarazo.

La investigación desarrollada intenta poner en diálogo los referentes sociales y culturales sobre el tema de la infertilidad. Esta discusión permite traer a la luz la producción de significados y prácticas generados en una crisis de sentido a partir de un fenómeno de infertilidad manifestado en la vida cotidiana. Las crisis de sentido es la expresión de un punto de inflexión de procesos que teníamos concebidos de otra manera, posiblemente a partir de un aprendizaje tradicional desde lo social sobre la realidad de la vida cotidiana. En situaciones de crisis apremia restablecer el orden, a partir de tomar decisiones y hallar una conducta eficaz. Según Berger y Luckmann (2001: 195) en situaciones de crisis se procede, esencialmente con los mismos procedimientos que se emplean para el mantenimiento de las rutinas en la vida cotidiana. Si bien el individuo puede improvisar procedimientos para mantener la realidad frente a una crisis, la sociedad misma tiene establecido procedimientos para situaciones que se presenten como riesgo de la ruptura de una realidad entendida como máxima.

Nuestra investigación asume la perspectiva sociocultural a partir de develar a la cultura dominante en su función como reguladora de las prácticas desarrolladas en la vida cotidiana en un contexto social determinado. En este caso el contexto aguascalentense, como marco que permite interpretar los sentidos que se construyen por el sujeto infértil. O sea, interpretar la ruta del padecer la infertilidad desde el propio sujeto infértil que a su vez la entiende y la vive como un padecimiento. Interpretar a la infertilidad desde la infertilidad en Aguascalientes.

Reconocemos que la cultura no es algo dado, ni estático; sin embargo, en la vida cotidiana existen elementos, factores, valores que se asumen como tal. Son elementos universales. A la reproducción biológica y sus significados los vemos en este sentido, como elemento universal dentro de la cultural, como elemento central antrópico. Pero también cabe señalar a la reproducción biológica como elemento fundamental en una sociedad, a partir de su función registrada en el mantenimiento de los colectivos humanos, de las sociedades. Entonces reconocemos que el concepto de reproducción humana está atravesado por tres ejes: uno biológico, otro social y otro cultural. De ahí que se derive su significado e importancia universal. Cuando el sujeto se ve imposibilitado de reproducir este significado, cuando se presenta la infertilidad puede aparecer una crisis de sentido, interpretado como un desorden de la realidad objetiva y subjetiva. Este desorden pone en juego los aspectos sociales y culturales del hombre como ser social que interactúa con sus semejantes sobre la base de los conocimientos, las prácticas y la parte cultural, que han sido incorporados durante su paso por el mundo de la vida cotidiana.

La apuesta de nuestra investigación es la articulación del escenario contextual con los referentes culturales que pueden actuar como una perspectiva totalizadora y conforman los significados y las prácticas construyendo una ruta del padecimiento, en tanto unidad y diversidad de expresiones y manifestaciones, para el fenómeno de la infertilidad. El análisis de la infertilidad desde un enfoque sociocultural se expone desde la selección y forma de abordar los conceptos centrales en nuestra investigación. En nuestro estudio, desde la

pregunta de investigación y hasta los resultados obtenidos, se abordó al cuerpo, al género, a la familia, entre otros desde las dimensiones sociales y culturales que se evidencian al interior de cada uno.

Esta misma apuesta por lo sociocultural nos permite optar y amalgamar teorías. Las guías teóricas de nuestro estudio están ancladas a la perspectiva construccionista planteada por Peter Berger y Thomas Luckmann, así como a la sociología del cuerpo y la sociología de la salud-enfermedad desde varios autores los cuales mencionaremos más adelante. Estos postulados defienden la idea de que los significados de los acontecimientos que tienen lugar en la vida del hombre están en estrecha relación con el contexto sociocultural. De la interacción con este contexto parten las interpretaciones que luego se fundamentan y se comparten como el conocimiento que pauta lo social. Estos planteamientos permiten analizar a la infertilidad como un fenómeno más de la vida cotidiana. Este fenómeno se erige como un padecer, como una disrupción a partir de la construcción social que se ha realizado del mismo. Para esta construcción se han puesto en juego las interacciones entre varios actores sociales y dejan ver otras discusiones, atributos y contenidos que han sido poco estudiados por las ciencias en general.

II. Aproximaciones al tema de la infertilidad

Algunos datos epidemiológicos

A partir del aumento de las tasas de prevalencia e incidencia que se notifican cada año para la infertilidad, se ha planteado que en el mundo existe una preocupación creciente por los temas ante la imposibilidad reproductiva (Stark & Kohler, 2002; Henning, 2003; Vite, Ortiz, Hernández & Ayala, 2005). Los datos epidemiológicos varían de una región a otra, e incluso al interior de un mismo país. Estudios realizados refieren una prevalencia de infertilidad a nivel mundial entre 8 y 15% de las parejas en edad reproductiva, lo que se traduce en que pueden existir entre 60-80 millones de parejas infértiles (Bentle & Mascie-Taylor, 2000; López *et al.*, 2011; Gutierrez *et al.*, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que aproximadamente 9,4% a 14,8% de las parejas experimentan algún problema reproductivo durante su vida fértil. De extrapolarse esta cifra a la población mundial, representaría entre 50 y 80 millones de personas con esta problemática (Parada, 2006; López, 2014).

Existe una tendencia mundial a relacionar la infertilidad con los países altamente industrializados. Sin embargo, el porcentaje más alto de este padecimiento se registra en naciones de ingresos bajos y medios, calificación en la cual se sitúa México, según el Banco Mundial¹. Se ha propagado el mito sobre los altos índices de fecundidad y la capacidad reproductiva en países en vías de desarrollo donde las mujeres tienen varios hijos y a edades tempranas, en comparación con los rangos etéreos ideales establecidos desde las ciencias médicas. Además, se asocian estas regiones con una población joven y hasta se llega a cuestionar su crecimiento poblacional. Por lo tanto cualquier problema relacionado con la infertilidad resultaría un fenómeno poco habitual y casi nunca un escollo en las escalas demográficas. A esta afirmación contribuyen datos obtenidos de informes emitidos por las Naciones Unidas, donde las estadísticas expresan que el mayor crecimiento

¹ Banco Mundial. BIRF-AIF. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/pais/mexico>

poblacional se registra en países de la región africana y latinoamericana (Naciones Unidas, 2014).

Sin embargo, lejos de estas afirmaciones, los datos exponen altos índices, sobre todo relacionado con la infertilidad secundaria. Para estos casos se ha reportado su asociación a enfermedades de transmisión sexual (ETS) mal curadas o lesiones por prácticas de abortos inseguros, a partir de la condición de ilegalidad que representan en no pocos contextos (Luna, 2013). Respecto de ello, a nivel mundial hay reportes de 38% de infertilidad condicionada por ETS. Las estadísticas se encuentran mayormente descritas para las dolencias femeninas. De un episodio de una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) hay una probabilidad de 15% de infertilidad. Luego de un segundo, este porcentaje puede ascender a 38% y después de un tercer suceso podría alcanzar niveles de 75%.

Respecto al aborto inseguro, la OMS señala que causa hasta 5 millones de hospitalizaciones anuales y aproximadamente 13% de las muertes maternas, añadiéndole la alta cifra de 24 millones de mujeres con diagnóstico de infertilidad secundaria. En un informe del año 2011, se explicita que la prevalencia fue de 0.8 % en el grupo de los países industrializados en contraste con 32.5% en países en vías de desarrollo (WHO, 2011). Desde la revista *The Lancet* rescatamos una publicación, la cual señala que la práctica de abortos inseguros va en aumento, sobre todo en naciones con leyes restrictivas: 97% para África y 95% para América Latina (Sedgh *et al.*, 2012).

Los aspectos y cifras abordados anteriormente pueden constituir una clara muestra de la compleja y diferente realidad entre el denominado primer y tercer mundo. Al mismo tiempo, ayuda a desmitificar la creencia sobre la baja tasa de padecimientos reproductivos en regiones como México, por ejemplo. Téngase en cuenta que la infertilidad es la quinta discapacidad más común en el mundo² (Luna, 2013). Sin embargo, pese a lo contundente

² La OMS identifica pautas de discapacidad diferentes según se trate de países de altos ingresos o de países de ingresos bajos o medios. En este último grupo, muchas más personas experimentan discapacidades asociadas con causas prevenibles. La OMS menciona dos: los accidentes o lesiones prevenibles y la infertilidad como discapacidad evitable. WHO. (2011). *World Report on Disability*. Geneva.

de estos datos en Latinoamérica, todavía no se reconoce que la infertilidad esté tan profundamente ligada a una baja calidad en el cuidado de la salud sexual y que tenga orígenes tan disímiles.

Varias son las voces (Castañeda & Bustos, 2001) que proponen el diseño e implementación de estrategias adaptadas a las necesidades regionales, a partir de tener en cuenta las causas del problema. Para el desarrollo de nuestra investigación coincidimos con este criterio exponiendo que un nuevo análisis desde paradigmas multidisciplinarios puede ser particularmente relevante sobre todo cuando su ausencia puede generar diferentes situaciones inequitativas y evitables como las que señalamos.

Tasas de infertilidad en México

Cuando se indagó en las bases de datos sociodemográficas mexicanas se encontró que sólo aparecen publicados aquellos que se corresponden con las tasas de fecundidad, de crecimiento poblacional, de natalidad y de fertilidad (INEGI, 2010; CONAPO, 2015). Como se puede apreciar todos los términos están empleados en positivo. O sea, las estadísticas se reportan desde los nacidos vivos. Debido a ello se piensa que para llegar a los datos referidos a la infertilidad, es necesario hacer inferencias a partir de las variables mencionadas. En consonancia con nuestro planteamiento se encontró la aseveración en Cardaci y Sánchez (2009) que en México existen muy pocas estadísticas que permitan conocer la magnitud de la infertilidad y sus causas.

Con relación al párrafo anterior Morán y colaboradores publicaron que: “en México no se conoce la prevalencia de los trastornos de la infertilidad, ni el número de parejas que buscan atención médica por esta causa” (Morán, Huerta & Madero, 2000). En la misma publicación se indica un estimado del comportamiento de las estadísticas. Las cifras están alrededor de 1.6 millones de mujeres con algún trastorno reproductivo y 500 mil mujeres solicitan ayuda médica anualmente para solucionar alguna problemática relacionada con estos temas. Si a ello se agrega que los recursos médicos estatales, destinados para tales

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

fines, son bajos, el problema puede magnificarse. A estas cifras podemos agregar que las lecturas están generadas sólo desde los datos que se corresponden con el sexo femenino.

Aunque las estadísticas no son muchas, es posible tener una noción del tratamiento que se le ha dado al tema; y desde ya reclama su profundización. Y podemos pensar que si existe esta situación al interior de las posturas cuantitativas, ¿qué podría suceder con la información generada desde estudios interpretativos?

Si desde la revisión bibliográfica intentamos responder a nuestra pregunta, en un primer acercamiento encontramos artículos periodísticos donde se expresa que: “un millón y medio de parejas presentan problemas de infertilidad” (Granados, s.f.). Sin embargo, para un país que ocupa el undécimo puesto en tamaño poblacional, con un total de más 121 millones de habitantes (INEGI, 2015), las tasas por infertilidad podrían parecer insignificantes. Por lo tanto pensamos que constituye una razón más para no prestarle una mayor atención o estudios al asunto de la infertilidad. En esa misma medida lo constatamos a través de conversaciones sostenidas con algunos miembros del gremio médico que laboran para instituciones estatales.

Cuando se explora el tema dentro del gremio médico vienen a la luz criterios tales como: “Mientras que este problema afecta al 15% de las parejas en el mundo, en México al menos el 17% de las parejas presentan un problema de infertilidad. (...) Tenemos mayores tasas por desconocimiento” (Barroso, 2010). A partir de este razonamiento podemos afirmar que puede haber un subregistro de los índices. Nuestra afirmación la corrobora el hecho de que no es sino hasta el año 2003, que se incluye un apartado sobre infertilidad en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR, 2003).

En una mirada descriptiva a esta encuesta, podemos decir que incluyó 16 preguntas que exploran diferentes temas en relación con la prevalencia de infertilidad en mujeres en edad reproductiva: las acciones tomadas, los servicios de salud consultados y el tratamiento recibido. Sin embargo, a decir de Cardici y Sánchez (2009), los resultados de dicha

encuesta no son generalizables, dado el manejo del muestreo y las variables empleadas. A lo cual añadimos que sólo levantó la información desde las mujeres, o sea que una vez más existe la evidencia respecto de que no se tiene en cuenta a los hombres. Ello evidencia que la problemática sólo tuvo como destinatarias a las mujeres y no a los hombres. En ello está un mandato cultural que se cuela en las estadísticas gubernamentales. ¿Para cuáles padecimientos sí se toma en cuenta a los hombres y no a las mujeres? ¿Para cuáles padecimientos se abordan a los dos sexos? Desde ya comienza vislumbrarse una inequidad y sesgos para la captura y tratamiento de la información.

En una mirada a los resultados de dicha encuesta podemos decir que se encontraron datos que permiten establecer una alta relación entre la búsqueda de atención médica y el estatus social que tienen los individuos. Las mujeres que se ubican en estratos socioeconómicos más altos informaron haber solicitado tratamiento con más frecuencia que las ubicadas en estratos socioeconómicos bajos. En la encuesta se declara que mayormente la búsqueda estuvo orientada hacia los servicios médicos privados. Los tratamientos, en la mayoría de los casos, estaban bajo esquemas medicamentosos, o sea sin procedimientos quirúrgicos. En este mismo sentido, bajo la perspectiva de nuestro análisis, señalamos que dicha encuesta sólo tomó en cuenta los servicios desde el ámbito alopático. Se excluyen los posibles datos y cifras desde otros servicios a los cuales también acuden las personas en busca de revertir un proceso de infertilidad. Estamos pensando en las llamadas “terapias alternativas”. A ellas acuden, sobre todo, aquellas personas que pertenecen a estratos económicos más bajos. Ello a partir de los altos costos de los procedimientos que se practican en las clínicas privadas. Sin embargo, los hallazgos de nuestra investigación contribuyen a desmontar este mito. Cuando las personas están en una búsqueda incesante del embarazo, acuden a tratamientos de las más diversas procedencias.

En general, pudiéramos decir que aunque no son datos generalizables como vimos anteriormente, sí pudieran ofrecer áreas de oportunidad para la generación de nuevo conocimiento. Decimos esto bajo la impronta de resultados que subrayan la importancia de

los problemas de infertilidad para las mujeres mexicanas, quienes además hacen un uso importante de los servicios médicos privados para su diagnóstico y tratamiento. Además se evidencia la necesidad de un mayor abordaje del dato referido al aspecto masculino. A lo cual también se puede añadir la necesidad de generar conocimiento sobre qué sucede respecto de la búsqueda de ayuda en otros ámbitos, por ejemplo los no alopáticos, pero en tanto alternativas para aumentar la posibilidad de procreación.

Más allá de las estadísticas. ¿Qué sucede al interior de la familia?

El culto a la fertilidad es algo tan antiguo como lo es la existencia humana misma y ha supuesto gran importancia para la supervivencia de la humanidad. La paternidad y la maternidad deben entenderse como constructos socioculturales soportados por la dicotomía existente entre la masculinidad, asociada al rol de proveedor económico y la feminidad, destinada al cuidado de los hijos (Fuller, 2001). Las asignaciones culturales y sociales a la mujer, de la responsabilidad de la reproducción biológica y del logro exitoso del embarazo, unida a la concepción del semen a nivel simbólico, como un fluido esencialmente fértil y fecundo, conducen a que cualquier alteración, por lo general, pueda tener una connotación a nivel social. Ello ha hecho que la infertilidad haya sido considerada en algunas sociedades como deshonra, inferioridad, maldición o castigo de los dioses y fundamento o causa para la disolución de los matrimonios (Bestard, Orobig, Robot & Salazar, 2003). Se considera válido acotar que entre los cánones de la Iglesia Católica está considerado como matrimonio “rato y consumado si los cónyuges han realizado de modo humano el acto conyugal apto de por sí para engendrar la prole”³.

La procreación, al dar lugar a la descendencia puede tener significados diferentes para los miembros de la pareja o para cada persona. Para las mujeres suele ser sinónimo de desarrollo del rol materno, expresado en la protección, afecto y educación. Para los hombres se asocia comúnmente con un ejercicio de poder, que establece el patriarcado. Esta

³ Canon 1061. Código de Derecho Canónico. Título VII. Del Matrimonio. Recuperado de: http://www.vatican.va/archive/ESL0020/_P3T.HTM#7V

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

es una visión que parte de la jerarquización del hombre sobre la mujer, en tanto ejercicio de control en función de su paternidad, además de su papel asignado socialmente. Este papel habla de protección, de proveedor, y a nivel simbólico asociado con el arribo a la plenitud de la hombría, como varón adulto (Olavarría, 2000; González, 2010; Martí, 2011).

Las parejas o las personas con una condición de infertilidad, en su afán por encontrar solución, siguen diferentes alternativas. Estas alternativas en tanto prácticas que significan, van a estar determinadas por la cosmovisión y cultura imperantes según el contexto donde se desarrollan. Para este entonces es válido mencionar que las cuestiones culturales, de igual forma, influyen en los comportamientos alrededor de la salud y su atención.

Al suceso de la infertilidad no le han faltado estudios; mas, la mayoría de ellos están pensados y ejecutados desde el campo de las ciencias médicas, las cuales han acaparado para sí todo el protagonismo. Las explicaciones están dadas a través de asuntos y causales biologicistas y orgánicas tales como diabetes, obesidad, tabaquismo, ETS, entre otras (Fernández, Geréz & Pineda, 2015). Estos estudios dejan a un lado las prácticas generadas y los significados socioculturales de lo que se vivencia, cuando el hijo no llega.

Parte de la justificación que pudiéramos esbozar para la mencionada situación es que los problemas reproductivos son temas estigmatizantes. Algunos estudios antropológicos explican que en no pocos contextos socioculturales está clasificada la infertilidad como “*condición vergonzosa*” (Inhorn, 1994; Kohler, 2000; Castañeda, 2005; Cardaci & Sánchez, 2007). Esta visión social no es favorable para suscitar polémicas relacionadas con el tema y sobre todo para aquellas parejas o personas infértiles que ocultan o manipulan la situación ante familiares, amigos y sólo acceden a que sea conocida por personas muy allegadas o que tuvieron o mantienen similar situación.

Un estudio realizado por la transnacional Merck en coordinación con la Universidad de Cardiff arrojó que de todos los países consultados en la encuesta, en México fue donde se registró un nivel de disposición más elevado para platicar sobre la infertilidad (Firouz &

Boivin, 2010). Esta investigación expone otra visión del mismo asunto tratado en el párrafo anterior; sin embargo, en los resultados de la misma se encontró un respaldo más a nuestra premisa acerca de que las parejas mexicanas son de las más prestas a someterse a tratamientos contra la infertilidad.

Según Cardaci y Sánchez (2009) una vez que las personas tienen un diagnóstico definitivo sobre su condición reproductiva, se suscitan tres actitudes diferentes: 1) asimilación e internalización de que no se pueden tener hijos; 2) acuden a la adopción o 3) agotan todas las otras posibilidades. Para nosotros en este trabajo y por la finalidad del estudio que se planteó, se entiende que estas opciones se pueden reagrupar o redefinir. Según nuestro criterio y según nuestro planteamiento de problema, una vez que las personas tienen una sospecha de su imposibilidad reproductiva o tienen un diagnóstico definitivo se da un proceso de asimilación o internalización. En este proceso de asimilación se comienzan a generar significados sobre la nueva situación que se está manifestado en la vida del sujeto. Las personas buscan entender, según su cosmovisión, qué está pasando con su cuerpo. A partir de estos significados generados entonces se reproducen dos opciones: 1. adopción de un hijo; 2. buscar ayuda con el fin de revertir el proceso de infertilidad. Éstas bien se pudieran corresponder con procesos de objetivación, sedimentación y acumulación, según las palabras de Berger y Luckmann (2001).

Entre los tipos de prácticas que se pueden seguir están los tratamientos de reproducción asistida para humanos⁴. Para el contexto mexicano, al igual que en la mayoría de los países del mundo, las personas pueden elegir entre los servicios públicos o privados, pues son los que ofertan estos tratamientos. Para este momento afloran varios temas importantes y en estrecha vinculación. Afloran el acceso al servicio y las posibilidades económicas. Respecto a este último es válido y oportuno señalar, la insuficiente dedicación desde la academia, como tema de investigación. La misma situación se refleja en la mayoría de los ejes

⁴ Dentro del gremio médico también se les denomina Técnicas o Terapias. Los términos son utilizados como sinónimos cuando se habla de Reproducción Asistida. Declaramos que a lo largo del texto también los empleamos indistintamente.

socioculturales que atraviesan al tema: el género, las prácticas como vía de solución y finalmente el sentido construido a partir de una sospecha de imposibilidad reproductiva.

Los TRA en el contexto mexicano son proporcionados por dos tipos de instituciones: las privadas o las estatales⁵. Los tratamientos de reproducción humana han alcanzado un auge importante en las dos últimas décadas, y al mismo tiempo se destacan por un acceso restringido. Para el caso de las instituciones estatales, se puede explicitar que son muy restrictivas para el acceso. Éstas tienen como reglamento que sólo pueden ingresar a sus TRA aquellas personas que cumplan determinadas condiciones. En estos centros los escasos tratamientos están orientados solamente a parejas heterosexuales y siempre que la muestra espermática empleada sea exclusivamente del cónyuge. Dicho esto, se puede deducir que las opciones no son muchas. Además desde estos requisitos que establecen las instituciones estatales se pueden extraer significados e interpretaciones, una familia debe estar conformada por la pareja hombre-mujer y la descendencia debe ser resultado de la monogamia.

También se mezclan en un orden proporcional el entramado tema económico con la disponibilidad de recursos en términos de los TRA. Las clínicas privadas en comparación con las instituciones estatales tienen en su infraestructura los mejores y más avanzados TRA y lógicamente mientras más avanzada es la técnica a emplear más costoso se hace el tratamiento. Para complementar la afirmación anterior, podemos decir que luego de analizar el reporte emitido en el *Programa Nacional de Salud de México: 2007-2012*, se encontró que 90% de los TRA se realizan en hospitales privados, los cuales además no presentan restricciones en sus servicios con respecto a variables socio-demográficas (Secretaría de Salud, 2007). Lo anterior conlleva a que la posibilidad de acceder al tratamiento sea muy limitada; puesto que resulta casi imposible costearlos debido al gasto que representa para

⁵ Para el contexto en estudio, en el estado de Aguascalientes las instituciones estatales de salud son tres: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

las personas que soliciten este tipo de ayuda. Al respecto citamos las palabras de Sandra de la Garza, fundadora de la Asociación Mexicana de Infertilidad (AMI).

“El proceso por el que tiene que pasar la pareja infértil es incierto y en su mayoría se transforma en años. Primero, decidirse en acudir con el médico y que este médico los refiera con un especialista, esto puede durar meses o años, disminuyendo las alternativas médicas (...) Al llegar con el especialista, les realizarán pruebas para encontrar el tratamiento específico a sus necesidades, sin embargo, esos tratamientos serán inaccesibles para la gran mayoría de los pacientes, pudiendo rebasar los 100 mil pesos y donde no existe garantía del nacimiento de su bebé” (Garza, 2015).

A todo lo descrito hasta el momento hay que añadir las consecuencias emocionales individuales y al interior de la pareja. Planteamos esto, a partir de los reportes científicos producidos sobre el contexto de estudio. En ellos ha sido explicado cómo el tema de la infertilidad afecta a la pareja como entidad unitaria, pues el tener hijos ha sido tradicionalmente visto como parte importante de la realización de un matrimonio o como la esencia natural del reino animal (Castañeda, 1998 y 2005; Chávez, 2004). De esta manera las investigaciones describen que en no pocos casos, esta entidad recae como culpa en uno de los miembros de la pareja, casi siempre en la mujer. Por lo tanto se traduce en dificultades en la relación marital, en el ámbito afectivo, la comunicación y en la relación sexual, lo que repercute negativamente en la dinámica de pareja dando lugar, en ocasiones, a la separación (Olivius, Friden, Borg & Bergh, 2004).

Estudios científicos muestran que la actividad sexual de una pareja con problemas de fertilidad puede llegar a realizarse de manera compulsiva en los supuestos momentos de la ovulación. Esto convierte a la experiencia erótica en no satisfactoria. Convierte al acto sexual en una carrera de obstáculos, la cual muchos califican como “desagradable y hasta frustrante” al no responder a la demanda del hijo deseado (Giambroni, Cortejarena & Budich, 2002). En este punto es válido explicar que un estudio desarrollado en 2004 demostró que también los hombres experimentan menos placer sexual en las relaciones

programadas, probablemente por la presión psicológica que representa un intento por concebir o bien por circunscribir la relación sexual a un momento determinado dentro del ciclo ovárico (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein & Ganiats, 2004).

La capacidad para procrear cuando se desee, se presume natural, por lo que la infertilidad rara vez se espera. Por ello otras de las situaciones más difíciles a las que tiene que hacer frente la pareja o la persona, son las generadas al exterior del matrimonio. Las imposibilidades reproductivas también se extrapolan a la familia y a los pares. Sobre las parejas o las personas se ejerce una presión social, que en no pocas ocasiones viene también de parte de la familia para que cumplan con lo normado lo cual se traduce en ansiedad, depresión, irritación y enojos (Llavona, 2008). La infertilidad se considera un evento que obstaculiza el desarrollo de la dinámica familiar, que por su naturaleza y repercusión facilita la aparición de crisis por desorganización, que ponen en riesgo la salud familiar y se caracteriza por una subversión del orden en la dinámica de las relaciones interpersonales en la familia, que puede generar en sus miembros reacciones de ansiedad, depresión, irritabilidad y aislamiento (Fernández, Herrera & González, 2002).

Sin embargo, también existen casos que no aluden a la adversidad. Se tiene conocimiento de estudios sobre parejas, familias, en los que lejos de generar problemáticas al interior de la relación, se han registrado más acompañamiento y comprensión por parte de todos (Peterson, Newton & Rosen, 2003). Estos eventos han significado episodios que aumentan la unión, el amor, el apoyo, derivándolo en una experiencia de crecimiento personal. La infertilidad puede repercutir de modo muy diferente según la familia y las circunstancias, según el significado que genere para cada quien. En algunos casos puede pasar solamente como episodios transitorios y sin mucha importancia. El grado de solución a la crisis de sentido que se genere, dependerá del significado para cada persona y del contexto sociocultural.

Un estudio realizado en 2001 por Gerrity, demostró que puede haber una relación significativa entre el tipo de infertilidad y el impacto para la pareja. Este planteamiento con

argumentación estadística es posible explicarlo a partir de la necesidad de emplear tratamientos de menor complejidad, para el caso de una infertilidad primaria. Entonces se puede pensar en una menor adversidad en la vida cotidiana, debido a que los TRA de baja complejidad son menos invasivos, menos costosos, demandan menos tiempos de consultas y los resultados registran más altas probabilidades de éxito.

Pasando de la situación de pareja y familiar, a la situación en particular de la mujer, ante un diagnóstico de infertilidad, tenemos que estudios realizados coinciden en que las mujeres vivencian un fuerte nivel de estrés psicológico y de ansiedad alrededor de este tópico en su vida familiar y sexual. Las patologías psicológicas son referidas durante todo el proceso: antes, durante y después de la realización de los TRA (Arranz, Ruiz, Aguirre, Gaviño & Gaviño, 2009; Pérez, 2011). Ello puede deberse a que en la mayoría de las veces es al cuerpo de la mujer al que se le invade con los diferentes procedimientos. Ello apunta a la necesidad de la continuidad del rol reproductor asignado por la sociedad a la mujer, hasta señalar que incentiva la maternidad de manera artificial y casi sin límites.

Por otra parte cuando el factor causal está dado en el sexo masculino, desde la academia se describen dos posturas para exponer las razones del abandono de los tratamientos. Algunos estudios afirman que las deserciones de los tratamientos son mayores si se compara con las mujeres (Moreno *et al.*, 2008: 45). Moreno y su equipo manifiestan que el abandono de los tratamientos son por varias causas, pero sobre todo por inconformidades en la relación médico-paciente, por estrés psicológico y por cuestiones económicas personales.

De manera contradictoria, según una investigación de Calero y Santana (2006), los varones que reconocen la existencia de un factor de infertilidad masculino suelen cooperar mucho más con el proceso de estudios y tratamientos que aquellos que no lo presentan, debido a que expresan como su mayor deseo el encontrar una solución al problema que los interpela. Dentro de esta misma investigación se presenta una llamada de atención, sobre aquellos varones que abandonan el tratamiento ofrecido desde el modelo médico hegemónico. Los autores describen que acuden entonces a la búsqueda de solución desde lo llamado

“alternativo”. Por lo tanto, consideramos que no sería desacertado pensar que no hay tal abandono de tratamiento, sino todo lo contrario. Se pudiera reflexionar en que se busca incesantemente una solución y para ello se contemplan todas las alternativas posibles según la cosmovisión de la persona.

La explicación a este fenómeno desde las autoras Calero y Santana (2006) es congruente con la siguiente idea. El patriarcado, como doctrina imperante, descansa en la creencia, en el valor propio y el carácter sagrado de la forma social de las personas que tradicionalmente han desempeñado la autoridad. Partiendo de este constructo, se puede inferir la posible respuesta tanto para las deserciones en mayoría, como para el cumplimiento del tratamiento completo, así como la búsqueda constante de alternativas. Para ambas posturas lo significativo pudiera ser mantener la jurisdicción ante sí mismo, ante la pareja, la familia y la sociedad. De forma correspondiente a la dinámica de la cotidianidad estructurante, es esencialmente necesario mantener las formas legitimadas de dominación; para este caso no importa la práctica que se seleccione. En todo caso cualquiera que sea, en aras de revertir el proceso de infertilidad, contribuye a reforzar el significado de condición vergonzosa que descansa sobre el fenómeno. Convirtiéndolo así en un padecimiento y traduciendo a la búsqueda incesante de solución en una ruta del padecer.

En mi opinión, como autora del presente ejercicio de investigación, todo lo que se ha estado planteando hasta el momento se debe a la cotidianidad estructurante. Nuestro pensamiento se explica al entender que los individuos se relacionan y accionan según las estructuras objetivas, según el conocimiento acumulado y sedimentado que se tenga de la vida cotidiana. El sujeto infértil pone en práctica su cosmovisión, los significados heredados. Este efecto se manifiesta en la producción de sentido y en la reproducción de la vida social. Se otorga un alto puntaje al cumplimiento con un “universo simbólico” (Berger & Luckmann, 2001: 124), al cumplimiento con los mandatos culturales del medio en que se vive y que actores e instituciones se encargan de legitimar, dígame hogar, vecinos, medios de comunicación, entre otros.

Nuestra postura la sustentamos en los constructos construccionistas. La realidad en la que vivimos la construimos de manera compartida. La realidad se construye a través de una constante interacción con los otros en un mismo mundo cotidiano (Berger & Luckmann, 2001). De esta realidad de la vida cotidiana hay pautas que heredamos y a las cuales nos adscribimos. Según estas pautas el sujeto desarrolla y condiciona su existencia. Desde aquí, establecemos que la persona infértil y la familia actuarán en consecuencia a una serie de elementos que le condicionan. Entre estos elementos podemos mencionar: el rol de género, el estrato socio-económico y al grupo social al que se pertenece, en general. Teniendo en cuenta este planteamiento, se establece la premisa, en tanto hipótesis *a priori*, que no pocos individuos buscan solución a sus situaciones reproductivas, sobre todo a partir del seguimiento a lo tradicionalmente heredado; para este caso “la constitución de la familia”. A lo que se denomina herencia en este punto, obedece a un significado legado desde lo sociocultural. A continuación ofrecemos un apartado donde realizamos una profundización del tema expuesto en este párrafo.

Problematizar a la infertilidad. Referentes, conceptos y tensiones

“Cuando alguien con la autoridad, digamos, de un profesor describe al mundo y tú no estás en él, se produce un momento de desequilibrio (...), tal como si te miraras al espejo y no vieras nada”.

Adrienne Rich. *Invisibility in Academe*.

En los párrafos anteriores, se realizaron algunas aproximaciones importantes al tema de la infertilidad, como proceso que puede ser relevante, significativo para la vida de algunos sujetos. Como resultado de una profunda revisión bibliográfica donde se tuvieron en cuenta datos estadísticos, epidemiológicos, así como algunos acercamientos a variables socioculturales relacionadas con la infertilidad, se pudo observar que un gran número de citas bibliográficas expresan el tema de la infertilidad con un carácter eminentemente biologicista (más del 80% aproximadamente), obviando en algunos casos y en otros

minimizando el conocimiento sobre la infertilidad humana como una problemática sociocultural y constructora de sentido. Por tales motivos realizamos esta investigación, con la finalidad de destacar la importancia de las variables socioculturales muy en consonancia con la estigmatización de la imposibilidad reproductiva y son las bases fundamentales sobre las que se apoya la justificación para la realización de este ejercicio. Así mismo, se están planteando la novedad y los aportes del mismo, que en cuartillas más adelante será posible leer.

A partir de esta justificación, entendemos que para este estudio abordamos a la infertilidad desde diferentes conceptos que creemos claves: cuerpo, mandatos culturales de familia, de género, maternidad y paternidad, todos ellos orquestados por la cultura y bajo una perspectiva sociocultural. El papel de la cultura no es el de un simple concepto que se añada a los demás y que posiblemente determina el comportamiento del ser humano. Más bien ésta atraviesa transversalmente a todos los conceptos construyendo un andamiaje desde el cual es posible también explicar a la infertilidad y por qué ésta se convierte en un padecimiento, permitiendo visualizar también la trayectoria del mismo. Justamente la apuesta por lo sociocultural permite la articulación de estos elementos entre sí y que nos ayudaron a dar respuesta a la problemática de la investigación. La cultura entendida como negociación e interrelación de poder, en pos de un posicionamiento social que otorga sentido, es concepto punto de partida para analizar a la infertilidad como ruta del padecimiento. La cultura según los estudios socioculturales, es el espacio donde una serie de elementos hacen sentido (make sense) a la vida del hombre. Es congruente con lo denominado por Schütz como “el mundo de la vida” (lebenswelt): un corpus de significados que demarcan, delinean la vida social. Por ejemplo: una mujer madura y un infante son materialidades, pero al ser intervenidos por la cultura se convierten en “una madre” y “su hijo” (Caloca, 2015). Entonces desde aquí comienzan a erigirse pautas que bajo una condición de endemividad el ser humano reproduce o también puede transformar, sin embargo, no dejan de ser temas que organizan y orientan la vida cotidiana, o sea los mandatos culturales.

Habiendo optado por la definición anterior pasamos a exponer los mandatos culturales que fueron tomados para esta investigación: familia, género, maternidad, paternidad y religiosidad. La maternidad, la paternidad y la familia están legitimadas como referentes colectivos en no pocos contextos. Estos referentes aluden, entre otros aspectos de la vida del hombre a la fertilidad, invocando a la reproducción humana como un fenómeno biológico, a partir de la posibilidad de los cuerpos tanto del hombre, como de la mujer; pero también como un fenómeno social, a partir de entenderlo como lo socioculturalmente esperado, y de parte de los dos posturas, biológica y social, por la importancia de la formación de la familia, elemento que resultó muy señalado por los sujetos de investigación. Por lo tanto se posiciona en tensión, como su opuesto, la infertilidad.

La familia se entiende como una institución social. Ha sido un interés marcado de los estudiosos del tema, pluralizar el concepto, donde se puedan acoger a los distintos tipos de formaciones que hoy tenemos en el mundo y por ende, en México. Datos nos expresan que hasta el año 2009 la legislación mexicana seguía sin reconocer a esta multiplicidad de familias (Cardaci & Sánchez, 2009). Así mismo, a pesar de las investigaciones y las reconceptualizaciones necesarias, la sociedad mexicana y en especial la aguascalentense continua, mayoritariamente, apostando por el modelo de familia nuclear, monogámica, originada en el matrimonio heterosexual y por añadidura “completa”, este último calificativo hace referencia a la llegada de los hijos con una condición, preferentemente, de pluralidad. Este modelo de familia, según autores, es una posibilidad entre varias, sin embargo, es entendida como armónica y respetuosa y en modo alguno mayoritaria (Salles, 1998; Flores, 2011).

En materia familiar vamos a ver que las creencias que hacen referencia a la estructura, organización y expectativas permean fuertemente al género y también a la edad. Estos conceptos crean vínculos indisolubles con la maternidad y la paternidad como reglas que pueden determinar la vida de la mujer y del hombre, a partir de constituir parte del ideal de lo femenino y lo masculino. Adentrándonos en la maternidad y la paternidad podemos decir

que entre sus dominios está la capacidad de legitimar a la mujer y al hombre, en tanto el ideal de lo femenino y el ideal de lo masculino, respectivamente. Ello nos lleva a una discusión desde el género como dimensión sociocultural que está en vínculo directo con la fertilidad y en tensión con la infertilidad como fenómeno del padecer. La maternidad configura una identidad de género, significa feminidad, así como también la paternidad, significa masculinidad. Una parte importante de la sociedad las comprende como formas de vida, como parte de permanencias e invariantes, validadas por consenso y a su vez con un fuerte respaldo desde las religiones. Han sido una constante cultural, desde todas las épocas, con funciones muy bien delimitadas, incluso a pesar de los visibles cambios sociales y a la luz de las discusiones más contemporáneas.

Al hablar del fenómeno de la reproducción humana desde lo social es imposible no pensar en la religiosidad como eje sociocultural que lo atraviesa. La religiosidad también conforma un mandato cultural. En la misma se pueden advertir nociones que dictan las formas de vivir, las cuales pueden ser tomadas por algunas personas como reglas inmovibles de la existencia humana. Desde el contexto de estudio, la religiosidad también dictamina, exhibe a la formación familiar (hombre-padre y mujer-madre) como un “deber-ser”, lo cual refuerza la idea de la fertilidad y la reproducción humana como el ideal, como una realidad máxima del mundo de la vida.

No se puede olvidar que por lo general la infertilidad tiene un origen biológico, en el cuerpo y con explicaciones desde el orden biomédico, sin embargo, éstas no abarcan o en su mayoría dejan de lado todo el significado que este asunto puede tener para la pareja o la persona. La incapacidad de tener hijos propios suscita en las personas distintas vivencias que dan lugar a estrategias para afrontar esta situación. En el estudio que desarrollamos, recuperamos las vivencias y las prácticas orientadas a agotar todas las posibilidades que ofrecen los diversos servicios de curadores. En este último caso es donde ubicamos lo que denominamos las rutas del padecer o trayectorias del padecimiento (Kleinman, 1988).

La fertilidad ha constituido y constituye una acumulación de significados, que además objetiva y tipifica experiencias (Berger & Luckmann, 2001), entonces convierte a la infertilidad en un fenómeno del padecer a partir de una crisis de sentido. La infertilidad se expresa en un cuerpo biológico: mujer u hombre, como ente sexuado, pero que al mismo tiempo es un cuerpo social. La sociedad le imprime a la fertilidad una cualidad inmanente. Como podemos ver hasta aquí hay un proceso de articulación permanente entre estos conceptos claves, lo cual permite poner en discusión a la infertilidad como fenómeno del padecer. Esta articulación está orquestada por la cultura en su parte que obedece a contratos sociales ordenados y prácticas recurrentes. La cultura, en su parte, cuyo significado ocurre y se manifiesta como evento social, arbitrado, asignado y consensuado por un contexto social determinado. La cultura es un proceso ininterrumpido que otorga significados. Éstos pueden cambiar, según cambian también las épocas, los lugares, los entornos sociales, las religiones, las naciones, la economía y un sinnúmero de factores más. Sin embargo, existen significados que prevalecen y desde los cuales se pueden interpretar los fenómenos de la vida. Los significados prevalecen o no, según el contexto; se activan, falsean o reactivan, por convención. Así mismo son compartidos y se objetivan.

¿Por qué estudiar la infertilidad en Aguascalientes? Desde quiénes y desde dónde estamos hablando

El poder concebir un hijo, el poder traerlo al mundo se define como un acto o un hecho de la naturaleza. Sin embargo, también es un acto socioculturalmente fundamental, que hasta puede cambiar el estatus de los progenitores. Pensamos que por ello la infertilidad afecta integralmente al individuo, en su cuerpo y en su personalidad social y culturalmente hablando.

“El Estado mexicano fue a principios del siglo XX un agente imprescindible, pues en el contexto posrevolucionario dictó los roles de como ciudadanos de la naciente nación tanto hombres como mujeres tenían el deber de cumplir. Lo anterior consolidó además una visión maternalista de la mujer donde el paternalismo estatal exaltó su papel en la procreación. En

este marco y a pesar de un supuesto debilitamiento de la influencia religiosa al menos en el discurso jurídico y legal, el modelo mariano siguió estando presente en la configuración de la feminidad en su dimensión maternal” (Castañeda, 2016).

Para el caso de lo masculino podemos registrar desde cómo cada deidad tiene, en el panteón, su contraparte femenina, sin embargo, sí llegó a ostentar mayor jerarquía el dios masculino como creador, lo cual fue un reflejo en la estructura política y del sistema patriarcal del mexicano, en general. Quetzalcóatl, representado por la serpiente emplumada, integra en sí mismo los significados de la dualidad por excelencia, los valores de ambos géneros: tierra y agua; tierra y cielo; semen y fertilidad. Hasta la fecha se conserva la tradición prehispánica de enterrar el cordón umbilical de las niñas junto al fogón y de los niños en el campo, para determinar que ése es el destino de cada uno, de cada género.

Desde un inicio es posible visualizar y reportar datos teniendo en cuenta varios indicadores estadísticos que nos hablan de un México donde ser mujer u hombre es casi sinónimo de maternidad y paternidad, es casi sinónimo de tener hijos. Un total de 48.7 millones son mujeres de 12 y más años de edad. De ese total, 32.7 millones son madres (INEGI, 2015). 90.2% de las mujeres tienen al menos un hijo antes de los 30 años de edad. De ellas, los mayores porcentajes se reportan entre las que tienen hasta dos hijos (26.7%), siguiéndoles las que tienen tres hijos (22.5%) y aquellas que tienen cinco y más hijos (19.7%). Por otra parte entre los hombres que tienen hijos, los valores porcentuales no son muy distantes en comparación con los de las mujeres que han tenido hijos. En México existen más de 19 millones de hombres que tienen hijos. El 85.0% tuvo al menos un hijo antes de los 20 años de edad y se reporta un porcentaje alto entre aquellos cuyo número de descendientes asciende a dos. A esto podemos agregar la interpretación de que por lo general éstas, no son relaciones o uniones perdurables en el tiempo, aunque ya existan los hijos en común.

A grandes rasgos, este es el comportamiento de las cifras a nivel de país. Si realizamos un acercamiento al estado de Aguascalientes, es posible visualizar que no está muy lejana a esa realidad descrita en valores numéricos y porcentuales. Varios reportes desde el INEGI

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(2015), *México en cifras*, exhiben los valores de la variable *hogar familiar*⁶. Al respecto de esta variable para el año 2010 representaba 90.5% del total, y en 2015 bajó a 88.9%. Entre las causales que detallan estas cifras podríamos enunciar las siguientes: algunos cambios en los roles de género, el retraso de la maternidad y la paternidad, el aumento de la cohabitación como inicio de la vida de pareja y de las uniones posteriores a la ruptura o divorcio, cambios económicos, entre otros. En general, se mencionan tendencias sociales que generan ajustes y reacomodos en las estructuras familiares y en la concepción de la misma (UNICEF-UDELAR, 2003).

Aunque el estado de Aguascalientes también está imbuido en estas tendencias mundiales, podemos enunciar un panorama que reporta valores estadísticos en disminución, pero no podrían calificarse de vertiginosos. Los adjetivos que acompañan a este decrecimiento podrían ser conservador y discreto en comparación con otras regiones y estados del país, incluso del mundo. Los hogares familiares aguascalentenses son claramente mayoritarios, con 91.3%. En el país representan 89.4%. El tamaño promedio de los hogares en Aguascalientes asciende a 3.9 miembros, lo que le confiere estar entre los primeros lugares en este departamento junto con estados sureños como Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla o de estados de la región como Guanajuato.

Hay una variable muy significativa, en la que el estado de Aguascalientes es líder, es el caso de los hogares biparentales; que son las familias integradas por papá y mamá, con 62.9%. En el país se contabilizan 56.2% de hogares biparentales. En la Encuesta Nacional de Hogares (ENH) (INEGI, 2016) se amplía esta información exponiendo que en una decena de estados este tipo de familias está a punto de perder la mayoría y, en una década, se podría generalizar este comportamiento en la mayoría de los estados. Sin embargo, para el estado de Aguascalientes las estadísticas no se proyectan en ese sentido, están más orientadas hacia el mantenimiento de los valores numéricos reportados como mayoría y ascendentes.

⁶ Los hogares familiares son aquellos en los que, al menos, uno de los integrantes tiene parentesco consanguíneo con el jefe(a).

Ya desde este punto cabría preguntarnos entonces qué implica ser mamá o qué implica ser papá para los aguascalentenses o tal vez sería pertinente también preguntarnos qué implica o qué se pone en juego al no poder ser mamá o no ser papá. Pensamos que no sería ocioso, ni sería un análisis frío o desacertado el pensar que el hecho de tener hijos, tanto para los hombres como para las mujeres, es parte de la realidad aprendida y heredada entre la población habitante del estado. A ello también pudiéramos sumar las creencias y prácticas religiosas. Estudiosos como Hernández y Narro (1987: 39) declaraban que los mexicanos “manifiestan un muy alto nivel de religiosidad elemental, quizá casi fuerza vital del estilo cultural”. La interpretación de esta frase la pudiéramos vincular a la persistencia y el mantenimiento de determinadas posturas y tradiciones como por ejemplo lo que se entiende por familia, los roles e identidad de género, la composición del hogar (Patiño, 2013) y en mi opinión todo ello guarda relación directa con la reproducción biológica.

Investigaciones más recientes muestran que transcurrido los años el panorama ciertamente ha cambiado, pero no mucho. Para el caso del estado de Aguascalientes muestran una sociedad con fuertes lazos en la familia, como referencia más relevante (99.4%) y en el ámbito religioso (86.9%) (Patiño, 2013). La misma autora, en el mismo trabajo reconoce la fuerte relación entre lo religioso y la familia, a partir de entender a esta última como lugar donde se aprende y se reproduce la doctrina. Para los fines de esta investigación aporta mucha luz el hecho de entender parte del escenario sociocultural donde se desarrolla el aguascalentense, debido a que comprender el contexto ayuda en el análisis de la infertilidad, cuando ésta es entendida como un padecimiento. Dentro de este análisis ayuda a comprender las rutas seguidas por cada uno de los sujetos de estudio en su constante búsqueda de solución. ¿Por qué estas rutas y no otras? ¿Por qué la crisis de sentido ante un fenómeno de imposibilidad reproductiva?

Las instituciones religiosas tienen un alto porcentaje de aceptación y aprobación en la vida cotidiana de los pobladores de Aguascalientes. Desde ellas se obtienen parte importante de los temas que ordenan la realidad de la vida, los temas del mundo de la vida.

Históricamente, Aguascalientes, ha sido parte importante del llamado bastión católico más tradicional (Patiño & Zalpa, 2014). Aunque también se debe reconocer que las posiciones personales hacia estos temas están polarizadas según los grupos de edad (Patiño, 2013), a partir de las tendencias y los cambios en los estilos de vidas como dijimos antes.

En el Aguascalientes desde donde estudiamos hay una mayoritaria adscripción hacia el catolicismo, sin negar la existencia de otras creencias, prácticas y costumbres, lo cual se puede ver reflejado en la descripción de los datos sociodemográficos de las personas que aceptaron participar en este estudio. A decir de Patiño y Zalpa (2014: 98) el aguascalentense “cree en Dios, en la Virgen, en los santos y en los ángeles, es decir en el mundo sobrenatural propuesto por el cristianismo, fundamentalmente por la Iglesia Católica”. Y desde aquí podemos hacer alusión a la apuesta de la Iglesia Católica hacia la necesidad de cumplir con el mandato religioso de crecer y multiplicarse. Según Patiño y Zalpa (2014) los pobladores de Aguascalientes no perciben tener obligaciones sociales derivadas de su religión, pero declaran tener la obligación de cumplir con normas morales. Dicho postulado también es premisa entre las otras creencias y costumbres que profesan los habitantes del lugar donde se realizó el estudio. Retomar “que las iglesias no católicas que tienen presencia son iglesias cristianas” (Patiño & Zalpa, 2014: 98). Aunque es válido también reforzar la presencia y la permanencia de otras costumbres y creencias, como se muestra en las declaraciones de los sujetos de estudio. Por tal motivo se podría afirmar que la maternidad y la paternidad se convierten en legado y continúan ubicando a la conformación de la familia en muy alto grado, así como tampoco es ocioso pensar que sigue habiendo una apuesta por la procreación.

Entonces, ante un escenario como el de Aguascalientes, que en pequeñas cifras hemos descrito, la maternidad y la paternidad constituyen parte del mandato social y cultural a cumplir. En el contexto de estudio, la familia se concibe como un elemento natural y fundamental, por lo tanto es parte de ese nivel de la realidad de la vida cotidiana que no se pone en cuestión, se entiende y es asumido como tal. Ello podría ser base para especular

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sobre el significado de la infertilidad para un aguascalentense. Una condición de infertilidad que interpela y pone en crisis el sentido de la vida cotidiana para no pocas personas. Por lo tanto la no acción ante un proceso de imposibilidad reproductiva, se desdibuja como opción entre las personas con esta condición. Desde el lado de la maternidad y la paternidad se construye a la infertilidad como un padecimiento y así mismo es vivido por el sujeto infértil. Hay una construcción sociocultural del padecimiento desde la propia infertilidad, tras la cual subyacen los mandatos culturales del contexto en que se desarrolla el aguascalentense.

¿Qué podría significar para un persona del estado de Aguascalientes una imposibilidad reproductiva? ¿Por qué estudiar la infertilidad en Aguascalientes? Para estas respuestas pudiéramos hacer un análisis desde una foto actual del espacio en estudio. El contexto desde lo social y desde lo cultural nos habla de familias donde el promedio de hijos es mayor de dos, dicha cifra desde las mujeres. Se podría especular que desde los hombres también está sobre ese número de frecuencia. El contexto y sus habitantes nos hablan de creencias y prácticas religiosas que avalan la construcción de la familia y la construcción de familia con hijos, en plural. El dar voz a los sujetos que se han visto imposibilitados de cumplir con el “deber-ser” de la conformación de la familia y que permanecen en una búsqueda constante de solución a ello, podría mejorar la asistencia y las políticas públicas sobre este problema de salud. Incorporar a la agenda pública o prestar una mayor atención a los asuntos sobre infertilidad desde las instituciones de salud, podría ser también parte de los aportes de esta investigación, contribuyendo un poco más a la apertura de los temas sobre los derechos reproductivos desde la perspectiva de la infertilidad y la equidad de género, por ejemplo.

Entre la literatura que versa y analiza el estado de Aguascalientes hay un estudio realizado por Bretherton, sobre algunas pautas descriptivas de cómo percibe su experiencia el habitante de Aguascalientes. La investigadora nos expresa al respecto de la familia y su tamaño ideal. “El tamaño ideal de la familia está en relación directa con la edad: el menor

tamaño ideal de familia se reporta en la población más joven” (Bretherton, 2009: 53). Sin embargo, es posible visualizar dos puntos que ponen en discusión esta premisa: 1. que 75% de la población dice que el tamaño ideal es menos de cuatro hijos, 75 no es un porcentaje bajo y el mayor número es cuatro; desde la interpretación demográfica implica un crecimiento poblacional importante; 2. las tasas de fecundidad y natalidad van en ascenso, sobre todo a partir de embarazos en personas menores de 17 años (INEGI, 2015).

El escenario de estudio, visto desde una perspectiva sociocultural, describe mandatos culturales que contempla mandatos religiosos, de género y de familia, éstos últimos se construyen también desde lo religioso. Ellos dictan qué opciones y qué obligaciones tienen las mujeres y los hombres. Para el caso de los hijos, el análisis interpretativo nos habla de una temática casi obligatoria. El contexto dicta en qué circunstancias se deben tener los hijos. El significado de la infertilidad como padecimiento sociocultural está descrito entre los sujetos de estudio, sin embargo, no será posible entender ese significado, sino no se vislumbra el contexto donde viven y desarrollan su vida cotidiana estos sujetos. A partir de las cifras y los significados entre la población en Aguascalientes, ser mujer y ser hombre comparten una sinonimia en la maternidad y la paternidad; o sea, que también existe una identidad de género a la que algunos no hacen caso omiso.

Luego de ofrecer algunos datos del contexto que nos permiten entender y ayudan en el análisis del estudio, es conveniente decir que la importancia y marcada influencia del contexto sociocultural donde se desarrolla la persona también fue descrita de manera ineludible por los autores en cuyas teorías hacemos anclaje en esta investigación. Tantos los construccionistas, así como Kleinman otorgan especial importancia a los escenarios, como el lugar donde se aprenden y comparten las dimensiones socioculturales. Clifford Geertz (2003: 44-45) dejó establecido que “hoy es firme la convicción de que hombres no modificados por las costumbres de determinados lugares en realidad no existen, que nunca existieron y, lo que es más importante que no podrían existir por la naturaleza misma del caso”.

Novedad y aportes de la investigación

La **novedad** de la presente investigación se cree que radica en contribuir desde la perspectiva sociocultural, al abordaje holístico de un fenómeno que ha sido tratado de manera fragmentada con un enfoque predominantemente biologicista. Si entendemos, como buena práctica de investigación, que el hecho y la forma de abordar el proceso pueden variar según el esquema de vida del sujeto social, entonces se podrían develar los significados de la infertilidad como fenómeno disruptivo en la vida cotidiana de algunas personas.

Por otra parte los **aportes** de esta investigación podrían apuntar al valor teórico, metodológico y práctico de los resultados obtenidos. Puede ser aportativo la realización de una investigación bajo el paradigma interpretativo-comprensivo, con un anclaje en los postulados construccionistas y en conjunto con las bondades que ofrecen los métodos narrativos. En este sentido ha de mencionarse:

- Proporcionar un conocimiento sobre los significados relacionados con la infertilidad como fenómeno sociocultural.
- Contribuir al entendimiento de que las interpretaciones sobre la infertilidad tienen su origen en la vida cotidiana de las personas, condicionados por el contexto social al que se pertenece.
- Develar la contribución del rol de género como uno de las determinantes sociales para la construcción de la infertilidad como padecimiento, con la finalidad de proporcionar criterios científicos que sustenten propuestas para su abordaje médico-social.
- Contribuir a la descentralización de la información y de estudios sobre el tema de la infertilidad.
- Contribuir a la incorporación en la agenda pública los asuntos de infertilidad como aspecto a tratar dentro del tema de la equidad de género.

III. Estado del arte. ¿Desde dónde ha estado la producción académica sobre la infertilidad?

El siguiente apartado está dirigido a la descripción de la producción académica sobre la infertilidad. Antes de comenzar es conveniente destacar que el reconocimiento al tema de la infertilidad se percibe sólo en algunas agendas de las ciencias sociales. Además la producción está desarrollada desde los aspectos relacionados con el uso, acceso, beneficios y desventajas de los TRA. Estos planteamientos dejan fuera aquellas posturas que contemplan tratamientos o curaciones que responden a un orden más naturista.

Por el recorrido literario que se ha realizado, podemos dar cuenta de algunas de las reflexiones teóricas y políticas. Los análisis dirigen su atención sobre: a) los altos costos de los procedimientos de reproducción asistida, situación que genera un acceso inequitativo a los mismos; b) los dilemas de orden ético, legal y socioeconómico que derivan de las nuevas formas de filiación, familia y parentesco no basadas en criterios biogenéticos surgidas de la aplicación de estas tecnologías; c) las consecuencias psicosociales de los embarazos en mujeres posmenopáusicas que recurren a la fecundación *in-vitro* y al uso de óvulos de donantes; d) el surgimiento de un "turismo reproductivo" (Spar, 2005), que consiste en el desplazamiento de individuos con condición de infertilidad a países donde la legislación sobre reproducción asistida no existe o es más permisiva respecto de la obtención de material genético y de potenciales madres gestantes y e) la existencia de una industria que gira en torno a las tecnologías complejas, en la que intervienen científicos, personal médico, laboratorios farmacéuticos, bancos de esperma y agencias que se ocupan de gestionar y comercializar los óvulos y/o el consentimiento de las mujeres que acceden a ser madres subrogadas.

Estos temas han sido agrupados en cuatro subtítulos, los cuales serán expuestos a continuación. Sin embargo, antes de abrir la presentación y el diálogo entre autores, se considera significativo dejar explícito que fueron encontradas solamente cuatro publicaciones, las cuales guardan alguna vinculación con nuestro objeto de estudio. A estos

cuatro estudios los estaremos tomando como referentes teóricos y metodológicos. Las investigaciones serán abordadas en páginas posteriores. Desde ellas enunciaremos cuáles son las áreas de oportunidad que estamos retomando para nuestra investigación.

Diálogo entre las ciencias médicas y las ciencias sociales para los estudios sobre la infertilidad

Las ciencias biológicas han acaparado para sí gran parte del protagonismo sobre los temas relacionados con la reproducción humana. El personal salubrista aborda la infertilidad como una enfermedad. Al ser visto de este modo es de entender que casi siempre deba tener solución. Ésta puede ser la causa por la cual los estudios acerca de las personas infértiles están dirigidos a conocer y tratar principios de orden somático, que han sido relacionados con la infertilidad. Estos principios aparecen descritos en varios estudios: la diabetes, la obesidad, el tabaquismo y las ETS, entre otras muchas causas (Fernández *et al.*, 2015).

Cuando las causas antes mencionadas han sido resueltas o se demuestra que no están presentes en la persona infértil se procede entonces con los TRA. Ha sido publicado por varios especialistas (Morán *et al.*, 2000) que los TRA no tienen una alta efectividad. Por otra parte los recursos especializados en estas técnicas son ínfimos en comparación a la gran demanda de consulta. Por tal motivo se hace necesario cada vez buscar técnicas más rigurosas y específicas, por lo tanto más costosas (Morán *et al.*, 2000) para lograr la fecundación del óvulo. O en su defecto acudir a otras prácticas en tanto alternativas para el tratamiento de la imposibilidad de procreación.

Resultados de estudios han declarado que parte de la poca efectividad de los TRA radica en el abandono del tratamiento por parte de las individuos (Olivius *et al.*, 2004). Estos abandonos se producen fundamentalmente por dos causas ya mencionadas: las cuestiones económicas y las relacionadas con las emociones. Este último fenómeno ha sido muy bien aprovechado por los investigadores del campo de la Psicología. Se ha generado un despliegue muy favorable de estudios sobre el estrés o la ansiedad percibidos por los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pacientes que están en tratamientos desde lo alópata. Esta producción se produjo a partir de un consenso entre los profesionales de la salud mental sobre la necesidad de que las parejas sometidas a TRA obtengan consejo e intervención psicológica antes, durante y después del tratamiento (Arranz *et al.*, 2009).

Otros estudios han arrojado que las mujeres frecuentemente se quejan acerca del poco apoyo recibido por parte de sus parejas, lo cual se describe como un escaso acompañamiento emocional antes de comenzar los tratamientos y luego por los fracasos de los mismos (Peterson *et al.*, 2003; Arranz *et al.*, 2009). Arranz, Blum e Ito en 2001, estudiaron mujeres con diagnóstico de infertilidad con la finalidad de conocer las causas que las conducen al sometimiento continuo a TRA. Los hallazgos reportaron que, a pesar de lo invasivas que pueden ser las técnicas asistidas, este sometimiento obedece en gran medida, a fallas en la estructura narcisista. A pesar de esta relación, con un comportamiento estadísticamente significativo, Arranz y colaboradores en el año 2009 destacan que no se debe descartar que los hombres también perciben algún tipo de estrés, sobre todo a partir de la dificultad para relajarse, producto de la presión social.

Hasta el año 2009, fue reportado por Cardici y Sánchez que habían sido publicados 15 artículos donde se pudo apreciar las aplicaciones de las ciencias sociales a la salud pública. Como detalle importante es de destacar que todos estos estudios fueron realizados en instituciones hospitalarias de la Ciudad de México y para realizarlos se utilizaron instrumentos para psicodiagnósticos. La finalidad fue elaborar perfiles psicológicos de los pacientes. Las investigaciones mencionadas tuvieron lugar entre los años 1990 hasta 2008. Los objetivos fueron analizar aspectos como el autoconcepto, la ansiedad, la depresión, el impacto del diagnóstico por infertilidad masculina (niveles de autoestima) y la detección de cambios emocionales en distintos momentos de la evolución del proceso de búsqueda del embarazo.

Como se puede apreciar hasta aquí, la producción académica, que pone en diálogo a las ciencias sociales y las médicas sobre temas relacionados a la reproducción humana,

muestra un camino recorrido desde el campo de la psicología. A ello se deben grandes hallazgos y replanteamientos en las formas de tratamientos y abordajes de los pacientes una vez en consulta. Sin embargo, ha de notarse que la inmensa mayoría de los datos con que se cuenta provienen de estudios realizados sobre personas que, encontrándose con dificultad para tener hijos, se han acercado a centros sanitarios relacionados con la reproducción humana. Por ello no sería ingenuo pensar en que la información disponible está fragmentada, incompleta.

El beneficio de esta información se reconoce al tener presente que la estimación sobre el porcentaje de las personas que solicitan ayuda varía ampliamente (van Balen, Verdurmen & Ketting, 1997). Por lo tanto, no se deben tomar estos datos como representativos del colectivo de personas infértiles en general, sino representativos de aquellas que ante esta condición buscan ayuda, en este caso, en el modelo médico hegemónico (MMH)⁷. Nuestro pensamiento se sustenta a partir de la posibilidad que brindan estas instituciones de conocer el comportamiento de las variables por sus registros en las bases de datos. Por otra parte, debe reconocerse la dificultad de acceder al colectivo de personas infértiles existentes en la población general. Consideramos que en muchos de los casos se desconoce dicha situación. Mientras que en otros se cubre con un velo de silencio y otros que aun sabiéndolo, no acuden a instancias donde se lleven registros de los mismos. Para este entonces tampoco sería ingenuo aseverar la existencia de un sub-registro de la información.

El enfoque sociocultural, dirigido a entender el modo en que las personas infértiles vivencian su situación, así como el acompañamiento que reciben de las personas que lo atienden, lo que conduce a la construcción de sentido, ha estado prácticamente ausente. Así lo reporta Alvarado en 2006, con una investigación orientada hacia la realización de un

⁷ La definición se está tomando a partir del sustento que tiene la medicina alopática. Se define como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes”. M. Vega-De Céniga *et al.* (2009). Medicina basada en la evidencia. concepto y aplicación. *ANGIOLOGÍA*, 61(1), 29-34. Recuperado de: www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-pdf-S0003317009110040-S300 Sin embargo, se considera necesario dejar por sentado que la autora de la presente investigación no es partidaria de esta clasificación.

balance entre la bibliografía biomédica y la psicológica, sobre infertilidad, frente a las de otro tipo.

Este planteamiento de Alvarado, fue reforzado por Cardici y Sánchez, años después. Las autoras plantean que las investigaciones donde dialoguen las perspectivas socioculturales y las médicas, sobre procesos de reproducción humana, no son frecuentes. Sólo Castañeda y Bustos en 2001 presentan resultados de un estudio en el que se analizan las representaciones y prácticas de un grupo de mujeres con diagnóstico definitivo de infertilidad. Castañeda y Bustos en 2001, Chávez en 2004, así como Cardici y Sánchez en 2007 constatan que el modelo hegemónico de salud, al centrarse en la resolución biologicista del asunto, contribuye a dejar a un lado la dimensión presente en la construcción de sentido sobre la infertilidad, como fenómeno sociocultural.

Para contrarrestar un poco esta visión hegemónica biologicista de patologizar a la persona infértil, Arranz y colaboradores en el año 2001, proponen procedimientos que permitan el seguimiento y acompañamiento psicológico. Pero, una vez más estamos hablando de herramientas pensadas desde el campo de los estudios de la mente humana. En adición, podemos decir que en México, no son pocos los programas de posgrado cuyos saberes se desarrollan en el campo de las ciencias sociales, humanidades y ciencias de la salud. Sin embargo, Cardaci y Sánchez en su artículo “Hasta que lo alcancemos...” demostraron que hasta el año 2009 sólo se produjeron tres tesis que problematizan aspectos relacionados con la infertilidad. Estas tesis tenían como unidad de análisis a las mujeres y sólo en uno de ellas se incluyó a los hombres.

En la revisión de la literatura se encontró que Castañeda Jiménez (1998 y 2005) y Chávez Courtois (2008) desarrollaron estudios bajo enfoques cualitativos. En estas tesis se examinaron procesos de simbolización, las representaciones y prácticas sociales relacionadas con la infertilidad femenina y masculina. También se incluyó un análisis de los tratamientos y tecnologías utilizados para lograr un embarazo. Expuesto hasta aquí, entonces es tiempo de declarar que, hasta el momento no se han encontrado investigaciones

desde enfoques socioculturales y de construcción de sentido, vinculados a la infertilidad y que además hayan sido producidos desde la perspectiva de los métodos narrativos. Lo cual ha sido una de las principales motivaciones en la realización de nuestra investigación.

Feminismo y estudios de género

En una nueva mirada a las publicaciones, que comprendió 20 años llegando hasta la actualidad, se tuvo acceso a 12 artículos que vinculan el tema de la infertilidad con los estudios de género. Investigadoras como Tubert (1993) plantean cómo la maternidad es considerada un hecho, y se describe como algo natural y esperado por parte de las mujeres. Al mismo tiempo presenta una crítica al trinomio: mujer-madre-naturaleza, pues es parte arraigada de una construcción cultural. Esta triada sociocultural desecha la legitimidad femenina de no desear ser madre (Ramírez, 2013; Castañeda, 2016). Pero puede ser peor cuando se intenta considerar natural a un proceso de imposibilidad reproductiva.

En consonancia con los planteamientos de Tubert, algunos años después Blank (1999), expone cómo históricamente se ha visto a la mujer en su estatus de objeto sexuado femenino por medio de la maternidad. Esta idea ha traído como consecuencia que una vez diagnosticado algún proceso de infertilidad, de inmediato se acuda a los TRA. Esta situación, a decir de Tubert (1993) ha suscitado una idealización de la capacidad maternal y alteraciones de orden biológico. Incluso la misma investigadora se pregunta “¿hasta qué punto esta misma idealización es la que lleva a un alto índice de fracasos de los tratamientos de reproducción asistida?” Nuevamente se puede apreciar el vínculo de la psicología, esta vez con el rol de género.

Con el objetivo de influir en las decisiones hasta llegar a la legislación a nivel de país, diferentes corrientes dedicadas a los estudios de género y en especial del feminismo en Estados Unidos, han abordado estos temas. Todo en aras de mejorar y regular la procreación asistida. En México, sin embargo, nos encontramos ante otra situación. Con la revisión documental que se realizó y reforzada con criterios de otros autores, podemos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

esgrimir que un importante segmento de mujeres feministas que se desempeñan en la academia y en las Organizaciones no Gubernamentales no han tomado partido de estas temáticas. No hay una incorporación en toda su magnitud de estos temas a las agendas; así como tampoco se vislumbra la incorporación de acciones ni debates sobre el mismo en sus organizaciones.

Se ha podido identificar que las discusiones al interior del feminismo han versado sobre los siguientes tópicos: embarazo adolescente, mortalidad materna, cáncer mamario y cérvico-uterino. Ello llama la atención a partir de reflexionar sobre una posible especialización en estos tópicos, dejando de un lado las cuestiones relacionadas a la infertilidad. Al respecto autores se preguntan “¿si esta excesiva especialización en la modalidad defensiva o reactiva, podría estar generando que en sus agendas no se estén incluyendo determinados problemas de salud que aparecen como "focos rojos" en el panorama epidemiológico del país?” (Cardaci & Sánchez, 2011).

La mayoría de los trabajos académicos y los proyectos investigativos no abordan o lo hacen excepcionalmente algunas enfermedades, tales como las diabetes o las cardiovasculares. Estas enfermedades se encuentran entre las primeras causas de muerte de mujeres en el país. Por su parte también aparecen otros déficit u omisiones sobre el exceso de cesáreas e histerectomías que se realizan en los servicios de salud públicos y privados (Menéndez, 2009).

Se considera pertinente la comparación del contexto mexicano con el de otros países. Este balance con otras naciones parte de las mismas bases que hemos establecido desde el inicio de este trabajo: la insistencia de las mujeres en tener un hijo biológico y la consiguiente utilización de los TRA. Para países europeos y en nuestra región, específicamente en Estados Unidos, el feminismo logró desmontar críticamente los sutiles mecanismos que llevaban a definir a la maternidad como producto de un instinto propio de las mujeres y como un rasgo central de la feminidad.

Los hallazgos en los trabajos de archivo permiten reconocer la persistencia de esta visión heredada sobre la maternidad. Sin desear caer en discusiones parcializadas y lejos del ánimo de querer ver sólo un lado del asunto, partimos de reconocer que esta situación se convierte en un problema para la academia, cuando comienza a dejar fuera la posibilidad de generar o repensar nuevas preguntas de investigación. Por ende se dejan de replantear asuntos fundacionales al interior del movimiento feminista, como lo puede ser la preocupación de reproducirse a como dé lugar.

Es indudable el área de oportunidades que representa el tema de la infertilidad para los estudios y el movimiento feminista. Estos agujeros en la tela del conocimiento se pueden explorar desde varias perspectivas y no sólo tomando en cuenta su relación con los TRA y las ciencias jurídicas. También percibimos una necesidad de los estudios de género desde las masculinidades no como opuestos, sino como complementos de las feminidades y además como parte fundamental de los asuntos relacionados a la reproducción biológica en su dimensión sociocultural. En esta mirada es necesario incluir todo el discurso y las pautas heredadas y reproducidas desde la estructura social. Podrían gestarse estudios desde diferentes lógicas metodológicas por ejemplo las etnográficas y los métodos narrativos, por mencionar sólo algunas.

A decir de autoras mexicanas: “nos encontramos, en un momento óptimo para atar los cabos sueltos, incorporar nuevos asuntos a la agenda del feminismo y repensar la maternidad voluntaria y los derechos sexuales y reproductivos desde una visión más incluyente” (Cardaci & Sánchez, 2011).

Bioética y ciencias jurídicas

“Porque tú formaste mis entrañas; me entretejiste en el vientre de mi madre... Maravillosas son tus obras y mi alma lo sabe muy bien. No fueron encubiertos de ti mis huesos, a pesar de que fui hecho en lo oculto y

entretrejado en lo profundo de la tierra. Tus ojos vieron mi embrión y en tu libro estaba escrito todo aquello que a su tiempo fue formado sin faltar nada de ello.”

Salmos, 139: 13-16⁸

La humanidad cada día enfrenta nuevos retos. La tecnología y la ciencia en sus constantes descubrimientos, sobre todo en los aspectos médicos relacionados con la vida del ser humano, han puesto bajo jurisdicción todo lo concerniente al nacimiento, el crecimiento, la reproducción y la muerte. Para el caso que nos ocupa nos centramos en los aspectos reproductivos.

Los nuevos procederes ante la procreación han ocasionado que cada vez sea más necesario legislarlos en innumerables apéndices, artículos y cláusulas. A decir de varios autores hay una perpetua interrogante que pende sobre los TRA: “¿Existirá la posibilidad técnica de que coincidan la licitud ética y la jurídica?” (Kuthy, Martínez & Tarasco, 1999: 23). Así mismo se nos hace un llamado a la reflexión no sólo de cómo tratar el padecimiento y de conocer su importancia desde los sentimientos y emociones de las personas con esta condición. Se realiza un llamado también a considerar el principio del trato con personas y en aras de su protección física y moral, hace necesaria la adición de normas clásicas y la creación de una reglamentación específica. Por ello la necesidad de regular toda la actividad en materia biogenética y de los TRA.

A este apartado dedicaremos algunos párrafos, ellos muestran la relación, el vínculo estrecho entre lo jurídico y las soluciones a los padecimientos reproductivos en los humanos. A partir de los pilares de los TRA: la inseminación artificial, la donación de óvulos, la fecundación *in-vitro*: transferencia de embriones producidos en el laboratorio y la maternidad por sustitución, subrogada o de alquiler, es que las ciencias jurídicas en nombre

⁸ Reina Valera, Biblia de Estudio Siglo XXI. Antiguo y Nuevo Testamento, Mundo Hispano, México, 960, p. 96.

de “la moral y las buenas costumbres” elaboran y establecen las leyes, en tanto mecanismos de control.

El Derecho, como parte esencial de la vida del hombre, regulador de todo acto humano, debe considerar todos los aspectos que se derivan de las iniciativas médicas en aras del nacimiento de un hijo vivo. En no pocos países del mundo se han registrado transformaciones en el sistema jurídico a partir de las iniciativas en solución a la imposibilidad de la concepción. Estos cambios e incrementos se han dado en varias aristas, que incluyen desde la adopción de un niño hasta ver al útero como objeto de contrato (Rodríguez, 2011).

Para comprender un poco las discusiones que se han generado en este campo, es necesario explicar que las ciencias jurídicas no sólo han contemplado las implicaciones del uso de los TRA. También se han implementado leyes relacionadas con los actos de voluntad de las personas. Este último caso tiene que ver con la prestación de los órganos reproductivos para la gestación de un embrión, al cual, la persona gestante, no lo debe considerar como su hijo.

Sobre este aspecto denominado la tutela del embrión, Ferrajoli (2006) establece que se pueden identificar dos posiciones que reflejan una antigua división entre filosofías morales contrapuestas. La primera entiende que existe una implicación recíproca entre cuestiones jurídicas y morales. Es decir, si un comportamiento es inmoral debe ser prohibido por el Derecho. La segunda posición plantea un pluralismo moral en la sociedad, de lo que se concluye que debe haber una separación axiológica entre el Derecho y la Moral. Coincidiendo con este último argumento se afirma que: “el estado no debe inmiscuirse en la vida moral de las personas defendiendo o prohibiendo estilos de vida, creencias ideológicas o religiosas, opciones o actitudes culturales” (Ferrajoli, 2006).

Desde el derecho también se han dado discusiones sobre la donación espermática y la opción de reproducción independiente. A esta última acuden en la actualidad muchas mujeres solteras. Gargallo (1993), afirma que ambas opciones son derechos universales de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los seres humanos, sobre el cual no debe haber excepciones basadas en las preferencias sexuales, ni la vida afectiva de cada quien. Esta aclaración es debido a las políticas de acceso de no pocos lugares donde las doctrinas de la iglesia católica son fuertemente seguidas.

Para la inseminación artificial, sobre todo para el caso conocido como inseminación heterológica⁹ se han desplegado innumerables acciones jurídicas. Estas acciones son necesarias debido a la inexistencia de lazos familiares entre el hijo concebido y esposo o pareja de la mujer inseminada. Ello ha ocasionado no pocas controversias en el orden de lo jurídico y también religiosas. La iglesia católica y sus seguidores postulan que siempre el varón, pareja de la mujer, debe de contribuir en la procreación y no un extraño. De lo contrario estarían incurriendo en un delito moral.

Al interior de esta técnica de reproducción, la ley sólo expone o contempla los derechos y deberes de donantes y de los beneficiarios. Para estas personas toda la información se ha mantenido en secreto durante años y su divulgación constituye un delito. Sin embargo, en los últimos tiempos ha salido a la luz los derechos del infante, resultado de esta técnica. Respecto de ello se esgrime que el niño o la niña, tiene el derecho a conocer su procedencia, quiénes son sus verdaderos padres, biológicamente hablando. Algo muy parecido suele suceder para la fecundación *in-vitro*, para la cual también existe la clasificación de homóloga y heteróloga.

⁹ Se llama así al intento de fecundación del óvulo, a partir de una muestra espermáticas de un tercero. Esta muestra es obtenida de un banco de semen, de donde se obtiene el gameto masculino necesario para realizar la fecundación.

La fecundación *in-vitro* tiene múltiples implicaciones jurídicas, morales y éticas; debido a las combinaciones que se pueden realizar.¹⁰ A partir de aquí es necesario definir la calidad de los óvulos fecundados y las acciones cometidas con los que “no están en buen estado”. Para este entonces sobresale la pregunta: ¿estos juicios de valor y estas determinaciones quién las tiene a su cargo? Así mismo los embriones sobrantes son congelados para su conservación, en caso de que se necesiten. Sin embargo, las parejas que han solicitado tal procedimiento, muchas veces se olvidan de sus embriones, dando lugar a problemas jurídicos, éticos y también sociales. Por esta razón no pocas clínicas dictan políticas como: “transcurridos cinco años los embriones serán destruidos”¹¹.

Otro problema que existe es la manipulación genética. Algunos la toman para bien, cuando es el caso de la recombinación para la prevención de enfermedades, por la “seguridad” del hijo resultante. Siempre existe la posibilidad de que el infante concebido tenga alguna anomalía, ya sea mental o física, que permita la decisión de no aceptarlo por parte de la pareja que solicitó la técnica, dejándolo en el abandono (Lucerito, 2007).

Dicho de esta forma pareciera que los embriones son bienes perecederos, sin prestar mayor atención a su condición de organismo vivo. Entonces ello origina otras grandes discusiones al interior de la ingeniería genética en contratase con lo jurídico y con las pautas de la iglesia católica. Genetistas insisten en declarar a los embriones como vivos, pero todavía no son personas. Esta condición la establecen a partir de las fases o etapas del desarrollo del

¹⁰ Elaboración propia a partir del protocolo de actuación de clínica privada.

- Hijo de óvulo y semen de la pareja, gestado por ella, y de semen del donante.
- Hijo del óvulo de la mujer de la pareja, gestado por ella y de semen del donante.
- Hijo de óvulo donado, semen del varón de la pareja y gestado por la mujer de la pareja.
- Hijo de óvulo de donante, que a su vez es la gestante, y semen del miembro masculino de la pareja.
- Hijo de óvulo de donante y a su vez gestante y semen de donante.
- Hijo de óvulo y semen de donante, gestado por la mujer de la pareja.
- Hijo de gametos de la pareja, gestado por una segunda mujer.
- Hijo de óvulo de la mujer, semen de donante y gestado por una segunda mujer.
- Hijo de óvulo de donante, semen del compañero y gestado por una tercera mujer.

¹¹ Postulado del protocolo de actuación. Clínica privada para el tratamiento de la infertilidad. Aguascalientes, 11 de enero de 2017.

embarazo¹². Sobre la base de este criterio los científicos genetistas se licencian para emplear los embriones en experimentos.

Como se puede afirmar hasta aquí, el campo de lo jurídico ha tenido una ardua tarea al procurar legislar todas las prácticas relacionadas con la reproducción humana, las cuales son cada vez más extendidas. Así lo probaron Cardaci y Sánchez, cuando encontraron que hasta el año 2009 este campo disciplinar fue registrado con una de las mayores producciones académicas, superado únicamente por las ciencias médicas *per se*.

Pasados algunos años, el panorama no ha cambiado mucho, pues el marco legal de las técnicas de reproducción como solución a los problemas de infertilidad, continúa siendo muy discutido. Según las investigadoras, las discusiones se centran en aspectos relacionados con los consentimientos informados, la responsabilidad sobre células germinales, el inicio de la vida y estatuto del embrión, la disposición de embriones residuales, el acceso a las nuevas TRA y la eugenesia.

A pesar de toda la problemática brevemente explicada, se hace necesario acotar que el Código Civil Mexicano es escueto para tales situaciones. A decir de Lucerito (2007), México necesita crear leyes que especifiquen cada acto de reproducción humana. Se aboga hacia la implementación de los principios clásicos del Derecho Civil y así abarcar los variados aspectos jurídicos que estas técnicas de reproducción implican.

Ante toda la discusión no podemos dejar fuera el papel que juega la iglesia católica. Sobre todo para el contexto donde desarrollamos este estudio. Pensamos que lo institucionalizado y representativo de sus postulados dejan como consecuencia el alejamiento e irreflexión al interior de estos temas, incluso en lo jurídico. El país avanza dando forma de ley al dogma religioso que considera que la vida comienza en el momento de la concepción. Por lo tanto cierra el paso a la despenalización del aborto y se castiga a quien termina voluntariamente un embarazo.

¹² Etapas del embarazo: fecundación, desarrollo embrionario y desarrollo fetal.

“...al considerar como persona nacida al óvulo recién fecundado, la muerte de cualquier cigoto es un homicidio, sea que resulte de un aborto o de la disposición de material fecundado en un laboratorio. Los médicos y técnicos que intervengan en maniobras de inseminación artificial también serán homicidas por lo que respecta a los óvulos fecundados no desarrollados. Por esa pendiente al absurdo, los productores y los distribuidores de espermaticidas podrían ser considerados cómplices de un delito muy grave” (Valadés, 2009).

En colaboración con los planteamientos del jurista Valadés agregamos que en el contexto mexicano, el movimiento feminista está llamado a jugar un papel clave en la defensa del estado laico y en el rechazo a la postura jurídica que se desprende de la conversión automática de una prédica religiosa en regla de Derecho.

Las ciencias sociales y los estudios de infertilidad en México

Una vez realizado el recorrido por las principales disciplinas desde las cuales se tejen lazos con temas de la reproducción humana, dedicamos unos renglones más para el examen de cómo ha estado la producción académica al interior de las ciencias sociales en México. Para el desarrollo de este apartado se decidió pautar la búsqueda en disciplinas como la sociología y la antropología, justo por los puntos en comunes que pudieran tener con nuestra investigación. Hasta la fecha sólo se han encontrado cuatro estudios. Todos se corresponden con tesis de posgrados (maestría y doctorado). Tres de ellos realizados en la Ciudad de México y el más reciente desarrollado en La Habana, Cuba. Sus planteamientos de problemas y preguntas de investigación constituyen nuestros referentes teóricos y metodológicos.

Los cuatro estudios están amparados bajo el paradigma interpretativo-comprensivo, además que son una clara contribución a la academia dada la mirada transdisciplinaria que imponen entre la antropología y las ciencias médicas. Los dos primeros, sobre los que vamos a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

versar, están bajo la autoría de Elena Castañeda Jiménez (1998 y 2005)¹³. En los proyectos fueron analizadas las representaciones y prácticas de mujeres y hombres con diagnóstico definitivo por infertilidad. También los estudios dedicaron un apartado al análisis de la atención que recibieron las personas, al pasar por el sistema médico alópata.

Las otras dos investigaciones se corresponden con las tesis de doctorado de Mayra Lilia Chávez Courtois en el 2008 y de Zoe Díaz Bernal para el año 2012¹⁴. Ambas investigaciones están orientadas bajo una lente antropológica. El objetivo de investigación de las mencionadas tesis fue explorar el sistema de representaciones simbólicas, considerando el significado del cuerpo como eje sociocultural en estrecha relación con el concepto de infertilidad. Para estos análisis fueron empleadas técnicas propias de los diseños etnográficos, añadiendo pequeñas entrevistas. Sin embargo, en un examen más detallado de los trabajos podemos esgrimir que nuevamente se mueven en los ámbitos de las ciencias médicas en diálogo con algunos temas relativos a la psicología y a la sociología como puede ser el cuerpo. De las investigaciones mencionadas rescatamos algunos de los métodos de recolección de información, así como algunas categorías para la construcción de nuestros datos y nuestro análisis.

Si bien consideramos como un área de oportunidad el análisis de la infertilidad como enfermedad y experiencia vivencial, se debe destacar que estos estudios dejan fuera el resto de la vivencia de la personal infértil. O sea, que no se exploró lo que sucede con el sujeto cuando no se mueve en los ámbitos médicos. Estos proyectos tejen sus resultados y conclusiones desde una mirada que fluctúa entre lo etnográfico y la antropología médica, así como algunos aspectos de la sociología. Encontramos entonces que se ha desarrollado

¹³ *Bendito sea el fruto de tu vientre. Representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de infertilidad en la ruta del padecer.* Autor: Elena Castañeda Jiménez. CEISAS, México, 1998. *Hipooligoastenoteratozoospermia. Representaciones y prácticas de médicos y parejas pacientes en torno a la infertilidad masculina.* Autor: Elena Castañeda Jiménez. CIESAS, México, 2005.

¹⁴ *Infertilidad y técnicas de reproducción asistida: una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco.* Autor: Mayra Lilia Chávez Courtois. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México, 2008. *Representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud.* Autor: Zóe Díaz Bernal. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba 2012.

muy poco en relación con la vivencia de la infertilidad cuando es asumida como un padecimiento. Se ha estudiado poco a la infertilidad como un padecimiento que se construye socialmente. Se registra una carencia de estudios sobre los significados, sentimientos, emociones y creencias. Se visualizan lagunas en las explicaciones de los procesos que los actores sociales describen como problemas de salud. Esta clasificación viene de las experiencias de las parejas, de las personas y sus enfrentamientos no favorables con procesos biomedicalizados.

Hasta aquí podemos declarar e insistir en la necesidad de rescatar estas vivencias desde los actores principales, pero en tonos más narrativos y que tengan como objetivo conocer cómo se construye el sentido en la “ruta del padecer” (Castañeda & Bustos, 2001). Se detecta la necesidad de dedicar un espacio al abordaje de los temas reproductivos con una perspectiva que incluya el enfoque sociocultural, rescatándolo como experiencia en el mundo de la vida.

En un intento de resumen, podemos afirmar que hasta aquí hemos detectado que actualmente es insuficiente y fragmentado, el conocimiento sobre la infertilidad percibida como una problemática sociocultural, así como el sentido construido en derredor. La medicina ha establecido algoritmos de trabajo para la atención, estudio y tratamiento de la infertilidad, que funcionan como esquemas de atención, con un orden jerárquico y cronológico, que al no tomar en cuenta la perspectiva sociocultural de las personas, expresan un carácter eminentemente biologicista y aporta la noción de que no ser capaz de reproducirse biológicamente, es una anormalidad o limitación que necesariamente hay que corregir (Calero, 1999; Alvarado, 2006; Calero *et al.*, 2006a; Schwarz, 2010). Esta información ha sido posible constatarla a través de las revisiones documentales de los escasos programas de atención a la reproducción humana encontrados en el estado de Aguascalientes y en el país en general. En ello prevalece la concepción de la infertilidad como un trastorno puramente físico, sin que se distingan los padeceres que sufren las personas y las prácticas que éstas desarrollan. Todo ello reclama el fomento e

implementación de investigaciones desde la perspectiva sociológica y justifica, al mismo tiempo, el problema científico del presente estudio.

El abordaje al tema de la infertilidad desde la mirada sociológica incluye la valoración integral de los significados generados desde todos los actores sociales involucrados y vinculados a la función reproductiva y a la propia infertilidad. Esto permitirá identificar las especificidades interculturales y contribuirá a la atención del problema de salud desde la perspectiva médico-social, para un manejo culturalmente competente de la persona con una condición de infertilidad. El estudio de los significados puede dar respuesta a la necesidad de la búsqueda de atención en las más disímiles opciones. También puede dar respuesta a las insatisfacciones con la atención recibida centrada en los aspectos clínicos y biológicos del problema. Así lo declaran investigaciones precedentes en este y en otros contextos, lo que se corresponde con la medicalización de los procesos implicados en la atención a la infertilidad (Calero, 1999; Castañeda *et al.*, 2001; Calero *et al.*, 2006; Calero *et al.*, 2006^a).

¿Qué y quiénes han versado sobre el cuerpo?

El cuerpo tiene una trascendencia establecida desde la mera presencia física del individuo, su funcionamiento, las consecuencias psicológicas, sociales y políticas, hasta la posibilidad de engendrar a otro organismo vivo. Éstas son las razones por las cuales surge como un enfoque multidisciplinario la rama de la sociología del cuerpo. Pero como se ha expuesto desde un inicio, su justificada vinculación está dada, más que todo por su rol determinante en el trinomio salud-enfermedad-agencia.

Antes de continuar se cree oportuno establecer algunas pautas, que si bien son históricas, permiten reconocer el camino por el cual hemos de andar, a partir de entender los significados que se articulan desde el cuerpo, como eje intermedio entre lo físico y el “deber-ser” social. En una ampliación del estado del arte para la sociología del cuerpo se encontró que la reflexión acerca del mismo, las discusiones morales, religiosas y materiales, se han extendido durante siglos. Una gran parte de estos razonamientos, acerca

de las implicaciones del cuerpo y la disciplina a la que se le somete, pueden ser estudiados en los escritos de Michel Foucault¹⁵. El análisis del filósofo está centrado en las relaciones de poder y la disciplina corporal con matices muy marcados hacia lo político. Ello constituyen referencia obligada para el análisis de la relación del cuerpo con el poder y las estructuras políticas que actúan en la sociedad en general.

Michel Foucault, presenta al cuerpo como una paradoja (Foucault, 2003). Al cuerpo se le puede visualizar a partir de la historización de prácticas sobre el mismo, así como el reconocer el poder que tiene el cuerpo de liberar al sujeto y al mismo tiempo convertirse en su más grande limitante. El teórico establece esta paradoja teniendo en cuenta el papel preponderante que juega la experiencia del sujeto en la formulación del sentido común. Esta formulación puede ser entendida como la construcción social del conocimiento que tenemos de la vida cotidiana y el cual ponemos en práctica, como pautas que rigen la existencia.

Otra vertiente bastante desarrollada, está muy relacionada con los planteamientos desde las prácticas simbólicas legítimas con posturas bourdianas y su análisis de clase. Pierre Bourdieu, expone cómo en la implicación dialéctica de las características en el campo y el *habitus* el cuerpo se significa, siente y vive y, en las cuales entran en juego sus capitales. Bourdieu hace explícita la lógica de cómo el moldeamiento de las complejiones individuales refleja su situación en el entramado social. Los planteamientos bourdianos pudiéramos considerarlos actualizaciones, en el orden de otras miradas, para el siglo XX.

Para Bourdieu el cuerpo humano está considerado o puede ser leído como un producto social. Lo cual es totalmente congruente con lo descrito hasta el momento y con nuestra premisa. Dicho esto agregamos que el cuerpo humano está atravesado por los aspectos

¹⁵ Vale mencionar que no son pocos los ensayos de Michel Foucault dedicados al cuerpo. Ofrecemos sólo algunos títulos, sin pretender que sean los más importantes, pero sí los que sirvieron de referencias para este apartado en el presente estudio. *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. (1984). Editorial Siglo Veintiuno, México. *Los Anormales* (2006) Editorial Fondo de Cultura Económica, México. *Tecnología del yo. Y otros textos afines* (2000) Editorial Paidós, Barcelona. *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (1988) Editorial Alianza, Madrid.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

socioculturales del contexto donde se desarrolla el individuo. Ello asiente plantear una noción del cuerpo dominado desde la estructura social. El concepto de dominación está entendido en un sentido simbólico, en tanto un grupo social es capaz de construir sentido, articular y sostener el consenso de esa dominación. A través del cuerpo hablan las condiciones de trabajo, los hábitos de consumo, la clase social, la cultura. El cuerpo tiene, entonces, un carácter históricamente determinado, podría decirse que la historia del cuerpo humano, es la historia de su dominación.

Pero además, esta construcción social del cuerpo, tiene un correlato en la percepción social y del hombre sobre su propio cuerpo. Es decir, a los aspectos puramente físicos, se suman otros de tipo estético, como el peinado, la ropa, los códigos gestuales, las posturas, las mímicas, etc., que el sujeto incorpora para sí. El cuerpo es entonces aprehendido. Según Bourdieu: “(...) las propiedades corporales, en tanto productos sociales son aprehendidas a través de categorías de percepción y sistemas sociales de clasificación que no son independientes de la distribución de las propiedades entre las clases sociales” (Bourdieu, 1986: 87).

Para este momento tal vez sea necesario declarar que los postulados bourdianos sobre el cuerpo están más orientados hacia los análisis de dominación¹⁶. Sin embargo, en un intento de correspondencia, vemos que el modelo propuesto por el teórico francés, también se puede adaptar al análisis del papel del cuerpo en los procesos de salud-enfermedad. Pensamos esto debido a que los sujetos adquieren, en el proceso de socialización, el sentido que tiene su cuerpo, el rol que juega y lo que se espera de él, en el espacio social. Esta posición obliga, imprime, conlleva a un desempeño en la sociedad. En este sentido, entonces, se inscriben experiencias que pueden ser vitales, tal es el caso de un proceso de imposibilidad reproductiva.

¹⁶ Constructo del cuerpo: A los que dominan (cuerpo legítimo) y el cuerpo de los dominados (cuerpo ilegítimo o alienado).

En la década de los años sesenta sucedieron varios factores como la revolución sexual a partir del feminismo, la producción literaria abundante no consecuente con los antiguos marcos normativos. Estos acontecimientos suscitaron que se comenzara a prestar más atención al cuerpo en tanto una posesión, atributo, que marca el punto, la frontera entre el yo y el otro. A decir de Durkheim (1992) el cuerpo es el factor de individualización. En suma, para estos momentos se puede apreciar cómo el cuerpo aparece como algo externo, ya que la sociología se centraba en el estudio del hombre como agente, es decir, en su capacidad de tomar decisiones y actuar.

Según Mary Douglas (1999), la sociología del cuerpo, hereda de la Antropología cultural las siguientes ideas: el cuerpo humano se contempla como restricción y como potencial al mismo tiempo, se establece una contradicción entre la sexualidad y los requisitos sociales y se considera que los hechos naturales se experimentan de forma diferente según el género, al que se concibe como un sistema clasificatorio. Según Douglas (1999) el ser humano trata de componer el orden social cuando se siente en riesgo, incertidumbre y contradicción; sentimientos y situaciones que describen los sujetos en los estudios encontrados que sirven de antecedentes (Arranz *et al.*, 2001; Arranz *et al.*, 2009).

Tal vez aquí valdría la pena poner en diálogo a Goffman. Este académico deja muy bien pautado su interés por el papel del cuerpo en la construcción social de la persona a través del estigma y la vergüenza (Goffman, 1970; Goffman, 1987). Este teórico interaccionista manifiesta que debemos prestar atención al papel que asume la persona en las situaciones que se le presentan en la cotidianidad. Estas situaciones van a estar en concordancia directa con la situación y la función social que se tenga.

Para este momento se hace imposible dejar de mencionar los aportes desde la teoría del género y el feminismo al constructo de la sociología del cuerpo. El feminismo trae consigo un aumento del énfasis en el género como sistema de clasificación social. Influye en la sociología en tanto que se asume que la clasificación en términos del estatus social depende de la forma en que el cuerpo se presenta en el espacio social.

Giddens (1987) también versa sobre la sociología del cuerpo, expresando que la identidad personal no es algo heredado. La autora de la presente investigación prefiere entenderlo en términos de que sí es heredado. Tal vez no del todo, pero sí hay un legado adquirido por el individuo, el cual va configurando su identidad personal. Es cierto que algún rasgo de la identidad personal sí se adquiere o se transfiere, pues no hay que olvidar que cuando el ser humano viene al mundo, hay estructuras sociales que les son previas. Sí, coincidimos con Giddens al insistir en que hay un proyecto reflexivo (Giddens, 1987), el cual se da en un punto disruptivo de la vida cotidiana, lo que conducirá a la acción, a la práctica. Sin embargo, pasando siempre por los significados para la propia vida del sujeto social.

Continuando con un análisis sobre la producción intelectual sobre el cuerpo se puede decir que los constructos se erigen de las concepciones del cuerpo, en tanto acciones discursivas, y la búsqueda de significados en las acciones corporales mismas. En los estudios encontrados sobre el cuerpo, éste es visto como una superficie importante en la que las marcas de condición social (vestido, posturas, maquillaje, deporte, posición familiar, afiliación tribal, edad, sexo, género, condición religiosa, entre otros) pueden exponerse fácil y públicamente. Sin embargo, se pudo apreciar que no son muchos los registros relacionados con la reproducción humana. Incluso en los estudios desde el sexo y el género se hace notoria una carencia de esta temática.

El análisis del cuerpo como muestra de los códigos sociales dominantes y de los esfuerzos por transformarlos es necesario cruzarlo con el análisis de los significados expuestos en la vida cotidiana en general. Por lo tanto desde aquí pre-establecemos que sobre el cuerpo se dan las prácticas y a través de ellas también se construye sentido ante un fenómeno, como lo puede ser la infertilidad. Según Bourdieu (2007: 107), las representaciones del cuerpo están muy ligadas a los momentos de la vida humana. Una de estas representaciones lo puede constituir el embarazo, tanto para la mujer, como para el hombre. Visto en esta perspectiva, sí se encuentran algunas referencias en el mundo académico, pero no así dado el caso de un proceso de infertilidad. Es clara la relevancia que un fenómeno como la

imposibilidad reproductiva puede alcanzar en determinadas etapas de la vida de las personas, donde un embarazo y el nacimiento de un hijo vivo son ocasiones especiales y consagradas.

Las exiguas publicaciones encontradas, se deben en buena medida a los estudios multidisciplinares. Los sociólogos, antropólogos y médicos, en proyectos conjuntos, han realizado sus aportaciones a las lecturas sobre el cuerpo como manifestación cultural y clínica. Han abordado estos discursos sobre lo que es “deseable” o “normal”, para el caso: las maternidades y las paternidades, estas últimas en contados estudios.

La sociología del cuerpo tiene un particular interés por el tabú, pues se concibe la relación entre el hombre y cultura en términos de contradicción entre las pulsiones humanas, especialmente la sexualidad, y las normas socioculturales. Estas últimas como evidencia de la institucionalización de las normas culturales que regulan la agencia. Se piensa entonces que, a partir del análisis de los fenómenos estigmatizantes o las nociones de tabú de cada sociedad se pueden conocer las reglas y las normas culturales institucionalizadas y cómo éstas rigen, estructuran la vida del individuo, en términos de su sexualidad y reproducción, para el caso que nos ocupa.

Al interior de la sociología del cuerpo se desarrollan varias perspectivas. Éstas han sido abordadas por varios autores que se están tomando como referentes teóricos en la investigación que hasta aquí se describe. Turner (2008), Shilling (2012), Nettleton (2013) y anteriormente Le Breton (2002) compilan en sus escritos las tres perspectivas o áreas de interés: Perspectiva naturalista, Perspectiva social-construccionista y la perspectiva fenomenológica. Para el desarrollo del estudio y justificado desde el planteamiento del problema se ha decidido el anclaje a la perspectiva social-construccionista.

Para ahondar en esta perspectiva retomamos el argumento de que cuerpo también es una construcción social. Sobre esa base se crean los significados y se suscitan las prácticas para lograr un embarazo y por lo tanto un hijo vivo. Estos elementos nos ponen en presencia de

un cuerpo moldeado por el contexto social. En la interacción con los fenómenos que se presentan en la vida cotidiana, se despliegan sistemas que implican códigos de espera y de reciprocidad a lo que el sujeto social se pliega. Un ejemplo de esos fenómenos lo constituyen los padecimientos. Tenemos la premisa de que los padecimientos, más allá de los síntomas y manifestaciones clínicas del cuerpo, son construidos socioculturalmente. Los autores antes mencionados destacan que los padecimientos y el cuerpo son una base material que será moldeada a lo largo de la vida por las prácticas sociales y su contexto. Ante cualquier circunstancia de la vida, los sujetos construyen un significado y desde éste una práctica; y no sería ingenuo destacar que la mayoría de las veces están socialmente determinadas en función de las normas implícitas que lo guían: situación y contextos de intercambio, por ello se puede hablar de "*práctica orientada a una etiqueta corporal*" (Goffman, 1970; 1987). Por lo tanto, las expectativas sociales pueden tener un efecto muy real en las estructuras corporales.

En la antropóloga Mary Douglas (1988) también se encuentra apoyo para la justificación de la adopción de esta perspectiva social-construccionista. La antropóloga expone que la percepción del cuerpo físico está orientado por el cuerpo social y viceversa. El cuerpo proporciona una base para la clasificación, y a su vez la organización del sistema social refleja cómo se percibe el cuerpo.

“El cuerpo social limita la forma en que el cuerpo físico se percibe. La experiencia física del cuerpo, siempre modificado por las categorías sociales a través del cual se sabe, sostiene una visión particular de la sociedad. Hay un continuo intercambio de significados entre los dos tipos de experiencia corporal de modo que cada una refuerza las categorías de la otra. Como resultado de esta interacción el cuerpo en sí es un medio altamente restringido de expresión” (Douglas, 1988: 93).

Luego de la revisión bibliográfica correspondiente al estado del arte acerca de la infertilidad, podemos pensar que al proceso de infertilidad se le es visto y descrito, sobre todo desde el MMH, como una enfermedad del cuerpo. Al ser así es comprensible que la

mayor parte de las explicaciones estén en función de factores bio-físicos. Argumentada, de igual manera, la impronta del cuerpo en la vida social e individual del sujeto, es que nos atrevemos a pensar en las influencias sociales y culturales ante un proceso de infertilidad. En este mismo orden es donde toman partido "las tecnologías sociales que afectan al cuerpo"¹⁷ (Foucault, 2003). El autor hace referencia a aquello que el hombre crea, a partir de la no aceptación social de un fenómeno natural como puede ser la infertilidad.

“Un hijo no, mejor ninguno”. Investigaciones y autores que se aproximan a la no maternidad y no paternidad voluntarias

Antes de comenzar los siguientes párrafos, es conveniente resaltar que el tema a continuación no es objetivo para nuestra investigación mas, sí tiene una impronta. Compartimos la idea de que aquellas personas que han logrado tener hijos representa el referente cultural y social de nuestros sujetos de estudio, lo cual convierte a la maternidad y la paternidad en los opuestos de la imposibilidad reproductiva. Sin embargo, también consideramos oportuno abrir un breve espacio en aras de exponer las posibles fisuras que tienen los mandatos culturales que versan sobre la maternidad y la paternidad y sobre los cuales se sustenta nuestra propuesta de investigación. De esta manera reconocemos que en este breve apartado expondremos algunos apuntes de lo que pudiéramos llamar la contraparte de los mandatos culturales que tomamos en cuenta en nuestro ejercicio.

En el mundo han aflorado investigaciones cuyo interés radica en las bajas tasas de fecundidad, sobre todo en países enclavados en el marco europeo. A decir de D’Aloisio (2009) esta situación se ha convertido en preocupante para los demógrafos y científicos sociales. En trabajos de investigación se puede apreciar como la no maternidad y la no paternidad voluntarias también traen como consecuencias la baja fecundidad. O sea, estamos asistiendo a una sociedad donde hombres y mujeres, aun no teniendo imposibilidades reproductivas, dan la espalda a los mandatos culturales heredados,

¹⁷ Una tecnología social es cualquier tipo de intervención regular sobre el funcionamiento de nuestro cuerpo con fin de alterarlo de una determinada manera. Ejemplo: las dietas, los trasplantes, entre otros.

mandatos de familia, mandatos religiosos, mandatos de género, por mencionar algunos, los cuales son los que retomamos en nuestro trabajo. Las decisiones, en su mayoría, están sustentadas por dificultades en las variables económicas en común acuerdo con accesos a mercados laborales y deseos de crecimiento profesional. En una mirada al México actual vemos que no está alejado de la situación descrita para el continente europeo.

Los estudiosos del tema exponen que los sujetos sociales desarrollan una serie de pasos en sucesión: completar los estudios, comprar una casa confortable, unirse con otra persona, que puede o no vivir bajo el mismo techo y por último, eventualmente, procrear (Livi Bacci, 2001). Otros autores, abordan las causales de la baja fecundidad desde la movilidad social. Según Dalla Zuanna (2006) se trata de un aumento de la misma. El demógrafo estadounidense explica que a una mayor instrucción, mejora la posición de las personas en la sociedad (Dalla Zuanna, 2006). Por lo tanto se presume que el sujeto destina mucho de su vida, entiéndase tiempo y dinero, a lograr las posiciones deseadas. En ese sentido se comienza a legar a un último plano la reproducción humana.

Sin embargo, creemos que si dejamos la explicación sobre tópicos económicos y de niveles de instrucción se corre el riesgo de obviar otros factores. Para estos momentos estamos hablando de cambios culturales que se perciben en la sociedad, los cuales además son descritos por los investigadores del tema. En común acuerdo con Ramírez (2013) y Castañeda (2016) se registran cambios de rol de género tradicionalmente desempeñado, del sentido de la familia y de la vida en pareja. Todos estos factores se mezclan y dan paso para vislumbrar a la reproducción biológica como una elección y no como un “deber-ser”. En aras de exponer un poco más estos cambios y mezclas se han desarrollado estudios desde perspectivas más socioculturales, antropológicas y con acercamientos más cualitativos.

El concepto de cultura de la fecundidad fue introducido por el antropólogo David Kertzer en 1995. El constructo nos habla de un conjunto de valores, significados, normas y símbolos que se refieren a la fecundidad y que se dirigen a las características que ésta toma según los comportamientos y los horizontes en la vida de los sujetos (Kertzer, 1995; D

‘Aloisio, 2009). Si hacemos una lectura crítica del concepto, es posible lograr una explicación de otro tipo para las bajas tasas de fecundidad e incorporar la elección sobre la no reproducción humana.

La cultura de la fecundidad lega al individuo y a la sociedad la posibilidad de asistir a la no procreación bajo el influjo de variables económicas, pero también religiosas, políticas, psicológicas. Es posible entonces entender a la maternidad y a la paternidad como un fenómeno heredado y vinculado a la realización del ser humano y a la legitimidad de ser mujer o ser hombre. Al menos esa es la premisa del estudio que hemos desarrollado. Las investigaciones ancladas en el concepto de cultura de la fecundidad ofrecen otra visión. En palabras de D’Aloisio (2009) se libera al individuo del lastre de una teoría donde los sujetos son considerados como actores exclusivamente racionales. Por lo tanto se descubre a un sujeto con una mayor capacidad de elección. Se descubre a un sujeto que echa mano de sus derechos sexuales y reproductivos.

Luego de las anteriores aproximaciones deseamos rescatar un punto que nos salta a la vista. Luego de leer y analizar algunos autores que tratan los temas de la no reproducción voluntaria, nos permitimos hacer un acercamiento a la perspectiva de género en tanto tema de investigación o categoría para el análisis. Si bien partimos de la idea que hay una apuesta a la no procreación voluntaria de parte de los hombres y las mujeres, se cree necesario exponer que la mayoría de los estudios encontrados están abocados a la no maternidad. O sea, que la mayor producción académica está centrada en las mujeres y desde las mujeres. La idea principal de estos estudios es el intento por entender cómo se configura la identidad de género en mujeres y desde mujeres, mayormente profesionales, que deciden no ser madres.

De las mujeres que han sido sujetos de estudio se puede extraer la idea de que fecundidad y procreación se configuran como último plan de vida y en no pocos casos ni tan siquiera se piensa en ello. No se tiene contemplado. A partir del “análisis histórico-estructurales e histórico-conyunturales” (Tarrés, 2007: 26) se detectan procesos macro-sociales,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

circunstancias socioculturales que influyen en las biografías de las mujeres desafiándolas a redefinir sus identidades. En estos casos es posible identificar la quiebra de patrones de reproducción social. Las publicaciones académicas que aquí mencionamos, exponen a una sociedad donde hay un grupo de mujeres que buscan su legitimidad en el vida cotidiana desde otras dimensiones que no sean la maternidad.

Tarrés, trae a la luz a los procesos de construcción de identidades. A través de ellos el individuo tiene la posibilidad “de reconocerse a sí mismo como parte de grupos más amplios (...) gracias a la producción, reproducción y revitalización de sus identidades los individuos elaboran y reelaboran proyectos individuales y de este modo abren o cierran oportunidades para la acción” (Tarrés, 2007: 28).

Para un grupo de personas numerosamente no despreciable y con procesos de interacción con los mismos actores sociales de la vida cotidiana que los otros, es posible exteriorizar y objetivar realidades diferentes. Este grupo de personas a través de sus interacciones no se adscriben a la realidad máxima heredada, sino que ellos se configuran en otras reconocidas como alternativas. Los individuos interiorizan, exteriorizan y objetivan significados distintos a los tradicionalmente heredados. Entonces llama la atención cómo se deconstruye y reconstruye el sujeto a partir de la interacción con el otro; siendo este otro las mismas instituciones y actores sociales que se encargan del cumplimiento del mandato cultural.

Múltiples dimensiones como: la raza; la nacionalidad; la identidad sexual; el cuerpo; el nivel de instrucción; las relaciones laborales; el significado de familia y el sentido construido desde ella reflejado en las formas de organización doméstica; las relaciones de pareja, la figura masculina y la figura femenina; la posibilidad de elecciones reproductivas de otro tipo, entre otras muchas permiten asistir a una reconfiguración del espacio íntimo de los sujetos. Permiten asistir a la elección reproductiva¹⁸.

¹⁸ Insistimos en nombrar “elecciones reproductivas de otro tipo” aquellos métodos para tener hijos (biológicos o no) diferentes de la concepción a partir de la práctica sexual. Por ejemplo: maternidad subrogada, adopción, entre otros.

A manera de cerrar este acápite nos sustentamos en las siguientes palabras. El concepto de pareja y de descendencia, las etapas que indican el paso a la vida adulta, y la conciliación de distintos hábitos de la vida, con no poca frecuencia, se relacionan entre ellos y se reflejan recíprocamente cuando determinan la elección reproductiva, que se configura cada vez más ponderada, calculada en el tiempo y en la oportunidad, centrada en los deseos y en las aspiraciones, pero cada vez más condicionada por factores económicos, sociales y sobre todo culturales (D'Aloiso, 2009).

La transformación cultural pone de relieve a una parte de la sociedad. Pone de relieve a individuos que construyen su identidad de género bajo otras denominaciones. ¿Qué los hace mujer u hombre más allá del símbolo de la fertilidad y de la reproductividad? Individuos que habiendo crecido en núcleos familiares numerosos o no, rurales o urbanos se sienten en la necesidad de renegociar, deconstruir y reconfigurar sus modelos de adscripción, para este entonces “distinto” a los de sus antecesores. Sin embargo, es importante terminar puntualizando que independientemente de toda esta emancipación del horizonte simbólico a la que estamos asistiendo y la cual ha sido señalada por varios autores, la maternidad y la paternidad continúan siendo conceptos primarios que erigen significativamente a la feminidad y la masculinidad, respectivamente. Así lo señalan los mismos autores que han desarrollado esta otra mirada hacia la reproducción humana como una elección.

IV. Perspectiva teórica y conceptos necesarios para la investigación

Tomamos como punto de partida que la infertilidad puede ser considerada, por algunas personas, como un padecimiento. Seguido de esta premisa, acotamos que para quienes lo consideran un padecimiento, lo hacen a partir de un proceso de construcción social. La infertilidad se traduce en padecimiento producto de significados que han sido socialmente elaborados y compartidos. Lo socialmente construido nos habla, entre otras cosas, de un proceso de interacción. Esta interacción se da con múltiples actores que se presentan en la vida cotidiana. En este proceso de interacción se transmiten los conocimientos que orientan la conducta de las personas en la vida cotidiana (Berger & Luckmann, 2001: 36).

Este apartado estará dedicado a los anclajes teóricos. Los mismos fueron pensados en articulación con nuestras preguntas de investigación. *¿Cómo se construye el significado de la infertilidad como padecimiento sociocultural? ¿Cuáles son las vías de solución que buscan las personas para lograr un embarazo y, por ende, un hijo vivo? ¿Qué sucede con las personas que ingresan a las alternativas de tratamientos? ¿Qué significa el cuerpo para la persona infértil?* Nuestras preguntas están orientadas hacia el análisis de la infertilidad como fenómeno del padecer desde la perspectiva de sujetos, que ante una condición de imposibilidad reproductiva, están en una constante búsqueda del embarazo.

El acercamiento a la infertilidad como padecimiento que se construye socialmente fue analizado desde dos referentes teóricos, principalmente. El primero de ellos lo tomamos desde los autores Peter Berger y Thomas Luckmann. Para el segundo referente hacemos alusión a los postulados de la sociología de la salud-enfermedad. Nos apropiamos desde una postura crítica de estas teorías a partir de la intención de conocer las redes semánticas del padecimiento: palabras, situaciones y sentimientos que se asocian con un padecimiento y dan significado al que lo sufre (Kleinman, 1988: 165) y que además se construye en interacción con el otro.

Según Berger y Luckmann la vida cotidiana se presenta como una realidad. Esta realidad, en no pocas ocasiones es asumida por los sujetos como una realidad dada, inamovible. Se

habla aquí de una realidad a la cual los sujetos se adscriben. Los sujetos entienden esta realidad como un “deber-ser”. Ahora bien, cuando en la vida cotidiana ocurren fenómenos disruptivos que pueden dar al traste con lo socialmente esperado, el sujeto se ve en una necesidad de buscar, entender e interpretar. Las interpretaciones son parte del proceso de búsqueda de significados. Entonces, ante la nueva problemática o crisis es necesario hacer objetivaciones para entender los procesos subjetivos. En la presente investigación son interés las objetivaciones y los significados socialmente construidos sobre la infertilidad cuando ésta es percibida como un padecimiento.

En palabras de Berger y Luckmann el mundo de la vida cotidiana no sólo se da por establecido; es un mundo que se origina en el pensamiento y acciones de los sujetos (Berger & Luckmann, 2001: 37). Estos pensamientos y acciones son transmitidos y aprendidos por otros a través del constante proceso de interacción en la vida cotidiana. De esta forma los otros se adscriben a esta realidad, creando un compromiso que habla de la necesidad de cumplir con mandatos culturales. Para el caso que nos ocupa entendemos como uno de los mandatos culturales a la paternidad y la maternidad.

Estos mandatos culturales pueden ser vistos como temas que ordenan la realidad de la vida cotidiana. Son fenómenos ya preestablecidos que anteceden al sujeto y que le son legados. Sobre la base de esta premisa construccionista podemos decir que la infertilidad una vez que irrumpe en la vida cotidiana se puede llegar a traducir en un desorden de esa realidad aprendida. Por lo tanto para no pocos sujetos es importante lograr restablecer ese orden. Por ello se registra una constante búsqueda de solución al fenómeno que puso en crisis el sentido y el orden que se tiene del mundo de la vida.

Según los construccionistas, “en realidad no puedo existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarme continuamente con el otro” (Berger y Luckmann, 2001: 40). Estos otros están conformados por los actores, las instituciones que son los encargados de consolidar los mandatos culturales. Al aparecer un problema, que desordena la realidad, se puede traducir en una crisis de sentido y comienza a darse la necesidad primero de entender

y luego de buscar la solución. La actividad que se desarrolla para esta comprensión y búsqueda de solución está dotada de sentido, será conscientemente planificada y es intersubjetiva, orientada hacia el otro. Dicho esto, exponemos nuestra justificación al ampararnos bajo la sombrilla de los construccionistas. Con esta teoría sociológica buscamos comprender empíricamente y describir de la forma más exacta posible, las estructuras y las tipificaciones del mundo de la vida creadas e interpretadas por los sujetos de estudio en un proceso de infertilidad.

Para el construccionismo las personas son vistas como sujetos que actúan con sentido y que interaccionan con sus semejantes. Todos nacidos en un mundo social y culturalmente ya pre-estructurado, pero al mismo tiempo, capaces de reconstruir y reformar continuamente ese mundo mediante los procesos de dotación de sentido. Hasta aquí entonces, tenemos a personas entendidas como sujetos actuantes. La intersubjetividad, es decir, la orientación mutua y la ensambladura de los actores se entiende como un hecho fundamental de la existencia humana en el mundo cotidiano. Este mundo de los hechos sociales, debe entenderse por lo mismo, como una construcción social con sentido, como realización constitutiva de los hombres que actúan intersubjetivamente en la vida cotidiana. Según esta teoría, debe entenderse, además, cómo los sujetos que actúan en el mundo cotidiano experimentan e interpretan su cotidianidad y se comprenden así mismos (Schütz & Luckmann, 1977; Schütz, 1993). La sociología basada en el construccionismo, nos lega un camino hacia una ciencia humanista sobre un tema igualmente humano y sensible, hasta el momento acaparado por lo biologicista y bajo una sombrilla epistemológicamente positivista.

Ponemos en diálogo con la perspectiva desarrollada por Berger y Luckmann otras construcciones que por sus aportaciones a las ciencias sociales las creemos pertinentes para el tema en cuestión. La sociología del cuerpo, sociología de la salud-enfermedad son las perspectivas teóricas referidas. La sociología de la salud-enfermedad, estudia las dimensiones culturales y sociales en temas relacionados con lo biológico, lo médico. Estos

estudios van a estar dirigidos a la comprensión y el análisis de los procesos asociados a la salud-enfermedad en cualquier tipo de sociedad. Esta rama de la sociología contribuye al entendimiento de la respuesta personal y considera aspectos socioculturales relativos a procesos bioculturales medicalizados. Se piensa que de esta forma se puede contribuir desde las ciencias de la salud, a la comprensión de las relaciones entre lo normado por la medicina y lo normado por la sociedad. Así mismo pone de relieve las relaciones entre los diferentes actores sociales involucrados en la atención a la infertilidad: prestadores de salud y usuarios de los servicios de atención.

Esta rama de la sociología explica cómo las personas interpretan y dotan de significados particulares y diversos a las sensaciones de su cuerpo y enfrentan su enfermedad o problema de salud de modos diferentes de acuerdo al contexto donde se desarrollan (García & Díaz, 2011). Desde aquí podemos preestablecer que el ser y parecer saludables es parte de esta realidad preestablecida y que el sujeto aprende en su interacción con los otros en el mundo de la vida cotidiana. A través de esta perspectiva, la infertilidad se puede analizar desde el relato de lo vivido por sus protagonistas, para “hacer surgir lo que suele despreciarse del proceso terapéutico: la dimensión del sentido y de los valores” (Blázquez, 2005; Fajreldin, 2006). Optamos por una mirada que hace extraño lo cotidiano y pretende ver más allá de los acontecimientos, para explicar la infertilidad de una manera más amplia. Ello ayudaría a mostrar los problemas que pudieran subyacer (Montes, 2007) influenciados por la carga social.

El abordaje al tema de la infertilidad desde una perspectiva sociológica incluye el análisis de los significados construidos por los actores sociales involucrados. Se desea abordar aspectos socioculturales sobre la sexualidad, la función reproductiva y la propia infertilidad. Ello permitirá identificar las especificaciones interculturales y contribuirá a la atención del problema de salud desde una perspectiva médico-social, para un manejo culturalmente competente de la persona infértil (Calero, 1999; Castañeda *et al.*, 2001; Calero *et al.*, 2006; Calero *et al.*, 2006^a).

En el texto *Los fundamentos del conocimiento de la vida cotidiana*, sus autores establecen que “la realidad se organiza alrededor del “aquí” de mi cuerpo y el “ahora” de mi presente” (Berger & Luckmann, 2001: 39). Esta afirmación nos lleva a pensar en ¿cómo se ordena socialmente la vida humana? en un vínculo directo a ¿cómo se presenta el cuerpo en sociedad? Si se es hombre o se es mujer la sociedad ya tiene pautado lo que le toca vivir y de esta misma forma espera un determinado comportamiento. Los sujetos aprenden y se adscriben a lo que está predeterminado, aquello que la sociedad espera de ellos. Para este entonces se vislumbra al cuerpo como un posible protagonista en la realidad de la vida cotidiana.

Si se es mujer una de las finalidades preestablecidas es ser madre. Si se es hombre una de las finalidades preestablecidas es ser padre. Ambas constituyen objetivos importantes en la vida del ser humano. Construyen campos de adhesiones y tensiones en relación a los modelos tradicionales, incluyendo a la identidad de género. La raza humana en su mayoría se construye y se piensa en padre o madre. Ello marca un ideal. Se construye socialmente el “deber-ser” del hombre y el “deber-ser” de la mujer. Cuando aparecen las situaciones que no dejan cumplir con el mandato cultural, se piensa en lo que es más accesible: la manipulación corporal. “Esa zona contiene al mundo que está a mi alcance, el mundo en el que actúo a fin de modificar mi realidad” (Berger & Luckmann, 2001: 40). Para este entonces hablamos de la sociología del cuerpo y su articulación necesaria con los procesos de salud-enfermedad en correlato con la lente del construccionismo.

El motivo de considerar en la presente investigación al cuerpo y al sistema de salud-enfermedad desde lo sociocultural, como ejes temáticos, está dado a partir de que los entendemos como dimensiones culturales intrínsecas a la construcción de sentido en un proceso de infertilidad. El primer argumento que sostiene nuestra consideración es el hecho de que la reproducción está socialmente determinada debido a que es parte significativa de un acto social. Este significado no se construye en forma individual, sino colectivamente. Al estar socialmente determinada, convierte al acto en un hecho que se tiene que cumplir,

entonces el cuerpo pasa a ser la máquina de dicha reproducción, por lo cual el cuerpo juega un papel básico y específico según cómo se presenta en sociedad. Cuando el cuerpo, por condiciones fisiológicas, como puede ser la infertilidad, no cumple con lo socialmente esperado, puede ser sometido a diversos estudios y tratamientos.

Luego de la breve explicación concerniente a los abordajes teóricos principales, pensamos que nuestra apuesta es a la complementariedad de las variantes sociológicas. Sobre la forma de articular estos conceptos se volverá continuamente en las páginas posteriores. Es recomendable esclarecer que las anidamos en aras de obtener el resultado más fiel de la realidad y la mirada más holística posible.

Sociología del cuerpo y sociología de la salud-enfermedad. El cuerpo moldeado por el mundo de la vida

Comenzamos con una premisa acerca de los significados. Partimos de declarar que los significados se comparten a través de un continuo proceso de interacción. Este proceso de interacción se establece entre el “yo” con los diferentes actores sociales. Y es que “en la realidad no puedo existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarme continuamente con los otros” (Berger y Luckmann, 2001: 40). Sin embargo, pienso que no solamente es importante la interacción con los otros sino la aprobación que recibimos de los mismos. Esta aprobación está en correspondencia con lo pautado, lo normado socialmente. Las instituciones y sus discursos presentes en la vida cotidiana de los sujetos son quienes se encargan de hacer cumplir el “deber-ser” socialmente determinado. “Y es que es de suma importancia que haya una correspondencia continúa entre mis significados y sus significados...” (Berger & Luckmann, 20101: 41). Poniendo estas cláusulas como puntos de partida para la investigación expondremos a continuación los exámenes realizados y la convergencia entre los conceptos que creemos necesarios para la investigación desarrollada.

El campo de estudio de la sociología del cuerpo es la corporeidad humana como fenómeno social y cultural. El cuerpo va ser examinado cual materia de símbolo y objeto de

significados. Las acciones que tejen la trama de la vida cotidiana desde las más banales e inadvertidas hasta las que se producen en la escena pública, implican la intervención de la corporeidad, por tanto, se le reconoce al cuerpo su capacidad de agencia y de centralidad en los fenómenos sociales. Sobre todo aquellos referidos a los procesos de salud-enfermedad.

Para el teórico Le Breton (2002) lo que el hombre pone en juego en el terreno de lo físico se origina en un conjunto de sistemas simbólicos. Muy en congruencia con este planteamiento, Shilling (2012), argumenta que en nuestras sociedades, el cuerpo adquiere un peso creciente en la configuración del sentido. Del cuerpo nace y se propagan los significados que constituyen la base de la existencia individual y colectiva. Por ello para nuestro estudio asumimos que el cuerpo es visto como el lugar donde se fraguan la expresión de los sentimientos, las actividades producto de la percepción, la relación con el sufrimiento y el dolor. En el cuerpo será donde se fragua el sentido construido. En el cuerpo será donde se fragua el conocimiento de la vida cotidiana, como orientador de la conducta.

Al hombre en su existencia se le otorga la capacidad, entre otras, de transformar el espacio donde vive y transformarse a sí mismo. Esto último lo pudiéramos ver como la agencia del sujeto social. El cuerpo como emisor y receptor, produce sentido continuamente (Le Breton, 2002) y de este modo el hombre se inserta activamente en un espacio social y cultural dado. Sin embargo, ante un episodio de infertilidad ¿de dónde viene la necesidad de manipular al cuerpo? Según reportes (WHO, 2010), la mayoría de los casos de personas con diagnóstico por infertilidad acuden una y otra vez a tratamientos “convencionales” y “no convencionales”. Pensamos que esta conducta no sería tan desacertada explicarla a partir de la interacción con los actores e instituciones presentes en la vida cotidiana. Estos actores construyen los significados que se encargan de consolidar el cumplimiento de un mandato cultural que aborda la necesidad y la obligación de ser madre o padre. Por ello esta capacidad de agencia de sujeto sobre su cuerpo está pensada en aras de lograr un pertenecer. La práctica sobre el cuerpo se constituye en significado también. Dicha práctica va a estar orientada por el sentido construido; entonces el cuerpo se vuelve el lugar, ya no

de la exclusión, sino de la inclusión, a partir de la posibilidad de hacerlo engendrar un hijo vivo y finalmente dar a luz. Por tanto el hombre tropieza con el encierro físico del que él mismo es objeto. Estamos en presencia entonces de un sujeto cuyo cuerpo ha sido moldeado por el contexto social y cultural.

Ahora bien, haciendo un pequeño apartado cabe preguntarse ¿a quiénes estamos considerando como actores sociales? Para esta investigación estamos considerando a todos aquellos quienes intervienen en la travesía del padecimiento: personal médico, sujetos infértiles y socios de relación. Desde todos ellos se generan los discursos y relatos que sostienen y reproducen los mandatos culturales: el tema de la necesidad de la reproducción biológica tanto para los hombres como para las mujeres.

Para los efectos de la presente investigación entendemos como personal médico a las personas que fungen como prestadores del servicio de salud. Ese servicio lo estamos mirando en el sector alópata (privado y público) y en el sector no alópata. Al interior de este último alojamos a todas las instancias a la que acuden los sujetos en búsqueda de ayuda que no se correspondan con la medicina científica. Esta aclaración se piensa necesaria a partir de los conflictos de la autora con las denominaciones encontradas en la literatura científica. No pocos autores clasifican a los servicios de salud en dos: Modelo Médico Hegemónico y Modelo Curativo Alterativo. A partir de hipótesis de la autora y sustentado por los resultados de la investigación sería oportuno repensar: ¿qué tan hegemónico y qué tan alternativos son ambos modelos? Pienso que la pregunta y la respuesta en sí mismas se orientarían de manera más oportuna sobre la base desde la que se esté construyendo el conocimiento. Sin embargo, para la presente investigación se toma esta clasificación tal cual, en aras de hacer la distinción entre un servicio y otro. Ello, a pesar del desacuerdo.

Así también creemos que es conveniente declarar que estamos denominando socio de relación a todas aquellas personas con las que interactúa el sujeto infértil en su “ruta del padecer”. Para el caso estamos considerando a la pareja, amigos, familia, compañeros de trabajo, entre otros. Tal vez sea conveniente puntualizar que en este sentido no clasificamos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como tal al personal médico debido a que nuestros sujetos de estudio son personas que están en una incesante búsqueda de solución a su imposibilidad de reproducción humana. Por lo tanto el personal que presta servicios de salud estaría incluido en calidad obligatoria. No siendo necesariamente así con las otras personas con las que mantiene algún tipo de interacción el sujeto infértil.

Continuando con el acercamiento al cuerpo, podemos establecer que independientemente de constituir una unidad biológica, también es una construcción social. La afirmación viene de la relación existente entre el cuerpo y el contexto sociocultural. Esta relación, como dijimos antes, se manifiesta de manera bidireccional. El cuerpo se ha convertido en una construcción social, en cuya delimitación han participado múltiples disciplinas. Así, se pueden señalar a la medicina y a la religión, como las instituciones que más tradicionalmente han influido, unidos a las normas de urbanidad y a las instituciones educativas. Estas cuatro instituciones sociales han ido construyendo un modelo, que todo individuo tiene como referencia. Según Bryan S. Turner (2008), la construcción social del cuerpo es: la característica más próxima e inmediata de mi yo social, un rasgo necesario de mi situación social y de mi identidad personal, y a la vez un aspecto de mi alienación personal en el ambiente natural.

Por otra parte y en el mismo orden de pensamiento tenemos a la salud-enfermedad. Este concepto ha sido uno de los más eficaces mecanismos de inscripción política y cultural de los cuerpos (Shilling, 2012). Desde los inicios de la humanidad hasta la era actual, los poderes se han legitimado en la “defensa de la salud” o “la preservación de la vida” de las poblaciones. Sería muy inocente pensar que la cultura no cumple un papel decisivo en estas transformaciones. Es sabido que a través de retóricas y de imágenes culturales se construyen y se significan en la esfera pública las diferencias entre salud-enfermedad, sus sentidos y sus narrativas.

La sociología de la salud-enfermedad contempla un estado general de bienestar físico y psíquico, en una cuantía no determinable. Salud-enfermedad se podría definir en términos

de valores e instituciones socioculturales, bajo la impronta de que éstas difieren de una sociedad a otra, donde determinadas cuestiones son consideradas patológicas o no según el contexto socio-histórico y sociocultural. Para este entonces juegan un rol determinante las relaciones sociales o el sentido que se les da a estas cuestiones. Por consiguiente los modelos de salud-enfermedad también están sometidos a los significados emanados de la construcción social. Ello interesa particularmente a la sociología, porque a menudo son decisivas, para la determinación y el desarrollo de motivos y objetivos de la conducta social, la valoración individual que uno hace y las ideas de los demás sobre los estados de salud-enfermedad. Los mencionados están notablemente determinados por el modo en que los individuos se incluyen y participan socialmente en el seno de organizaciones e instituciones sociales presentes en la vida cotidiana.

Para la aplicación de esta variante teórica contemplamos las prácticas desde el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y las prácticas *outsiders*¹⁹ desde el Modelo Curativo Alternativo (MCA) (Díaz, 2012). Las prácticas a las que se adscriben los sujetos también construyen significado, en tanto que constituyen los mecanismos para “remediar el cuerpo”²⁰. En este sentido la sociología de la salud-enfermedad concibe a la medicina como un subsistema del sistema social global. Las relaciones con la sociedad y con los demás subsistemas (Derecho, Política, Economía, Cultura) tienen intereses teóricos, analíticos y empíricos para la sociología en general. La medicina, como sistema social y parte de la estructura de la sociedad, es capaz de influir en el conocimiento de la vida cotidiana. La medicina entonces tiene la capacidad de regular cuáles son las normativas que hacen al individuo ser/parecer saludable (Nettleton, 2013).

En México, se ponen de manifiesto los dos modelos para atención a los pacientes (Castro, 2011). Los sujetos, dominados por su cosmovisión, se mueven en una especie de interacción entre estos dos modelos, muchas veces buscando suplir lo que tanto en los

¹⁹ Prácticas que por estar fuera del sistema hegemónico de salud (MMH), aunque institucionalizadas, son consideradas prácticas marginales, teorías profanas, técnicas acientíficas.

²⁰ Vocablo empleado por la religión Yoruba en Cuba.

servicios públicos como privados, no encuentran. A los servicios de salud de la “medicina occidental o científica”, en la que perviven los rasgos del MMH, es por lo general a donde primero se acude con el objetivo de confirmar la infertilidad. La infertilidad comienza como una sospecha según lo que comunican los cuerpos al no poder engendrar o parir un hijo vivo. Condición entendida y aprendida como normal para una relación de pareja que ha mantenido relaciones sexuales desprotegidas y frecuentes (Calero *et al.*, 2006). El segundo modelo (MCA) integra las prácticas reconocidas generalmente como “tradicionales”. Sin embargo, no sólo se consideran las provenientes del conocimiento ancestral sino también toda una serie de prácticas nuevas, que según Pérez (1996) se van constituyendo como dominantes.

Entre estas prácticas se incluyen también las provenientes de las religiones y el espiritismo, que presentan rasgos no “homogenizables” (Castañeda *et al.*, 2001). O sea, que podemos hablar de la sobrevivencia de prácticas “alternativas”, incluso hasta el punto de que el mismo modelo “dominante” de la salud, ha modificado su prejuicio, dando cierta legitimidad al conocimiento y procederes curativos de las comunidades indígenas (Pérez, 1996). En todas las épocas, las parejas “desventuradas” que no logran la concepción, han buscado “ayudas mágicas o providenciales para conseguir sucesión”, cuando el tiempo los ha privado de la capacidad biológica o porque la medicina científica los ha “desahuciado” (De Alencar, s.f.). La medicina “alternativa”, en aras de “remediar el cuerpo”, según la Antropología de la curación, registra su aparición²¹ sobre todo, a partir de los altos costos de los fármacos y la escasez de asistencia médica, así como la falta de instalaciones o de acceso a las técnicas más avanzadas, en regiones que pueden resultar geográficamente apartadas (Pérez, 1996).

Hasta el momento se desconoce cuál de los modelos prevalece como búsqueda de ayuda para procesos de infertilidad. Establecemos la hipótesis acerca de que las prácticas de uno u

²¹ Respecto de este punto la autora de la investigación se inclina a pensar que tal vez no se trata de aparición, debido a lo milenario que puede resultar la práctica llamada “alternativa”. Más bien nos inclinamos a pensar en un posible desarrollo creciente en los últimos años.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

otro o ambos, estarán orientadas según la cosmovisión de la persona una vez diagnosticada o sospechada la infertilidad. Sin embargo, afirmamos que en tanto prácticas, éstas significan sobre todo a partir de la posibilidad de ampliar los márgenes de agencia del individuo en sociedad.

Tomamos de esta rama de la sociología, que el concepto de la salud y la enfermedad es un constructo social, incluso en su carácter fisiológico natural. Enfermedad y salud, se hayan en un campo de tensión que se produce entre desviación y conformismo, y están ambos sometidos a enfoques, socioculturalmente variables, de definición, descripción y vivencia. Para nuestro criterio, la infertilidad como fenómeno en la vida de los sujetos sociales y como un posible episodio patológico, no causa la muerte en los individuos, pero sí puede ocasionar, por lo general situaciones que podrían establecerse como carentes de bienestar social en la vida cotidiana.

En aras de continuar con nuestra premisa acerca del fuerte vínculo de los conceptos de salud-enfermedad con el concepto cuerpo, pensamos que es necesario establecer las bases de esta estrecha relación para nuestro estudio. Esta premisa se sustenta con los postulados de Douglas y Le Breton a decir que: el cuerpo metaforiza lo social y lo social metaforiza el cuerpo (Douglas, 1988; Le Breton, 2002), dado que en el recinto del cuerpo se despliegan simbólicamente desafíos sociales y culturales, como dijimos antes.

Entendemos como un efecto de la industrialización el registro de un incremento de la capacidad de acción sobre el cuerpo. Entonces a lo que está sucediendo se le podría conocer como la no aceptación social de algunos fenómenos desde el cuerpo, debido al impacto de éstos en las dinámicas de la vida cotidiana, a partir de lo socialmente esperado. En el mundo de la vida se manifiestan ciertas situaciones que lejos de ser tomadas como algo natural, tienen un carácter social. Estas situaciones a partir de los significados que tienen, para no pocos sujetos, es necesario cambiarlas y la imposibilidad de la reproducción humana es un ejemplo de ello. La infertilidad es una condición que pone el organismo, y el mayor porcentaje muestra que pueden ser causas naturales (López *et al.*, 2011; López,

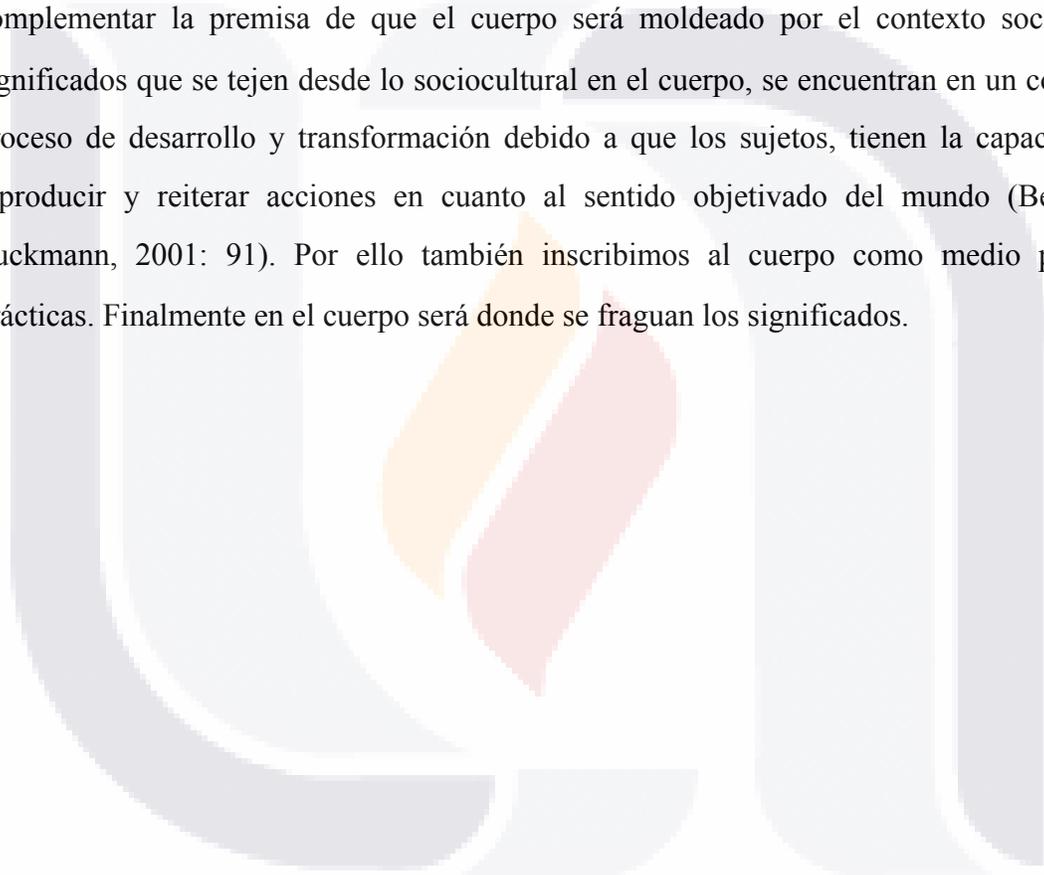
2014). Entonces, de igual forma debería o pudiera ser considerado un fenómeno natural. Sin embargo, tiene una traducción social que dicta que debe ser resuelta. Esta traducción encuentra eco en la maleabilidad infinita que ofrecen los TRA, así como en otras prácticas y discursos procedentes de actores sociales. A partir de este planteamiento podríamos pensar entonces en un proceso de reapropiación del cuerpo.

El desarrollo del conocimiento científico sobre el cuerpo posibilita su abstracción y su tratamiento como un artefacto. Entre estos tratamientos caben mencionar las distintas terapias que se practican desde lo alópata y no alópata. El cuerpo no reproductivo, para no pocos significa máquina con problemas de fabricación. El acto de someterlo a los tratamientos y/o a los métodos “alternativos” se corresponde con un acto de moldeo hacia lo social. Este comportamiento nos hace pensar que la sociedad occidental, para el caso que se pretende estudiar, ha avanzado en aspectos tecnológicos y científicos, sin embargo, los seres humanos continúan con el empeño de transformar al cuerpo con el fin de reproducir los estándares dictados por las sociedades tradicionales. Hacemos este planteamiento pensando a la infertilidad como una condición vergonzosa (Inhorn, 1994; Kohler, 2000; Castañeda, 2005; Cardaci & Sánchez, 2007). Condición que se traduce como la contraparte del mandato cultural, del “deber-ser” madre o padre. No pocas personas sienten que deben transformar su cuerpo en aras de cumplir con la construcción identitaria que heredan. En palabras de autores construccionistas, a lo que denominamos herencia, bien pudiera ser parte de un proceso de sedimentación y tradición (Berger & Luckmann, 2001: 91).

Se intenta mostrar con este ejercicio la tensión existente entre la presión que se recibe desde la estructura social y la agencia individual. Para este estudio sería parte de la premisa como respuesta a la siguiente pregunta: ¿qué mantiene a los sujetos de investigación en una constante búsqueda del embarazo y de un hijo vivo? Los sujetos de estudio ceden ante pautas sociales para seguir reproduciendo aquellas que regulan la vida cotidiana, convirtiéndola en la realidad suprema, la realidad máxima. Los sujetos de estudio ceden además ante temas que en una sociedad orientan la acción, para este caso el tema de la

infertilidad. Para no pocos el margen de decisión sobre un fenómeno de imposibilidad reproductiva es estrecho. Como seres humanos, todos somos materiales, todos tenemos un cuerpo, pero éste no es sólo algo que tengamos, ni tampoco algo físico que existe al margen de la sociedad. El cuerpo está influenciado por nuestras experiencias sociales y por las normas y valores de los grupos a los que pertenecemos.

Llegado a este punto pensamos en los significados y cómo opera lo sociocultural, en aras de complementar la premisa de que el cuerpo será moldeado por el contexto social. Los significados que se tejen desde lo sociocultural en el cuerpo, se encuentran en un constante proceso de desarrollo y transformación debido a que los sujetos, tienen la capacidad de reproducir y reiterar acciones en cuanto al sentido objetivado del mundo (Berger & Luckmann, 2001: 91). Por ello también inscribimos al cuerpo como medio para las prácticas. Finalmente en el cuerpo será donde se fraguan los significados.



V. Anclajes metodológicos para el estudio de la infertilidad

“Toda la historia del sufrimiento clama venganza y pide narración”

Paul Ricoeur

Durante el siglo XIX ve la luz lo interpretativo con una concepción epistemológica y metodológica aportativa como paradigma de la investigación científica. Esta apuesta asume como elemento central a la comprensión. El paradigma interpretativo propone un análisis microsociológico. Para el desarrollo de nuestro estudio se emplearon la subjetividad y la concepción de las personas con una condición de infertilidad, entendiéndolos como sujetos que definen activamente sus situaciones. La investigación estuvo orientada bajo un enfoque cualitativo; con ello se piensa garantizar una visión holística de la realidad, así como un examen comprensivo (Beltrán, 1985). La investigación recurre a la perspectiva cualitativa para estudiar los significados que se generan ante un fenómeno de infertilidad, en aquellas personas que mantienen una búsqueda incesante de solución en aras de revertir la situación que se presenta en sus vidas. Parte de la justificación ante la mirada cualitativa es la necesidad de cambiar los paradigmas y los indicadores objetivistas y limitados donde se ubica el mayor porcentaje de los estudios con esta temática.

Los métodos cualitativos han dejado una amplia huella en las ciencias sociales, desarrollándose considerablemente en las últimas tres décadas (Hernández & Coello, 2001). Sin embargo, podemos decir que el campo de las ciencias médicas ha sido conservador en incorporar estos métodos a las investigaciones sobre salud, alegando falta de objetividad. A la luz de los conceptos actuales se han desarrollado estudios que van derrumbando estos mitos y creencias. Recientemente se han implementado estudios desde las ciencias médicas donde se despliegan técnicas para el levantamiento de la información, pensadas desde lo cualitativo (Pérez, Zabala, Van der Stuft, Castro & Lefèvre, 2016). Pensamos que ello

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aporta mayor legitimidad al ejercicio investigativo que estamos presentando en estas páginas.

Los estudios sobre la salud humana diseñados por las ciencias médicas, históricamente, han empleado métodos cuantitativos y clínicos, respondiendo al paradigma positivista dentro de las investigaciones científicas. No obstante, el arte de investigar trasciende conceptos o requerimientos rígidos de neutralidad y objetividad. A la investigación es necesaria entenderla como un proceso multicultural que requiere un método de interpretación que constituya un elemento esencial de las investigaciones que abordan aspectos de la salud-enfermedad, dada la marcada implicación cultural que tienen éstos (Donati, 1994).

Para la lógica que establece el paradigma interpretativo no existe una realidad objetiva, sino realidades múltiples socialmente construidas que no se rigen por leyes causales ni naturales. Estas construcciones son ideadas por los individuos en tanto intentan atribuir significado a sus experiencias de naturaleza interactiva; por tanto lo oportuno es estudiarlas en interacción con aquellos que las producen (Guba & Lincoln, 1994). Bajo este planteamiento epistemológico se ampara nuestro estudio, pauta que también apoya el anclaje metodológico, en los métodos narrativos, dirigido a la comprensión del significado construido a partir de una sospecha o diagnóstico de infertilidad. Desde el planteamiento del problema y basamento teórico de esta investigación se considera pertinente el empleo de los métodos narrativos, para levantar los significados sobre la infertilidad y cómo se construyen; reconociéndola como un fenómeno que abarca un momento largo de la vida, ocasionando un padecimiento que, en no pocos casos, implica modificar la cotidianidad.

La propuesta metodológica aquí planteada pretende identificar la trayectoria de un padecimiento y su proceso de construcción social. Para ello centraremos el análisis en los relatos de las personas con condición de infertilidad y que han estado en una constante búsqueda de solución. Se trata entonces de levantar las vivencias de los sujetos y para ello estaremos reportando resultados y discusiones desde seis dimensiones obtenidas a partir de analizar los datos desde una propuesta constructorista, que amalgama los postulados de

Kleinman y de Berger y Luckmann. Las dimensiones mencionadas son recuperadas al iniciar el capitulo que responde al reporte de los resultados.

El acercamiento a la realidad a través de los métodos narrativos

Es en la sociología estadounidense, específicamente en la Escuela de Chicago, a principios de los años veinte, que se comienzan a utilizar los métodos narrativos (Ricoeur, 1981; Atkinson & Hammersley, 1994; Klein, 2008). Esta metodología de la mano de su principal arma, la entrevista en profundidad, permite conocer las influencias culturales y las interpretaciones que las personas en estudio hacen de los fenómenos que se presentan en la vida cotidiana.

En mi opinión, como investigadora, recurrir a esta corriente metodológica puede significar un procedimiento adecuado. Decimos esto en pro de la oportunidad de emplear los métodos narrativos en los estudios socioculturales cuya mirada está centrada en los procesos de salud-enfermedad y se centra en los padecimientos. Sobre todo si hablamos de la comprensión de los significados socialmente construidos y asociados a la imposibilidad de la reproducción humana, viéndola como parte de un fenómeno disruptivo en la realidad de la vida cotidiana para algunas personas. Sin embargo, cabe destacar las pocas referencias encontradas, sobre proyectos de investigación en aspectos de salud pública que empleen a los métodos narrativos como herramienta de obtención de información. Por lo tanto se considera que la mirada metodológica de este estudio pudiera constituir un aporte al conocimiento científico. En este punto no sólo para las ciencias sociales, sino también para las ciencias médicas.

Los proyectos de investigación anteriores al nuestro, igualmente emplean los métodos narrativos como herramientas para el levantamiento de la información. De la revisión y análisis de estas investigaciones podemos resaltar la impronta de éstos a partir de constituirse como una reflexión sobre la propia vida del sujeto y el significado social de la infertilidad como etapa de la vida. En ese mismo sentido se puede mencionar que han

logrado promover cambios en los servicios de atención a la infertilidad debido a la profundización en el conocimiento de problemas relevantes en aspectos de esta atención; de desarrollar evaluaciones de las competencias profesionales, así como poner en relieve aspectos socioculturales de los contextos donde se desarrollan los sujetos de estudio.

Se piensa que lo narrativo brinda la posibilidad de obtener la información sociocultural sobre la infertilidad, como fenómeno de especial importancia en la vida de algunas personas. Esta información cultural y social fue obtenida a través del empleo de relatos temáticos y permitió un aporte en el campo de las investigaciones y reflexiones contemporáneas sobre el sentido construido alrededor de la imposibilidad de engendrar y concebir un hijo vivo. Nuestra apuesta por las narrativas tiene anclajes en los postulados recuperados desde Kleinman. El autor hace referencia constante a la necesidad de recuperar las percepciones de los pacientes y de los prestadores de servicios de salud. Conocer la percepción de la enfermedad en el paciente y el prestador del servicio de salud puede ayudar a comprender el contexto sociocultural bajo el cual el afectado vive y explica su padecer (Kleinman, 1988). Aunque también entendemos el proceso de manera bidireccional, o sea que el comprender el contexto sociocultural ayuda en la interpretación y conocimiento de las rutas del padecer para el paciente.

La mirada hacia los métodos narrativos está considerada como un retorno al sujeto (Ricoeur, 1981; Klein, 2008). A este planteamiento le agregaríamos que lo narrativo es el retorno al sujeto con la posibilidad de obtener, a través de éste los significados de los diferentes fenómenos que se presentan en la vida cotidiana, la realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene un significado subjetivo de un mundo coherente (Berger y Luckmann, 2001: 36). Así mismo es posible interpretarlo desde Arthur Kleinman y el llamado que nos hace hacia el reconocimiento del padecimiento como trayectoria particular en la vida del sujeto. En términos de Bertaux (1996), a través de los métodos narrativos el hombre común puede construir su identidad; para el caso en particular de este estudio, también constituyó una herramienta para obtener la trayectoria del padecimiento donde se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

puede leer, a su vez, el sentido construido. Recordemos que para las entrevistas se necesita de una interacción con el sujeto de estudio. Para este momento es válido mencionar la relevancia de los procesos de interacción en la actual investigación. Estos procesos los vemos en dos momentos: el sujeto en interacción con los actores sociales presentes en la vida cotidiana y al sujeto en interacción con el investigador de este trabajo.

Se piensa que esta metodología permitirá conocer a la persona, ayudará a entender la realidad a través de sentimientos, emociones, interacciones, opiniones. Los métodos narrativos son una rica fuente de comprensión en sí mismos. Como añadidura, lo narrativo constituyó una piedra angular con la cual pudimos conocer los aspectos de la vida cotidiana que se ponen de manifiesto en un proceso de infertilidad. Para nuestra investigación constituye una especial herramienta debido a lo sensible del tema y la oportunidad que brinda de poner de relieve la construcción social de un padecimiento. “Las narrativas, permiten ordenar la experiencia en una realidad en construcción que trata con intenciones, acciones, vicisitudes y consecuencia que marcan su curso” (Hamui, 2011). A través de los relatos de las personas podemos obtener los significados, las lógicas sociales y culturales: los valores, pautas de interacción, normas y los hábitos, rutinas que se ponen de manifiesto, las formas de comprender y de actuar del sujeto en la cotidianidad ante un evento de infertilidad.

"Narrar es una manera fundamentalmente humana de dar significado a la experiencia. Tanto al expresar como al interpretar la experiencia del padecer, las narrativas median entre el mundo interno de los pensamientos y sentimientos, por una lado, y por otro, el mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones. Los relatos se constituyen en medios poderosos de aprendizaje y permiten avanzar en el entendimiento del otro, al propiciar contextos para la comprensión de lo que no ha se experimentado personalmente. Para quienes escuchan, conocer una historia pone en movimiento la búsqueda de significados posibles considerados y surge una narrativa co-construida entre el mundo de la historia y la historia del mundo en que es narrada” (Hamui, 2011).

Desde el planteamiento del problema y la pregunta de investigación se puede dar cuenta de la necesidad de utilizar los métodos narrativos para lograr un acercamiento a los argumentos desde los cuales construyen la cotidianidad y el sentido. Los métodos narrativos, permiten recuperar aquellos aspectos relativos a cómo se ha experimentado, vivenciado, interpretado este proceso de imposibilidad reproductiva. La perspectiva de los métodos narrativos nos permite entonces explorar y conocer la trayectoria de la infertilidad, en tanto un padecer. Los mismos actores cotidianos interpretan mutuamente sus acciones como expresión de pautas a seguir. La relación mutua entre estas acciones y las pautas sólo pueden ser construidas mediante la interpretación de las acciones. Para este momento se establece el interés por la capacidad de los individuos para reinterpretar “lo social”²², lo cual ha sido fundamental en la comprensión de los procesos de “etiquetado”, cambio y diversidad en la propia construcción de las infertilidades.

Con el abordaje sociocultural y las bondades de las herramientas de obtención de información, se podrá realizar una descripción detallada de lo que pudiéramos llamar la carrera del padecer o construcción social del padecimiento²³. Ello se traduce en la posibilidad de analizar el conocimiento que orienta la construcción social del padecimiento de los sujetos de estudio. ¿Qué entiende el sujeto por infertilidad? ¿Qué creen y sienten los hombres y las mujeres, y cómo se comportan ante un episodio de imposibilidad reproductiva? ¿Qué sostiene a los sujetos de investigación en una constante búsqueda del embarazo? Se presume que el engranaje de los métodos narrativos recupera para el campo de las ciencias sociales un espacio legítimamente productivo sobre todo por el acercamiento profundo al mundo de la vida cotidiana de los sujetos de estudio.

²² El termino “lo social” se emplea para definir el concepto abstracto que agrupa a todas las realidades donde interactúan los sujetos de estudio.

²³ Terminología propuesta por la autora a partir de la conceptualización acuñada por Elena Castañeda Jiménez para hacer referencia a los diagnósticos y tratamientos por infertilidad en mujeres. Denominamos la carrera del padecer o construcción social del padecimiento a los significados, las prácticas, las interpretaciones y las re-interpretaciones, al sentido construido ante la imposibilidad de la realización de la paternidad o maternidad.

Finalmente, se piensa que el enfoque de los métodos narrativos ofrece una rica oportunidad para los estudios socioculturales sobre temas relacionados a procesos de salud-enfermedad. Ellos van a permitir describir, analizar y teorizar los significados, el sentido construido, siendo éste el lugar donde confluyen y se interrelacionan los aspectos biológicos, los históricos, los culturales y los sociales. Ello permite acrecentar e integrar los conocimientos sobre lo que sucede en fenómenos fisiopatológicos más allá de lo biológicamente comprobable.

Estrategia metodológica para el desarrollo de la investigación

Se realizó un estudio descriptivo-analítico del fenómeno de la infertilidad, en el cual se incorporaron percepciones propias, así como otros elementos, resultados de investigaciones anteriores desarrolladas en la Ciudad de México y en La Habana, Cuba. Basado en el relato de las personas con infertilidad se indagó en sus concepciones, sus percepciones, sus vivencias y las prácticas en aras de obtener la interpretación, el significado que tiene una sospecha o diagnóstico definitivo de infertilidad: la construcción social de un padecimiento. Este último relacionado con la vida cotidiana y con la experiencia del ser-hacerse padre o ser-hacerse madre.

La investigación se dirigió a la identificación del sentido, las motivaciones, las intenciones y las expectativas que atribuyen las personas a sus experiencias, construidas desde su padecer, sus vivencias en la interacción con otros actores. Es propiedad de los estudios cualitativos, no hacer generalizaciones; por ello se declara que se utilizó esta metodología para realizar una captación contextualizada, con el propósito de conferir sentido a la información obtenida.

Al interior de los métodos narrativos se evidencia a la “entrevista en profundidad temática” (Bertaux, 1996) como posibilidad para el acercamiento empírico más oportuno. En esta misma medida se identificó a la “conversación” y a la “revisión documental” como

técnicas e instrumentos para el registro y recolección de la información (Rodríguez, Gil & García, 2006: 29-57). Las técnicas fueron aplicadas por el investigador.

Entrevista en profundidad. Esta técnica tiene un anclaje en el campo de la antropología y se describe como el *leitmotiv* de los métodos narrativos (Aceves, 2000: 202) y para la recuperación de las trayectorias. Algunos autores afirman que la entrevista como técnica de investigación brinda la posibilidad de ser empleada no sólo para obtener información sobre algo o alguien, sino también como método de acercamiento, de una forma más personal y directa. La entrevista se le realizó a personas que tuvieran una condición de infertilidad, ya fuera por sospecha o diagnóstico definitivo. Los participantes fueron seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico “intencional por criterios” (Taylor & Bogdan, 1992). El tamaño de la muestra dependió de quienes accedieron a participar en el estudio; aunque sí se planteó el empleo del criterio de “saturación teórica” o de “categorías” (Patton, 1990; Taylor & Bogdan, 1992). Se consideró que dado el propósito del estudio, posiblemente los tamaños de muestras fuesen pequeños (Patton, 1990: 181); a lo que se agregó lo sensible del tema. Los criterios de inclusión y selección de participantes fueron establecidos a partir de la clasificación propuesta por Cardaci y Sánchez y re-elaborada por la autora teniendo en cuenta aquellas personas que ante una imposibilidad reproductiva deciden tomar acción (ver tabla 1.) Los sujetos para el presente estudio fueron aquellos que se correspondieron con la clasificación dos. O sea, fueron aquellas personas que decidieron buscar ayuda para revertir su situación de imposibilidad reproductiva. Además fueron incluidos otros criterios: tener un tiempo de sospecha o diagnóstico superior a los tres años²⁴, no tener descendencia propia, y aceptar participar previo consentimiento dialogado y escrito. Se planteó el contacto de los participantes mediante los registros que se llevan en los hospitales o clínicas donde se encontraban recibiendo atención principalmente. Sin embargo, para el reclutamiento de los sujetos también se tuvo en cuenta el criterio de bola de nieve, así como el acudir a los lugares donde se practican terapias alternativas, dígame la medicina natural u

²⁴ Este criterio ha sido tomado en cuenta a partir de las normas postuladas por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2011).

otras de origen mágico-religioso. En aras de llevar un registro de los participantes en el estudio se aplicó una ficha de identificación. Ver anexo B. En esta última se recogieron los datos generales de las personas participantes: nombre, apellidos, edad, sexo, fecha y lugar de nacimiento, residencia actual, estado civil, religión, escolaridad y ocupación. Los temas de la entrevista fueron: Concepción de la maternidad/paternidad, significado ante la imposibilidad reproductiva, prácticas desarrolladas, vivencias a nivel personal y público, percepción sobre el cuerpo. Ver anexo C.

Tabla. 1. Muestra las actitudes seguidas por las personas que ante una sospecha o diagnóstico definitivo de imposibilidad reproductiva deciden tomar acción. Elaboración propia.

Actitud seguida por las personas infértiles	
Adopción de un hijo.	Búsqueda incesante del embarazo a través de alguna alternativa de tratamiento.

Revisión documental. Esta técnica fue pensada con la finalidad de conocer lo establecido a nivel institucional y las normativas con relación a la atención de la infertilidad en el contexto de estudio. Se realizó la revisión documental, donde se incluyeron manuales, libros, programas, así como cualquier otra documentación de conocimiento público, que permitiera conocer y analizar cuál es la política pública hacia la infertilidad en Aguascalientes, así como los procedimientos y las normas relativos al tema. Ver anexo D.

La conversación: Esta técnica se empleó como estrategia empática al mismo tiempo que produjo información. Conversar tuvo como objetivo escuchar al otro y el que ese otro también escuchara. Este tipo de conversación que se desarrolla de manera natural, espontánea, permitió complementar las observaciones y entrevistas propuestas. De esta manera reconocimos en la conversación una capacidad discursiva y reflexiva. Esta técnica aportó la posibilidad de tener dos tareas en una (Covarrubias, 2004). Las conversaciones se

desarrollaron con las personas con sospecha o diagnóstico por infertilidad. Sin embargo, como es propio de los diseños cualitativos, luego del ingreso al campo se consideró oportuno la inclusión del personal de los servicios médicos, así como de los practicantes de los métodos curativos alternativos.

Finalmente, es pertinente declarar que al interior de los métodos narrativos se encontró una amplia gama de estrategias que se pudieron emplear durante el proceso de levantamiento de la información. Entre ellas las notas de campo del investigador, los escritos autobiográficos, las cartas y algunas fotografías. Los tres últimos fueron proporcionados por los sujetos de estudio. Aunque no es posible la exhibición de los mismos a partir de la petición de los participantes, es conveniente declarar la importancia de estos documentos como elementos detonantes para la reflexión y el análisis y la discusión en pro del objetivo de investigación.

Ingreso al campo. Descripción de los sujetos y de los escenarios de estudio

Para el reclutamiento de los participantes en el estudio, se acudió al método de bola de nieve (Atkinson & Hammersley, 1994; Rodríguez, Gil & García, 2006: 29-57). Esta técnica de muestreo permitió localizar a los informantes solicitando a otras personas que identificaran a individuos o grupos con un conocimiento especial del tema en cuestión. Para la presente investigación, en un inicio se acudió con el personal médico que labora tanto en el sector estatal, como en el sector privado. Lo ideal era que el personal médico facilitara el acceso a los datos para localizar a parejas o personas como candidatos a sujetos de estudio.

Una vez captado a los primeros participantes, éstos mismos fueron refiriendo nombres y direcciones de otras personas con similar situación. Ésta, que se pudiera denominar segunda etapa, fue muy oportuna, pues brindó la posibilidad de ampliar el diapasón de personas en estudio.

La información que se logró recolectar se corresponde con nueve casos. Entre ellos se pudo realizar la entrevista tanto a hombres como a mujeres. Individuos que se encontraban solos

o en parejas. Este detalle, se estima como una ventaja del estudio, debido a la posibilidad de recuperar datos desde lo masculino y lo femenino y la vivencia del proceso de infertilidad en pareja o individual. Los lugares donde se realizó el trabajo de campo se pueden clasificar en dos tipos de instituciones: la correspondiente al sector público y las correspondientes al sector privado. En este último se incluyeron las clínicas para los TRA y las clínicas donde se trabajan las terapias alternativas.

Al momento de invitarlos a participar en el estudio se les explicó en detalle los objetivos del proyecto. Una vez aceptado se concertó la cita para realizar las entrevistas. En esta primera cita se aplicó la ficha de identificación y se procedió con la batería de preguntas. Se hace necesario destacar que en muy pocos casos se pudo aplicar tal cual aparece la guía de preguntas, debido a la dinámica de las respuestas de los sujetos de estudio.

A continuación se muestra una descripción para dar cuenta de algunos aspectos sociodemográficos de las personas que participaron en nuestro estudio. Esta descripción también se pudo sistematizar y se encuentra expuesta en la tabla 2. En esa misma medida, posteriormente se encontrará la descripción general de los escenarios donde se trabajó. Los nombres de las personas han sido cambiados, en respeto a su identidad, y en seguimiento de la normativa pautada por la ética científica.

Caso uno.

Carlos, hombre de 40 años, nacido en Monterrey, radica en Aguascalientes, practicante de dos tradiciones religiosas: catolicismo y el espiritualismo. Profesional y con estudios de posgrado: maestría. Trabaja para empresa privada, ocupando alto cargo administrativo en la directiva de la empresa. Lleva más de siete años de casado, por la iglesia y por lo civil. Con diagnóstico de infertilidad desde hace aproximadamente tres años. Se encuentra recibiendo tratamiento en clínica privada. El entrevistado expone que a pesar de los tratamientos e intervenciones médicas no ha logrado que su esposa quede embarazada. Por tal motivo en varias ocasiones ha pensando en abandonar los tratamientos, sin embargo, no se anima

hacerlo todavía. Para él la adopción no es una opción. Carlos declara que su esposa tiene hijos de un matrimonio anterior.

Caso 2.

Roberto²⁵, hombre de 43 años, nacido en Aguascalientes, religión católica con diagnóstico de infertilidad. Profesional. Se desempeña como vendedor. Lleva cinco años de casado. Con sospecha de infertilidad desde hace 10 años, pero sólo ahora se decidió a recibir tratamiento para solucionar, lo que él llama “la prueba de paso por la vida”. Para sus tratamientos de reproducción asistida, acude a clínica particular, a pesar de los desacuerdos con su esposa. Roberto alega asistir largas horas a la iglesia y en ocasiones ha llegado a poner en práctica algunos ritos procedentes de la sabiduría popular, no sólo para él sino también para su esposa. Esta pareja no está de acuerdo con la adopción.

Caso 3.

Rosa, mujer de 39 años, nacida en Zacatecas, declara ser atea, pero practicante ocasional de budismo. Profesional, estudiante actual de maestría en finanzas. Rosa se desempeña como contador de una empresa en el sector estatal. Se ha casado en dos ocasiones. Rosa explica que el motivo de divorcio de su primer matrimonio fue el diagnóstico por infertilidad. La entrevistada declara que su primer esposo al sospechar de su condición le solicitó de inmediato la separación, lo cual ocasionó que asistiera a terapia psicológica meses antes de iniciar el tratamiento para la infertilidad en el matrimonio actual. Tiempo de diagnóstico siete años. Tiempo de casada actualmente cuatro años. Se encuentra recibiendo tratamiento y estudios en el Hospital de la Mujer, pues dice tener un amigo especialista en Ginecología en ese lugar. En opinión de Rosa resultan impagables los tratamientos que

²⁵ Su esposa también tiene sospecha de infertilidad, pero no quiso participar en el estudio. La señora declara que: “lo que le sucede a mi cuerpo es algo natural, un fenómeno natural y que si Dios no quiso que tuviera yo hijos, no pasa nada por eso. Además yo ocupo un alto puesto administrativo y mi trabajo es mi prioridad”. La postura de la esposa habla de resignación que acarrea ventajas, bajo su propia visión. La postura de la esposa permite analizar a la infertilidad como destino que abre la puerta a otros destinos. En páginas posteriores volvemos sobre este asunto, nuestro análisis estuvo orientado por la pregunta siguiente: ¿qué se tiene cuando no se tienen hijos?

ofrecen las clínicas privadas. Incluso, alega que ha intentado entrar en programas de clínicas donde si no se logra el embarazo, le devuelven el dinero, pero nunca es el total de lo pagado, además que se le dificulta mucho conseguir las sumas tan altas.

Caso 4.

Pareja: Rafael y Lola, son artistas, 35 y 33 años respectivamente. Practicantes y conocedores de ritos y costumbres ancestrales mexicanas. Ambos de Nayarit, se dicen descendientes de Huicholes. Los últimos estudios cursados se corresponden con preparatoria, pero no terminada, por motivos económicos. No están casados, pero mantienen relación de pareja desde hace más de 6 años, se tratan como esposa y esposo. Desde que se conocieron han pensado en tener un hijo, lo describen como el sueño de sus vidas. Para este momento ambos asisten a consultas de origen natural y mágico-religioso. Dicen que desconfían de las prácticas médicas, las clasifican como invasivas y en especial Lola declara que le teme al dolor y a lo que le puede ocasionar a su cuerpo la tecnología.

Caso 5.

Moisés y Rebeca: pareja de 35 y 36 años respectivamente, no están casados, viven juntos desde hace 11 años y desde siempre han intentado tener hijos. Ellos declaran mantener relaciones desprotegidas desde que se conocieron. No son profesionales. Tienen preparatoria terminada. Su vida laboral la desempeñan en el área de ventas. Ambos nacieron en Zacatecas y viven en Aguascalientes desde hace seis años. Tienen sospecha de infertilidad, pero sólo sospecha, alguna vez acudieron a instancias médicas para verificar sus sospechas, pero no fueron completados los estudios, por lo tanto todavía se desconoce quién es el portador de la infertilidad. Pero ellos insisten en que pueden lograr tener un bebé en algún momento.

Caso 6.

Lupe: 35 años. Profesional. Maestra de una escuela primaria, ubicada al sur de la ciudad de Aguascalientes. Estudiante de maestría. Casada hace cuatro años. Originaria de Aguascalientes, siempre ha sido su lugar de estudio, trabajo y residencia. Tiene sospecha de infertilidad, y por tal causa se encuentra asistiendo a una clínica para el control de la infertilidad en el sector privado, siempre le ocasionó miedo la respuesta sobre un diagnóstico definitivo, pero su deseo de ser madre es más grande. Ella se mantiene esperando un mes tras otro mes a que suceda el embarazo. Expone que cuando no sucede, siempre va con su abuelita y sigue también los consejos que le proporciona la anciana, los cuales se ubican al interior de la medicina tradicional.

Caso 7.

Cristina, Edad: 34 años, Ocupación: bióloga. Casada desde los 27 años. Nacida y criada en Aguascalientes, pero como consecuencia de su trabajo permanece poco tiempo en la ciudad. Viaja constantemente. Practicante del catolicismo. A pesar de no haber tenido hijos considera que la maternidad es una necesidad y obligación para las mujeres.

Caso 8.

Marcos 34 años. Ingeniero. Actualmente estudia su maestría y trabaja en una inmobiliaria para el sector privado. Se declara ateo. Nació en la Ciudad de México, y vive en Aguascalientes hace cinco años. Explica que tiene una enfermedad crónica no transmisible, la cual es la causante de su infertilidad, expone que así le ha explicado su médico de cabecera. Para Marcos su proceso de infertilidad no es una enfermedad, sino, consecuencia de los descuidos en su salud. Acude a los servicios médicos estatales, pues sigue considerando la posibilidad de que su esposa se embarace de manera natural, sin necesidad de emplear alguna TRA de alta gama. “Yo quiero a mis hijos, ellos serán mi nueva inspiración de vida”.

Caso 9.

Miriam y Luis, 60 años ambos. Profesionales, desarrollaron toda su vida en Aguascalientes. Practicantes de religión católica, casados desde los 24 años, único matrimonio de cada uno. Nivel socioeconómico alto. Procedentes de familia con numerosos miembros. Tienen muchos ahijados cada uno de los miembros de la pareja: “casi todos nuestros amigos nos buscan como padrinos”. Es conveniente declarar que este caso, por su edad en años cumplidos, ya no están en un proceso de búsqueda constante de embarazo. Sin embargo, su proceso de infertilidad lo siguen viviendo como un suceso presente en sus vidas, que no lo han podido superar. La señora expresa que sólo con la muerte podrá olvidar el dolor que siente de no haber tenido hijos. Se decidió la inclusión de sus relatos debido a que son un punto de comparación con los otros casos y que al mismo otorgan centralidad al tema de estudio.

Otros informantes.

A partir de la dinámica que imprime la investigación cualitativa, respecto de la posibilidad de realizar cambios al interior de los diseños metodológicos, orientados éstos por la necesidad de recuperar el dato más fiel, se consideró pertinente y válido incluir a otro grupo de personas como informantes. A continuación se ofrece la relación de personas con las cuales también se sostuvieron conversaciones. Como se declaró en los anclajes metodológicos las conversaciones son complementos de las otras técnicas para el levantamiento de la información. A estas personas las consideramos como informantes claves también a partir del rol tan importante que juegan en los procesos terapéuticos de personas que están en búsqueda de soluciones a su infertilidad. Éstos son los presentadores de servicios de salud de nuestros sujetos de estudios. Ellos son parte de los múltiples actores con los cuales interactúan nuestros sujetos de estudio en la construcción de la realidad para el fenómeno de la infertilidad. La inclusión de estos informantes permitió recuperar visiones, opiniones, creencias sobre un mismo asunto. Las conversaciones permitieron contrastar los relatos desde el sujeto infértil, así como complementar información. Todo ello a favor de la recuperación de la trayectoria del padecimiento.

- Médico 1. Especialidad: Medicina Interna. Clínica privada, 48 años.
- Médico 2. Especialidad: Ginecoobstetricia. Clínica privada, 45 años.
- Médico 3. Especialidad: General Integral. Instancia Estatal, Departamento de Salud reproductiva. ISSSEA, 53 años.
- Curandera tradicional 1. Sanadora naturista, 67 años.
- Curandero tradicional 2. Sanador naturista, 70 años.

Tabla 2. Generalidades de los informantes del estudio.

Casos	Edad/años	Creencias	Estado civil	Tipología de tratamiento	Nivel de escolaridad
Carlos	40	Catolicismo/ Espiritualismo Trinitario Mariano y Fidencismo	Casado	TRA-clínica privada	Estudios de posgrado
Roberto	43	Catolicismo	Casado	TRA-clínica privada/mágico- religioso	Licenciatura completa
Rosa	39	Atea/Budismo	Casada	TRA-clínica privada/estatal/ complementarios/ mágico-religioso	Estudios de posgrado
Lola y Rafael	33 y 35	El costumbre Huicholes	Unión consensual	mágico-religioso	Preparatoria incompleta
Moisés y Rebeca	35 y 36	Ateos	Unión consensual	complementarios/ mágico-religioso	Preparatoria completa
Lupe	35	Catolicismo	Casada	TRA-clínica privada/mágico- religioso	Estudios de posgrado
Cristina	34	Catolicismo	Casada	TRA-clínica privada/estatal	Licenciatura completa
Marcos	34	Ateo	Casado	TRA-clínica estatal	Licenciatura completa

Casos	Edad/ años	Creencias	Estado civil	Tipología de tratamiento	Nivel de escolaridad
Miriam y Luis	60 y 60	Catolicismo	Casados	TRA-clínica privada/ complementarios/ mágico-religioso	Licenciatura completa

El análisis de la infertilidad como fenómeno de la vida cotidiana: la construcción social del padecimiento

“Al invocar el término padecimiento, me evoca a la experiencia innatamente del sufrimiento. El padecimiento se refiere a cómo la persona y los miembros de la familia o de la red social cercana y lejana perciben, viven, y responden frente alguna discapacidad. La experiencia del padecimiento incluye categorizar y explicar, en términos del sentido común, del sentido personal, de las formas de angustia, de dolor, zozobra causados por los procesos fisiopatológicos” (Kleinman, 1988).

Comenzamos por esta cita dado que muestra en pocas líneas la congruencia de abordar el problema de estudio desde los métodos narrativos, de los avatares, aciertos y desaciertos de las personas con condición de infertilidad e insertas en algún tipo de programa para tratamiento. Estamos tomando a Arthur Kleinman, como referente teórico para el acercamiento a la conceptualización de la infertilidad como padecimiento desde el área de las ciencias sociales. Las pautas están referidas al intento de Kleinman de volcar la mirada al sujeto, la vuelta al sujeto. Para nosotros es importante esta vuelta al sujeto pues a través de sus narraciones levantamos la construcción social de la infertilidad en tanto un “padecimiento”. Las elaboraciones desde el ámbito médico lo definen en estrecha vinculación con una enfermedad, por ende con una óptica marcadamente biologicista, dejando de lado la inclusión del sentimiento y la percepción desde la persona que se siente afectada.

En su texto *The illness Narratives*, Kleinman hace referencia a esta situación que mencionamos en párrafos anteriores. El autor expone que para las ciencias médicas la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

existencia de un padecimiento está necesariamente relacionado con una enfermedad, la cual está entendida como una desviación de lo normal. Estas afirmaciones desde lo biológico, convierten al padecimiento en un fenómeno totalmente objetivo. Por lo tanto puede ser medido, cuantificado mediante parámetros o en pruebas de laboratorio.

De igual manera Kleinman muestra en este mismo texto un modelo explicativo del padecimiento (explanatory models of illness), el cual está conceptualizado como: las nociones que los pacientes, las familias y los practicantes (los prestadores del servicio de salud) tienen respecto de episodios específicos del padecer. Dicho modelo está compuesto por cinco aspectos: etiología, conjunto de síntomas, patofisiología, trayectoria de la enfermedad y tratamiento. Siguiendo las orientaciones del mismo autor este modelo se puede trabajar con la inclusión de todos los aspectos al unísono o sólo desde algunos de ellos. Para nuestro estudio tomamos los denominados: trayectoria de la enfermedad y tratamiento. Estos aspectos tienen marcada similitud con el diseño metodológico que se siguió.

Otra de las justificaciones por las que trabajamos el modelo de Kleinman para la construcción social del padecimiento es la congruencia que le vemos con los postulados de Le Breton y Shilling. Los tres autores concuerdan acerca de la marcada influencia que el contexto sociocultural tiene sobre los significados y el orden que la persona da a su padecer.

Desde la perspectiva que asumimos en esta investigación, hablar del padecimiento implica referirse a una dimensión usualmente soslayada en los ámbitos institucionales biomédicos. Los registros médicos consisten en protocolos rigurosamente contruidos, que refieren exclusivamente a aspectos biológicos. Esto se relaciona con el biologicismo, uno de los rasgos estructurales de la biomedicina que separa radicalmente el cuerpo de lo no corporal. De esta manera, el cuerpo se piensa como susceptible de ser tratado prescindiendo de la integridad afectiva, cultural, social del sujeto; excluyendo todo dato que no sea biológico.

Una parte de la propuesta construccionista implica una apuesta por la explicación de la experiencia de sentido común del mundo intersubjetivo de la vida cotidiana. Según Berger y Luckmann, el conocimiento de cada individuo de la vida cotidiana, está muy ligado a los fenómenos que revisten especial importancia para éste (Berger & Luckmann, 2001). Por lo tanto es difícil separar la posición o situación general del individuo dentro de la sociedad donde desarrolla su vida. Si somos consistentes en mirar a la infertilidad como fenómeno disruptivo de la continuidad, como fenómeno que desordena la realidad, entonces puede ser catalogada como una situación marginal. Es marginal debido a que amenaza la existencia establecida y rutinizada en la sociedad. Por lo tanto el sujeto ante esta situación y a partir de su proceso de interacción con otros, comienza a experimentar, categorizar y a otorgar significados que en no pocos casos derivan en un “padecer”.

Para estos teóricos los procesos y fenómenos sociales no sólo constituyen relaciones causales, sino que al mismo tiempo representan relaciones significativas. Por esta razón deben comprenderse poniéndose en relación con el sistema de conductas y valores que ordenan el mundo vivido, “el mundo de la vida”, según Schütz (1993). Esto sólo es posible concibiendo las acciones sociales de los sujetos sociales como un proceso de exteriorización o extramental, que deben ser captadas de dentro hacia afuera mediante la introspección y la vivencia.

Nuestra investigación se orientó al estudio de la vida cotidiana, de la realidad social cotidiana, tal como los individuos la viven de un modo natural y familiar. Esta concepción se corresponde con la expresada por Schütz (1993) en “El mundo de la vida”. La vida cotidiana la pensamos como el espacio donde los sujetos producen activamente y mantienen los significados de las situaciones en las que viven. El análisis desde la vida cotidiana permite una apertura a las situaciones cercanas experimentadas por la persona infértil. Este concepto se aborda a través de aproximaciones sucesivas desde los siguientes autores Berger y Luckmann.

Durante el análisis del estado del arte con respecto al tema de la infertilidad, se pudo dar cuenta que los estudios, discursos y posturas, sobre todo desde lo jurídico, lo bioético y lo biologicista, reproducen el estereotipo hegemónico de la pareja heterosexual, a la mujer ligada, ineludiblemente a la maternidad y al hombre, en las escasas investigaciones halladas como proveedor de la economía doméstica. Esta idea nos hace pensar en el significado subjetivo de la acción desde los planteamientos de Berger y Luckmann: “la cuestión central para la teoría sociológica puede, pues, expresarse así: ¿cómo es posible que los significados subjetivos se vuelvan facticidades objetivas?” Según los teóricos construccionistas, la respuesta a la interrogante está concebida a partir de la afirmación dialéctica de que el hombre es un producto de la sociedad y la sociedad es un producto humano (Zalpa, 2007: 26-27).

A partir del planteamiento anterior se propone el acercamiento a la constricción social de la infertilidad como padecimiento bajo la propuesta de los autores Peter Berger y Thomas Luckmann. Según estos autores “la realidad”²⁶ se construye a través de procesos de objetivación, sedimentación y acumulación. Los sujetos a través de estas tres etapas acceden al conocimiento y la aceptación de la realidad por excelencia. A esta realidad los sujetos se adscriben e incorporan de manera acrítica las pautas necesarias y que ordenan la vida cotidiana. Cuando se produce la aparición de un fenómeno de infertilidad, por ejemplo, puede darse una crisis de sentido de esta realidad objetivada e interiorizada. La crisis pudiera estar en relación con la necesidad de reafirmar, reproducir, de exteriorizar el “deber-ser” aprendido. Para no pocos casos la crisis de sentido se revierte en un proceso de incesante búsqueda, lo cual lleva al sujeto infértil a vivir derroteros que a su vez pueden ser conceptualizados como “las trayectorias” o “las rutas” al interior de un mismo fenómeno.

²⁶ Creemos necesario hacer el señalamiento de lo que se está conceptualizando como “la realidad” en este estudio. A partir del postulado teórico que se entiende pertinente, estamos tomando que “la realidad de la vida cotidiana se presenta ante el sujeto ya objetivada” (Berger & Luckmann, 2001: 39). Sobre la base de este planteamiento pensamos que si bien puede haber procesos de reinterpretación y reconstrucción de significados por los sujetos, a través de la constatación de interacción; dichos procesos están referidos a una realidad, “la realidad por excelencia”. Esta realidad por excelencia, según los mismos autores “es imposible de ignorar y aun más difícil atenuar su presencia imperiosa”.

Para el logro de los objetivos de la investigación se realizó el análisis de los datos orientados por la estrategia metodológica de Kleinman. Se tornó la mirada hacia las trayectorias que describen los sujetos, en tanto forma de vivir la infertilidad, las cuales están atravesadas y es posible describirlas desde dimensiones socioculturales. Desde éstas últimas se organizó la exposición y la discusión de los resultados. Las trayectorias del padecimiento están plagadas de palabras, situaciones y sentimientos que se asocian con un padecimiento y que van otorgando significado y que además se comparten con los otros. A través del análisis se pudo dar cuenta de dos niveles privado y público, desde los cuales se construye el padecimiento. También se realizó un análisis comparativo de las opiniones procedentes de las personas entrevistadas, tanto de los que tienen condición de infertilidad como aquellos que son prestadores de servicio de salud.

Consideraciones éticas

Durante la investigación se tuvo en cuenta los principios establecidos por la ética moderna que vela por el respeto a los derechos fundamentales de las personas tales como dignidad, libertad, autonomía e integridad del ser humano. También se garantizó la protección de los datos y el respeto de la intimidad personal (Agar, 2004).

Se procedió a la obtención de la autorización verbal y escrita por parte de las autoridades pertinentes a los diferentes niveles. Además se obtuvo consentimiento informado, escrito y verbal de todos los participantes en el estudio. Ver anexo F. A los sujetos de estudio se les explicó que tenían el derecho de abandonar la investigación en el caso que así lo desearan.

VI. Resultados y discusión

Lo que se leerá a continuación se corresponde con el reporte de resultados y el análisis de los mismos. Para ello lo hemos dividido en seis apartados principales. Algunos de ellos guardan correspondencia con las preguntas que inicialmente guiaron nuestro estudio. Sin embargo, se debe puntualizar que durante el análisis de los datos emergieron otros ejes a través de los cuales también se construye la infertilidad como padecimiento y que por su relevancia al tema decidimos incluirlos. Al interior de estos apartados también se reportan otros hallazgos que no son objetivos declarados de la investigación, sin embargo, pensamos que existe una articulación significativa con la problemática que orientó el estudio.

Antes de continuar se considera necesario declarar que aunque fueron separados por subtítulos existe una vinculación fuerte entre ellos. La separación que aquí se propone es sólo con el objetivo de reportar los resultados de una manera que se supuso factible, incluso para su discusión. Pero una vez adentrada la lectura se podrá apreciar cómo las fronteras entre uno y otro se pueden tornar muy líquidas y desdibujadas.

En un primer apartado se expone a la infertilidad como un proceso que es posible definirlo desde varias etapas, así como por diversas dimensiones las cuales va experimentando el sujeto. Estas etapas y dimensiones están atravesadas por percepciones en el orden subjetivo y objetivo. A este primer apartado lo titulé **“Ruta o ¿rutas del padecer? Sentimientos, emociones, significados, creencias”**. A través de los relatos de los sujetos y del análisis de los mismos se atisban los caminos, las trayectorias seguidas en tanto búsqueda de solución a la imposibilidad de reproducción. O sea, fue posible describir la trayectoria de cómo vivencian su proceso de infertilidad. Esta trayectoria no demarca un único camino, y mucho menos el mismo camino vivido de igual forma por todos los sujetos estudiados. Al interior de cada trayectoria es posible ver también diferentes etapas. Estas últimas no responden necesariamente a una consecución lógica, no son cronológicas y tampoco se manifiestan de la misma manera en los sujetos estudiados. Esta información permitió reforzar nuestro

anclaje en la premisa acerca de que el padecimiento se construye sobre la base de varias etapas de un mismo proceso.

Las personas desde su sospecha inicial hasta un posible diagnóstico final transitan por distintas etapas. Estas etapas ponen de relieve distintos sentires, creencias, desde los cuales se refuerzan la adscripción a los mandatos culturales objetivados desde la sociedad. La infertilidad puede ser vivida desde varias etapas, pero desde todas es posible rescatar la percepción del sujeto hacia “la necesidad” de un embarazo e hijo vivo. Por lo tanto exponemos aquí que tal vez es necesario repensar a la infertilidad no como ruta del padecer, sino como rutas del padecer, teniendo en cuenta los procesos vivenciales y las denominaciones a la misma, desde cada uno de los sujetos en relación con el fenómeno. Habiendo realizado este análisis, desde lo que proporcionan los datos, estimo conveniente declara que a partir de este punto de exposición y discusión de resultados se pudiera emplear la frase “rutas del padecer”. Esta determinación se sustenta como una necesidad al interior del concepto “infertilidad”. Sobre todo cuando se está haciendo referencia a un proceso vivencial dimensionado o entendido más allá del organismo como unidad biológica.

En un segundo momento se expondrán los resultados obtenidos de la posible vinculación entre dos constructos: **“La infertilidad y el cuerpo: articulación de los conceptos”**. La noción del cuerpo, como eje temático para un análisis, nos permitió verlo como símbolo de reproducción. En todo contexto sociocultural el cuerpo tiene un significado. Parte de este significado está dado por la capacidad reproductiva como atributo y por ende definición de la persona. Así lo menciona Le Breton (2002).

Esta propuesta se sustentó en las líneas dedicadas a los anclajes teóricos. Recuperamos de varios autores cómo el cuerpo es el refugio de las pautas sociales a las que se adscriben los sujetos, en aras de reproducir lo aprehendido. Desde nuestros sujetos de investigación recuperamos cómo el cuerpo puede ser moldeado según lo tradicional, según los mandatos culturales referidos a la paternidad y a la maternidad y al género.

Al interior de este subtítulo develamos el sentido que las personas construyen a través de su cuerpo. Se piensa importante al cuerpo debido a que no podemos negar que la vivencia del sujeto está determinada por categorías sociales que plasman una visión de sociedad que parten también de cómo se presenta el cuerpo en ésta. En el cuerpo se ancla el problema que difiere a la biografía del sujeto con lo que la sociedad espera del mismo. Ello lleva a las personas a continuar en una incesante búsqueda de soluciones para la imposibilidad reproductiva. Por tal motivo, comienza a vislumbrarse las diferencias entre los discursos de los hombres y los discursos de las mujeres respecto del fenómeno de la infertilidad.

Sin embargo, aunque discursos diferentes, los sentidos construidos son los mismos “la necesidad” de cumplir con la capacidad reproductiva del organismo. El sentido similar estriba también en lo referente al dolor y a la sensación de invasión cuando los cuerpos están siendo continuamente manipulados. Se reporta un significado invasor en el área de lo físico y lo emocional del sujeto. Las subjetividades son diferentes (Lamas, 2000), pero parten de un mismo sentido objetivado. Finalmente, se muestra lo adoptado desde los teóricos y los sujetos de investigación cuando exponen al cuerpo como elemento que juega un papel esencial en el tema de la reproducción humana.

Dentro del reporte y discusión de resultados hubo un tercer acercamiento, esta vez dedicado a la **“La parentalidad no consanguínea, una construcción social. ¿Posible solución ante un proceso de infertilidad?”** Strathen en 1992 y Bestard en 1998 exponen los fundamentos por lo cual puede ser interesante prestarle atención al parentesco como resultado de esta investigación. Los autores revelan que el parentesco entre las personas se forma por la genética y la biología, pero también es posible su formación en lo social. Los aspectos genéticos y biológicos deben ser entendidos como resultados de la procreación humana. Sin embargo, lo referido a lo social puede ser parte de un proceso de repensar soluciones en aras de sentirse padre o madre.

Estos últimos fueron contenidos no pensados y que emergieron durante el trabajo de campo y posterior análisis. Existe una posible redefinición de la maternidad y la paternidad, pero

siempre en vínculo con lo objetivado, sedimentado y acumulado respecto del concepto original ¿Qué significa ser madre? ¿Qué significa ser padre? ¿Cómo puedo reubicarme como padre o madre ante un proceso de infertilidad? ¿Qué edad es idónea para la maternidad y la paternidad? ¿Es sólo a través del proceso de reproducción biológica que se puede desempeñar el rol materno o paterno?

A partir de estas preguntas y las respuestas de los propios sujetos de estudio pensamos que al interior de un proceso de infertilidad se alojan otros tipos de construcciones sociales, como lo puede ser el parentesco no consanguíneo, el cual está reconocido por la ley. Sin embargo, más allá de las lecturas jurídicas y de lo que es posible legislar, se ha podido percibir al parentesco no consanguíneo como una mediación entre lo biológico y lo sociocultural. Por lo tanto nuestros entrevistados entienden a sus hijastros y ahijados como la posibilidad social de ser padres y madres. Como una redefinición.

“El género en el ser infértil, hombre o mujer” es el acápite que aparece a continuación. El contenido de éste pretende describir los posibles significados que demarcan a la infertilidad según el rol del género. Este análisis estuvo guiado por las preguntas ¿qué significa ser mujer infértil? ¿qué significa ser hombre infértil? según los contextos socioculturales donde desarrollan sus vidas. ¿Qué percepción tienen los sujetos infértiles sobre sí mismos y sobre el otro al ser mujer u hombre?

El objetivo recabado se fundamentó en la siguiente premisa, en la sociedad mexicana en general y aguascalentense en particular la maternidad y la paternidad tienen diferente significado, diferente funcionalidad, pero hay una igualdad en la importancia social. Por esta razón pensamos que hay una distribución social del conocimiento acerca de la infertilidad cuando ésta se manifiesta en los hombres o en las mujeres. La paternidad y la maternidad son referentes que contribuyen a la construcción del ideal de lo masculino y lo femenino, respectivamente.

Lo relevante de este tema en relación al asunto de la reproducción humana, lo vemos a partir de que el género es parte significativa que se reafirma en lo objetivado. El hombre se construye en relación a la mujer y la mujer se construye en relación al hombre; y ambos en referencia con lo pautado por la sociedad. Ello en las sociedades tradicionales, donde predomina la idea de familia y matrimonio único. La construcción en referencia del otro, la construcción colectiva a través de la interacción con el otro. Esto entraña una diferenciación y asigna ciertos significados relativamente estables, en una sociedad que responde a paradigmas tradicionales. Son diferencias producidas en el curso de la interacción social (Berger & Luckmann, 2001: 86-87).

El análisis para este estudio nos interesó para darle voz tanto a los sujetos femeninos como a los sujetos masculinos. Y sobre esta última como tema carente de investigaciones en relación a la infertilidad. El análisis parte de develar la importante paridad hombre-mujer y el papel central que juegan en la maternidad y la paternidad vistas como formas de legitimar lo femenino y lo masculino.

La necesidad de volver la mirada hacia los discursos presentes en las narrativas afloró también durante el análisis. Enunciamos esto debido a que los mismos no estaban pensados como objetivo de investigación o categoría preestablecida. La escritura del apartado **“La construcción social de la infertilidad desde los discursos presentes en los actores de la vida cotidiana”** estuvo guiada por las constantes alusiones de parte de todos los implicados en el proceso de interacción: prestadores del servicio de salud, sujeto infértil y socios de relación. Vamos a ver que todo lo que se dice y cómo se dice está orientado hacia significar a la infertilidad como enfermedad y por lo tanto es necesario buscar una sanación para el cuerpo. Así lo hacen ver y sentir todos los participantes en el estudio.

Esta visión de la necesidad de sanación es compartida por varias miradas procedentes de personas de distintos estratos socioeconómicos. Personas que pertenece a una misma región, la del Bajío. Casi todos son de Aguascalientes, Zacatecas y sólo un caso de Nayarit. Todos tienen referencias a la religión cristiana, de manera independiente a sus prácticas.

Pero observamos como punto importante que todos comparten ciertas referencias socioculturales presentes en la sociedad en la que viven y/o crecieron. Todos se identifican con una misma realidad en cuanto a lo que también los define como hombre y como mujer: la paternidad y la maternidad, respectivamente. Cada uno de los participantes, desde su rol al interior del proceso de infertilidad, con diferentes palabras y creencias, tejen de igual manera una realidad, una posibilidad y una existencia. La reproducción humana se destacó como significado universal.

Una parte esencial y llamativa lo constituyeron los discursos desde los médicos alópatas. Hay que remarcar sus percepciones en este proceso de sanación. Este gremio erigen a los TRA como prácticas que ofrecen una posibilidad infinita ante la imposibilidad reproductiva. Este sentido discursivo causa un efecto en las personas que continúan traduciendo a la infertilidad como un problema biológico. Los efectos de los discursos de lo que el hombre legitimó como ciencia.

Por otra parte tenemos lo que se dice en el resto de las instituciones. Con un despliegue menor de palabras y definiciones técnicas, sin embargo, no van en oposición a los sentidos transmitidos mediante la palabra. El conocimiento que se transmite a través de la iglesia, la familia, los centros educativos es totalmente congruente con los expresados por los prestadores de servicios de salud. El discurso científico es congruente con el discurso público. No cabe duda de que el discurso contribuye a objetivar, interiorizar, acumular, sedimentar, la realidad de la vida cotidiana. Tal vez sea conveniente recordar las palabras de los construccionistas a decir que “la realidad de la vida cotidiana es algo que comparto con los otros” y una de las experiencias más importantes en este compartir es la que surge en “un intercambio continuo entre mi expresividad y la suya” (Berger & Luckmann, 2001: 46).

Como un consecutivo del apartado orientado hacia los discursos se propuso entonces la redacción de otro cuya esencia fueron las prácticas. El sentido que tradicionalmente se ha producido y es intercambiado aparece ahora bajo la forma de las prácticas. A las prácticas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

también las podemos ver como las aplicaciones de los discursos generados desde las instituciones y personas implicadas en los procesos. Éstas son las producciones que luego se aplican en el cuerpo. Ello es congruente con nuestra apuesta sobre la construcción sociocultural de un padecimiento que se fragua en el cuerpo.

El binomio infertilidad-cuerpo nos coloca en la necesidad de hacer surgir las prácticas generadas por los sujetos. Para ello se desarrolló el acápite denominado: **“La incesante búsqueda de una solución a través de las prácticas”**. ¿Cuáles son las vías de solución que buscan las personas para lograr un embarazo y, por ende, un hijo vivo? ¿Qué pasa con las personas que ingresan a las alternativas de tratamientos? La intención de estas preguntas fue obtener los significados asociados a las prácticas. Ello bajo la premisa de que la práctica también significa. La práctica también otorga sentido y la práctica la genera el sujeto, pero en común acuerdo con los conocimientos que tiene de la vida cotidiana, del contexto donde se desarrolla.

El objetivo está guiado por conocer cómo estas prácticas y los discursos arraigados a ellas contribuyen a pensar a la infertilidad como condición vergonzosa. Lo anterior arguyó una mirada necesaria al género nuevamente, así como a la génesis contextual y lo sedimentado de estas prácticas en tanto alternativas de tratamiento para la infertilidad como padecimiento.

En este apartado podemos encontrar cómo es entendida la infertilidad por el sujeto que busca constantemente una solución. Los términos conceptuales arraigados a la infertilidad para estos sujetos son: enfermedad (del cuerpo, la mente o del espíritu), culpa, castigo (castigo-divino), vergüenza, frustración del proyecto de vida, anomalía, desperfecto, entre otros. En el apartado se mencionan cómo es entendida la infertilidad más allá de los conceptos heredados de la medicina alópática. Se intenta develar los significados asumidos desde la sociedad como parte de esta interiorización, acumulación y sedimentación de un conocimiento. También se desea destacar un intento de exponer algunas de las creencias mítico-religiosas relacionadas con la imposibilidad reproductiva. Esta oportunidad se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

obtuvo ante el hecho de trabajar con personas que conviven en un mismo espacio geográfico, pero que provienen de diferentes contextos, aunque todos son mexicanos.

Vamos a ver que las prácticas como alternativas de solución a la imposibilidad reproductiva también pasan por un componente económico. Para este entonces hizo aparición una categoría emergente que guarda relación con los aspectos económicos y de mercado que se vinculan con los procesos de salud-enfermedad. Recordemos que desde el planteamiento teórico se expuso que el ser y parecer saludables también es una construcción social. A estos estados de salud se suma el individuo y su cuerpo, en aras de reproducir los dictámenes de la estructura social. Digamos que a partir de las entrevistas con los sujetos de investigación es posible argumentar que el ser y parecer saludables también tiene un costo, un precio traducido en el valor del dinero. También allí cobra sentido la infertilidad. ¿Cuánto estás dispuesto a pagar por revertir un fenómeno que transgrede lo heredado? Según las finanzas serán las alternativas de tratamientos a las que se podrá acceder. Debo destacar que una vez en esta categoría, esperé encontrar respuestas diferentes desde las diferentes alternativas de tratamientos. Sin embargo, fue posible constatar todo lo contrario. Todas las alternativas de tratamientos tienen un costo. Todas las alternativas de tratamientos se venden como un servicio al sujeto que padece ante la infertilidad. El individuo tiene la oportunidad de elegir entre una y otra o ambas, según su cosmovisión en común acuerdo con su disposición económica, también. Sin embargo, este hallazgo sólo lo reportamos. Es necesario esclarecer desde este momento que en páginas posteriores no se le dedica un espacio a su discusión. A este hallazgo lo proponemos como recomendación hacia nuevas investigaciones que puedan desarrollarse sobre el tema. Nuevos estudios donde se vinculen los tópicos de la economía y de mercado en los procesos de salud-enfermedad.

Esta oportunidad es nuestro basamento para decir y reforzar la idea de cómo se construye el conocimiento del individuo sobre los fenómenos de la vida cotidiana y que tiene especial importancia para él. La construcción se da a partir de la interacción intersubjetiva y objetiva, esto en palabras de los teóricos del construccionismo (Berger & Luckmann,

2001). Se construye en la interacción de la experiencia personal con las instituciones y los socios de relación, donde se exponen las dimensiones socioculturales que también incluyen las variables económicas. Todos ellos elementos que se presentan en la vida cotidiana. Las personas aprenden la realidad de la vida cotidiana y de esta misma forma se adscriben y se desempeñan, en un intento de reproducción social. Llegado a este punto, expreso que todo lo anterior lo tomamos como una introducción a los resultados. A partir de la siguiente cuartilla comienza la exposición del primero de los seis apartados que componen a los resultados y discusión.



Ruta o ¿rutas del padecer? Sentimientos, emociones, significados, creencias

“Donde hay sufrimiento, hay suelo sagrado”.

Oscar Wilde

Partimos de la pregunta de investigación: ¿Cómo se construye el significado de la infertilidad como padecimiento? y para ello entendemos que era necesario primero comprender y poner en palabras lo que los sujetos de investigación entienden por infertilidad y cómo se proyectan ante ella cuando este fenómeno les toca a la puerta. Hasta aquí se estaría versando sobre la vivencia individual y en parejas relativas al asunto. En páginas posteriores también se trabajan las cuestiones colectivas, las políticas públicas, el sector salud, entre otras. Poniendo en diálogo lo privado y lo público y las posibles tensiones entre éstos. Ello como parte del reconocimiento que le hacemos al padecimiento como un fenómeno que se construye desde ambos polos.

Desde los resultados de las entrevistas es posible rescatar cómo una misma persona, en su constante búsqueda del embarazo, va transitando y otorgando calificativos a su propio proceso de infertilidad. A continuación expondremos los calificativos encontrados. Como lo mencioné anteriormente estas etapas no necesariamente obedecen a una consecución cronológica. Estas etapas demarcan un camino desde el cual es posible ver el reflejo del padecimiento a partir de los significados que tiene la infertilidad para cada quien. Estas etapas no son cronológicas, pero guardan congruencia en cada caso con sus decisiones. Las etapas son las denominaciones al interior de las rutas del padecer.

Los informantes comenzaron su ruta del padecer por una “sospecha”, la cual llegó luego de varios intentos de fertilización y sostenimiento de relaciones sexuales desprotegidas. A partir del análisis podemos pensarla o denominarla como etapa de sospecha cuando existe la idea, la sensación, cuando no se logra el embarazo o éste no llega a su término. Tanto las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mujeres como los hombres comienzan a preguntarse a sí mismos. Tanto las mujeres como los hombres comienzan a notar la ausencia de la fecundación.

“¿Qué le sucede a mi cuerpo?” “¿Por qué no puedo embarazar a mi esposa?” “¿Por qué no puedo darle hijos a él?” Son algunas de las preguntas que se realizan los sujetos de investigación. De ellas se desprende una sospecha, un sentirse raros, un sentirte diferentes. Los sujetos comienzan a experimentar sensaciones, emociones y sentimientos no acostumbrados. Los sujetos narran la percepción de un dolor. Lo describen no como un dolor físico; sin embargo, no lo pueden omitir. Algo en sus vidas no se manifiesta de manera regular, no se manifiesta de la manera esperada individual y colectivamente. Los sujetos entienden y describen como regular, la llegada de los hijos, inmediatamente luego del matrimonio o de haber vivido juntos un tiempo determinado. Entonces la sospecha es consecuencia de una eventualidad no lógica, en comparación con la que se ha institucionalizado como parte objetiva de la realidad que se desarrolla en la vida cotidiana. No hay una presencia del embarazo.

Mira, cómo te explico, desde que yo me caso con esta mujer (menciona su nombre) hace ya siete años, como te dije ya, yo venía con la idea de tener mis hijos (...) luego de los dos primeros años de matrimonio ya lo platicamos, recuerdo que la invité a salir a cenar y allí le propuse la idea. Una vez que pasó un tiempo de intentarlo, me di cuenta que no quedábamos embarazados y comencé a sospechar. Claro las sospechas siempre fueron sobre mí, las culpas eran mías, pues está clarísimo que ella no tiene ningún problema. Vamos, que ella ya venía con becerros del matrimonio anterior al nuestro. (Carlos).

Es apreciable cómo a Carlos, así como a otros sujetos de estudio, con muy poco tiempo luego de las nupcias o luego de haber estado compartiendo una relación en unión consensual, les llega la sospecha de que algo no anda bien en sus cuerpos. Les comienza a invadir la idea y la preocupación de la no presencia del embarazo y finalmente de hijos en sus vidas. Se comienza entonces a desdibujar un horizonte calificado como el ideal, que se

encuentra inscrito en el nivel de realidad máxima y que no se cuestiona, de acuerdo al abordaje teórico elegido, el construccionismo. Se desvanece una ilusión. La concepción de familia ya no se parece a la heredada. No se logra trascender hacia la familia conyugal, se permanece en la familia original²⁷.

Aparejados a estas etapas se gestan también sentimientos. La frustración, la culpa es uno de los más frecuentes. Sobresale en nuestro análisis cómo mientras el momento de los hijos no llega pueden darse determinadas posturas, incluso incongruentes. Antes de la vida en pareja o del matrimonio los sujetos pueden llegar a negociar la posibilidad de una elección reproductiva. O sea, “que si llegan los hijos, bien, y si no llegan pues adoptamos mascotas: perros o gatos”. Sin embargo, una vez que la fecundación, la reproducción biológica no se manifiesta, comienza la sospecha y la necesidad de entender qué está sucediendo.

En relación con lo anterior se expone cómo las mujeres y los hombres siguen buscándose e identificándose con la reproducción social. Mientras no pensaban o buscaban el embarazo cualquier actitud, al respecto, era aceptable. Sin embargo, una vez que se comienza a percibir que no se puede, una vez que se comienza a percibir que no se tiene la capacidad de reproducirse, se empieza a pensar que se perdió el control sobre el cuerpo. Los sujetos sospechan que no podrán cumplir con lo aprendido, heredado y ya todo el proyecto de vida cambia. Este evento pudiera significar el comienzo de una crisis de sentido.

Mira para comenzar esto desde que comenzó la sospecha, desde que comenzó el presentimiento ha sido una pesadilla y lo curioso fue que cuando nos casamos siempre dijimos que si no podíamos tener hijos no importaba, lo podíamos dejar así y adoptar gatos o perros o cualquier otro animal, tanto a mí como a mí esposa nos gustan mucho los animales y en general todo lo que sea naturaleza. Como muy progreenpeace nosotros (se ríe). Entonces lo curioso fue cuando un día decidimos buscar nuestros hijos de la especie humana y luego de varios meses de intentarlo

²⁷ Éstas son las clasificaciones de familia expuestas por Martín López, E. Es posible consultarlas en el texto: *Familia y sociedad. Una introducción a la sociología de la familia*. Publicado por el Instituto de Ciencias Sociales para la Familia de la Universidad de Navarra Pamplona. Año 2000.

no quedábamos embarazados. Entonces se comenzó a convertir en una preocupación por parte de los dos, pero luego de tres años, mi esposa sencillamente le perdió el interés, ella dice que no va a intentarlo por ninguna vía, si sucede, si llega a suceder de la manera más natural bienvenido sea, pues a ella le gustan los niños, pero que si no sucede sencillamente fue porque papá Dios no quiso y ella como temerosa de Dios, acepta sus designios. (Roberto).

Si consideramos la frase: “el homo sapiens es siempre, y en la misma medida, homo socius”²⁸ (Berger & Luckmann, 2001: 72) es posible asociar la crisis de sentido a una disrupción del orden social. Es posible entender a la reproducción humana, aunque aspecto biológico e intrínseco del individuo, como una forma de orden social institucionalizada. “El orden social no forma parte de la “naturaleza de las cosas” y no puede derivar de las “leyes de la naturaleza”. Existe solamente como producto de la actividad humana” (Berger & Luckmann, 2001: 73). Para el caso de la reproducción biológica está socialmente orientada.

Un punto importante y que se encuentra aparejado a Roberto, son las referencias de su esposa. “¿Quién sabe entonces si Dios no quiso que tuvieras hijos, qué otro regalo tiene para mí?” Ello nos hizo reflexionar sobre lo que pudiéramos denominar una etapa de aceptación. Para el caso de la esposa de Roberto, aceptada a partir de concebir a su proceso de infertilidad como traducción de “mandato divino”, por lo tanto se ha de asimilar y cumplir. Si partimos de las expresiones de la esposa de Roberto también pudiéramos llegar a la reflexión sobre qué tan aceptada es la infertilidad. Lo anterior nos lleva a pensar que el “mandato divino” en tanto designio de Dios significa una posible auto-explicación a la crisis de sentido. Entonces es posible apreciar como Dios se vuelve la explicación a este asunto. En la misma manera que Dios dice “Crecer y multiplicaos”, se puede regresar a Dios la decisión de la infertilidad.

²⁸ Tomada del texto: *La construcción social de la realidad*. A partir de los postulados de Durkheim, los autores establecen una conexión invariable y directamente proporcional entre la humanidad del hombre y su sociabilidad. Para el caso de nuestro estudio, entendemos que la capacidad reproductiva es una condición dada a los organismos de los seres vivos. Sin embargo, para el caso de la especie humana también tiene una connotación social.

¿Qué o quién dictamina quién puede o no tener hijos? Para no pocos sujetos, aunque no hay aún una postura de completa resignación a la infertilidad, por lo que sigue bajo el significado de padecimiento, este mandato a cumplir puede ser interpretado como designio de Dios, por lo tanto orientación divina. Al mismo tiempo la incapacidad de procreación en tanto mandato divino se puede inscribir dentro de un mandato cultural. Decimos esto porque ubicamos en contexto a nuestros individuos entrevistados. Estamos hablando desde un Aguascalientes donde prevalecen tradiciones judeocristianas y las creencias en lo mágico-religioso (Padilla, 2013). Entonces, desde el contexto también se puede argumentar la postura de algunos individuos. “Así lo mandó Dios, así lo acatamos”.

Sin embargo, no olvidemos que desde un mismo contexto, desde una misma aproximación sociocultural pueden proliferar diferentes posturas. Roberto nos habla de su esposa: “para estos momentos de su vida, su trabajo es lo más importante. Pero ciertamente sí le interesa tener hijos.” Pues, es aceptada la infertilidad como un mandato divino; sin embargo, este mismo proceso de imposibilidad reproductiva puede ser interpretado desde la movilidad social. Para la esposa de Roberto la infertilidad puede significar un puerto de llegada, no de salida. La infertilidad también puede significar un destino. La infertilidad, la no presencia de hijos, la no maternidad o no paternidad, esta vez desde una visión involuntaria, es percibida como una finalidad en la vida que da paso a la posibilidad de alcanzar mejoras laborales y económicas, alcanzar la realización de sí misma, aunque ello rompa modelos identitarios.

Las mujeres y los hombres que aceptan su proceso de infertilidad están tomando una decisión que imprime cambios sustantivos en su vida. Hay un distanciamiento de la práctica social dominante. Hay un distanciamiento de la reproducción social. Hay un reconocimiento y una apuesta por lo “no-normativo”. Vamos a ver que las mujeres y los hombres que se insertan en estas posturas de la infertilidad aceptada como destino, tienen una práctica regularizada por el trabajo, además de las labores domésticas. Estas personas exhiben *currículum* donde se despliega una experiencia laboral nada despreciable. Entonces

se puede decir que en este significado de la infertilidad como destino hay un ensanchamiento de esa realidad máxima socialmente heredada. Podemos estar en la presencia de otra forma de orden social. Además de la maternidad o la paternidad ¿qué otras dimensiones puedo desarrollar como mujer o como hombre? ¿Qué otras dimensiones puedo desarrollar como ser social e individual? Las respuestas a estas preguntas encuentran una similitud en los estudios que reflejan a la no reproducción humana voluntaria como elección y en pos de ella una re-configuración de la identidad de género (Ramírez, 2013; Castañeda; 2016) y de los sujetos.

En mi caso ya no me gustaría embarazarme debido a que como pareja tenemos muchos planes donde ya no entran hijos, lamentablemente. Nuestros proyectos de trabajo nos demandan mucho tiempo el cual no podemos brindárselo a un bebé. Tengo 34 años. Me casé a los 27. Por el trabajo de mi esposo no había la oportunidad de estar juntos como una familia “común”. Me refiero a común el vernos todos los días, éramos una familia donde la principal preocupación era el trabajo, la satisfacción del deber cumplido, la labor, así hemos vivido siempre. Así que decidimos esperarnos tres años a que él tuviera un trabajo más estable y yo comencé a cuidarme con el método natural (ritmo). Después de los tres años acudimos con la ginecóloga y decidimos tener familia. Nos revisó y nos dijo que todo estaba bien. Nos dimos a la tarea de buscar un bebé, nos dejamos de cuidar, sin embargo, nunca llegó. La doctora nos puso tratamiento por un año. Han seguido estudios, revisiones, varias opiniones pero nadie nos da una respuesta de por qué el bebé no llega. Después que pasó el año, decidimos no buscar más y enfocarnos a nuestros proyectos personales. (Cristina).

A decir de varios autores en estas mujeres y hombres hay un afán por conocer. Hay un afán por la representación exótica, por participar de lo diferente que puede haber en la experiencia cotidiana (Pelton & Hertlein, 2011: 41). Son rasgos propios del individuo

contemporáneo²⁹. La misma perspectiva sociocultural propia del contexto sociohistórico donde se ha desarrollado la vida, permite al sujeto acceder a otros universos de sentido, sin que se demuestre un divorcio del sentido aprendido e incorporado. Muestra de esto último lo podemos ver en la misma Cristina. En un momento de su narración nos dice:

No me importa lo que piensen las personas, el resto de las personas. Al final yo vivo mi luto, nuestra familia, mi esposo y yo cargamos con ese luto, con esa sensación interna, sabemos y reconocemos la ausencia, las ausencias, y vivimos un luto, ya te digo hasta fuimos a consulta, nosotros sabemos que mujer que no pare y hombre que no engendra no sirven. Así nos enseñaron, pero si no pudo ser no pasa nada. (Cristina).

Por otra parte esta infertilidad aceptada (no maternidad involuntaria) estriba en evitarle dolores al cuerpo y se convierte en un primer paso para desmontar el discurso y la práctica hegemónicos de la medicina occidental como alternativa para revertir un proceso de infertilidad. "... Sólo que no está dispuesta a someter su cuerpo (...) me ha dicho que los médicos te tratan como si fueras una cosa descompuesta, que te hablan de manera muy imponente y como si ellos tuvieran la última verdad, juegan a ser Dios con tu cuerpo y esas formas a ella le molestan, aunque nunca ha abandonado la idea de tener nuestros hijos". Así nos habló Roberto acerca de su esposa. Este tema será tomado en un apartado más adelante; sin embargo, considero oportuno exponerlo en este espacio. Ello a fin de evidenciar la nota expuesta al principio del reporte de los resultados: es muy líquida la frontera entre un apartado y otro.

Llegado a este punto tal vez sea necesario hacer un llamado de atención. Al cuerpo se le dedica una parte del análisis en posteriores páginas. Es conveniente recordar que el cuerpo es parte de las preguntas de investigación sobre las que se erige este estudio; sin embargo, es necesario destacar cómo es que se configura en tanto centro de atención y explicación

²⁹ Aunque no es objetivo de estudio, se habla para este entonces de modernidad. Para ello fueron consultados algunos autores Wang 2000; Cohen 2005; Ramírez 2013.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para los fenómenos de la infertilidad. Por esta razón aparece de manera frecuente en todos los subtítulos elaborados para la presentación de los resultados.

Al considerar a los hijos propios como una prueba de paso por la vida, la infertilidad se traduce y puede significar una enfermedad, un castigo. Así se muestra desde ambas perspectivas de género: masculina y femenina. Cada individuo le otorga una particularidad a la vivencia y al compartir este proceso en la vida cotidiana. Esta particularidad también se construye en interacción con el otro. Sostenemos que en la pareja, con los amigos, con la familia, son los primeros espacios de socialización de cada persona ante la sospecha de la infertilidad. En estos procesos de interacción el individuo busca entender qué le sucede a su cuerpo. El individuo antes de tomar acciones o decidirse por alguna práctica en concreto primero necesita reconocerse así mismo y por ello juega un papel fundamental la intersubjetividad. “La realidad de la vida cotidiana se me presenta además como un mundo intersubjetivo” (Berger & Luckmann, 2001: 40). Entonces siguen apareciendo re-denominaciones al interior de un mismo proceso, re-denominaciones que se dan en la interacción con la familia, amigos, personal médico.

Los procesos de infertilidad también significan carencias, ausencias, soledad. La imposibilidad de procreación refleja en la vida de los sujetos elementos ausentes, aquellos, los hijos que no están. A la no paternidad y a la no maternidad involuntarias las narraciones las explican como una familia no integrada, una familia incompleta. La línea del parentesco consanguíneo diluida es vista y explicada por los sujetos de estudio como una vida en soledad, carente. Se clasifica y se cree como una familia incompleta y también perfectible. “Yo me pienso como un hombre que vive solo, como si viviera solo en una isla, me pienso como un hombre olvidado por Dios. Me siento muy incompleto, vacío” (Marcos).

Desde las narraciones de nuestros sujetos de estudio es posible reconocer otras emociones y significados para la infertilidad. En las narraciones fue posible levantar otras etapas: la diagnosticada, la confirmada, la entendida como maldición. Sobre esta última nos llama la atención a partir de que también es un planteamiento con matices mágico-religiosos; sin

embargo, contrapuesto, por ejemplo, al expresado por la esposa de Roberto como mandato divino. Existe una infertilidad como designio de Dios a la cual algunos sujetos definen como divina y otros la definen como castigo. De igual manera para los efectos de la presente investigación fueron analizados como auto-explicaciones para soslayar la crisis de sentido que conlleva un episodio de imposibilidad reproductiva. ¿Cuál es la ruta del padecer de cada sujeto? ¿Desde dónde se le intenta dar explicación a la crisis de sentido? Como hemos visto hasta aquí, la ruta del padecer de un proceso de infertilidad es posible describirla, también, desde la doctrina religiosa en tanto mandato cultural. Para aquellas personas que se reconocen como católicos, la religiosidad católica, en este caso, ya le va otorgando un significado que es posible leer desde los postulados bíblicos: “crecer y multiplicarse” y que cada quien lo interpreta a su forma.

A colación de lo anterior creemos que no es desacertado pensar en los significados de la infertilidad contruidos a partir de que los sujetos de investigación la piensan como una enfermedad y la vinculan con aspectos mágico-religiosos. “Castigo divino, castigo de Dios”. Laplantine (1999: 356) expresa que: “la relación privilegiada de la enfermedad con lo sagrado es una consecuencia inevitable de la indefectible relación de la enfermedad con lo social”. En este último punto vale la pena retomar los planteamientos de Nettleton (2013) donde expone que el ser/parecer saludables está determinado socialmente. Y continua Laplantine diciendo que: “Desde luego hay varias maneras posibles de poner en evidencia la relación de la enfermedad con esas formas de expresión totalizantes de lo social que es lo religioso”. Los datos muestran la relevancia desde la religiosidad y la espiritualidad para la regulación de las emociones y de los significados. Las emociones y los significados tienen un punto en el construccionismo. A decir de Vázquez y Enríquez (2012) las emociones y los significados son elementos subjetivos, producto de la interacción de las personas con su entorno sociocultural.

Para darle continuidad a esta lógica de significar a la infertilidad como condición vergonzosa, como maldición, se piensa que este tema guarda especial relación con el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sentimiento de vacío. Esta relación luego se objetiva y se exterioriza en la búsqueda insistente de ayuda en las disímiles alternativas de tratamientos, las cuales se ponen de manifiesto en el cuerpo. Es unánime la alusión por parte de los entrevistados hacia el experimento de un vacío en sus vidas. Las respuestas conducen a significados y creencias orientados por parte de la identidad de cada uno de los sujetos. Sin embargo, vamos a ver que todos se ordenan bajo un mismo conocimiento que luego determinan comportamientos similares. Los entrevistados alegan sentirse mal, incluso hasta expresan sentir “vergüenza” ante la imposibilidad de concebir un hijo. A partir de las entrevistas se puede mostrar que este sentimiento tiene una gran carga socio-estructural, debido a la constante alusión sobre la descendencia propia, lo que pudiéramos denominar como tradicional-obligatorio.

No pocas personas se expresan desde el “¿qué dirán los demás?”, haciendo referencia a los amigos, compañeros de trabajo, la familia y hasta a la propia pareja. En esta última, se registra esta situación sobre todo una vez que se conocen los resultados de los estudios, o sea que hay un diagnóstico por parte del gremio médico que conforma el MMH. El diagnóstico expone, exhibe cuál de los dos miembros de la pareja tiene la imposibilidad reproductiva, por ende sobre cuál de los dos recae la “culpa”. Entonces para algunos de mis entrevistados ha sido necesario la búsqueda de ayuda más personalizada en el orden emocional. Han acudido a consultas con profesionales de la psicología, incluso antes de comenzar con los tratamientos de asistencia reproductiva y también luego de abandonar éstos por no tener los resultados esperados. A través de las narrativas se percibe decepción y a partir de ahí nuevamente el castigo, la desesperanza. Los procesos de infertilidad, en tanto dimensión biológica de la vida humana acogen una especial significación social y cultural.

Las personas describen a la infertilidad como un tema tabú, del cual expresan sentir vergüenza al hablar. Lo describen como una condición inexplicable. Muchos exponen que a pesar de las largas horas de explicaciones médicas sobre las causas que la pudieron ocasionar, no entienden “la maldición que cae sobre mi cabeza, como espada de Damocles” (Roberto). En este mismo orden de pensamiento muchos aluden al hecho de haber obrado

mal en algunas etapas de su vida, e incluso buscan explicación desde concepciones y argumentaciones místicas haciendo referencias a comportamientos o actitudes mantenidas en una vida o existencia anterior. Esta última razón aunque menos expuesta, sin embargo, está igual de arraigada en las creencias populares sobre procesos de infertilidad.

Retomando la mirada a la ruta del padecimiento vamos a ver cómo hay sentimientos asociados. Durante la vivencia de la infertilidad se van describiendo expresiones, sentires, creencias, interrogantes los cuales van otorgándole sentido al proceso. Aunque estamos planteando un apartado dedicado a las prácticas, partimos de la idea de que el ser usuario/ usuaria de una u otra alternativa de tratamiento, incluso de una multiplicidad de ellos al mismo tiempo, obedece en gran parte a los sentimientos, a las expresiones e interrogantes generados y aprehendidos con los otros y desde los otros en un marco contextual determinado. Pensamos que toda esta gama se construye y se consolida a partir de la intersubjetividad antes mencionada. Pero también a estos sentires y a las constantes interrogantes los acompaña la dimensión cultural. Tomamos de Geertz (2003: 133) que “en un plano está el marco de las creencias, de los símbolos expresivos y de los valores en virtud de los cuales los individuos definen su mundo, expresan sus sentimientos e ideas y emiten sus juicios; en el otro plano está el proceso en marcha de la conducta interactiva, cuya forma persistente es lo que llamamos estructura social. “Cultura es la urdimbre de significaciones atendiendo a las cuales los seres humanos interpretan su experiencia y orientan su acción” (Geertz, 2003: 20). A partir de aquí dedicamos un espacio a los sentimientos y expresiones de los hombres y mujeres en estos procesos.

Ella: Por favor, que carga, ¿no? que peso sobre nuestros hombros, tanto en los de mi marido como mis hombros, esto es duro, muy duro. Yo ya he conocido a otras personas en esta misma situación, personas más jóvenes, hablo de mujeres que se han acercado a mí, mujeres de mi círculo de amistades y otras que no, pero se han acercado a mí y a partir de mi situación me he visto como una persona más empática. A mí me ha hecho ser más empática, más porosa, más abierta a la

vulnerabilidad de los demás, pero entiendo, los entiendo perfectamente. Pero también entiendo que muchas veces esa vulnerabilidad no es culpa de ellos, es la carga social sobre sus hombros. Esa carga que imprime el hecho de ser hombre o ser mujer, es muy fuerte y muy determinante, esa carga te determina, te marca y no hay forma de que te puedas escapar, para todos nosotros es importante la aprobación y la aceptación social, llega una determinada edad en que esa aceptación depende en gran medida de tus hijos, incluso del número de hijos y de que hayan hembras y varones, fijate cuántas cosas cargamos, si usted tiene hijos debe saber lo que digo, tal vez, a usted no le importe, será una de las pocas que está dispuesta a pagar el precio, pero para los demás es importante ser aceptado, es la pertenencia a un grupo social o la pertenencia social, así sin más. Yo le digo a mi esposo: “Aunque no seamos padres, el aprendizaje nos lo llevamos, el aprendizaje de lo que significa ser un humano, de lo que significa ser un hombre o una mujer en este planeta. Sólo le puedo decir que es muy duro el significado, es muy duro a lo que nos tenemos que enfrentar, y como te dije antes: ni se te ocurra salirte del huacal. (Miriam).

Una de las expresiones más utilizadas por los entrevistados es la culpa, o más bien podemos nombrarlas como las culpas. El empleo del plural es debido al género como categoría emergente y que mostró vínculos muy marcados con el resto de las categorías durante el análisis. La culpa no se manifiesta igual para los hombres que para las mujeres ante la imposibilidad reproductiva. La culpa está vinculada a cómo se presenta el cuerpo en la sociedad.

Para los hombres hay una necesidad de probar ante la sociedad lo macho, lo viril, la hombría a través de la capacidad de embarazar a una mujer. A las mujeres la maternidad las legitima como mujer en plenitud, completa. Entonces se da una configuración, un proceso identitario a partir de la maternidad y la paternidad. Hay un sistema de significados, un conjunto de percepciones con el cual los hombres y las mujeres se sienten en la necesidad

de cumplir, pues ello los define como tales. Al no suceder de esta forma aparece la culpa, la decepción, el dolor. Ello puede minimizar o dejar un menor espacio para las decisiones acerca del deseo o no de procrear.

La sospecha, el dolor, la aceptación, la necesidad de un diagnóstico, los sentires y las culpas, las interrogantes son etapas por las cuales van pasando las personas. Estas etapas se van configurando a partir de la vivencia del sujeto y de su interacción con los actores sociales. Se piensa que estas etapas se presentan en la vida del sujeto a partir de hacerse evidente una crisis de sentido. La infertilidad significa la aparición de un elemento diferente al conocimiento que se tiene y que ha sido adquirido desde lo sociocultural. Podríamos decir que las etapas están orientadas a partir de lo que Berger y Luckmann denominan un desorden de la realidad máxima, aquella que no se cuestiona y se asume como tal (2001: 39).

Desde otro punto de vista, pero aunado con lo anterior, se desea presentar parte de la complejidad de los procesos de infertilidad ya no sólo para el sujeto infértil individualmente. Nuestros entrevistaos describen cambios en su cotidianidad. O sea, que las infertilidades también significan y pueden traer consigo re-configuraciones para la vida en sociedad. Decimos esto teniendo en cuenta los impactos en la vida cotidiana de estas personas. La presencia de esta eventualidad en la vida del ser humano puede significar restricciones económicas y de movilidad social. Nos preguntábamos entonces ¿Cuánto influye, cuánto cambia un proceso de infertilidad las dinámicas de vida y las relaciones de pareja? Una persona nos explicaba:

Yo he detenido mi vida, no en lo profesional, aunque un poco sí, he seguido mi crecimiento pero no todo lo que deseo pues parte de mis dineros los invierto en mis tratamientos y en todo lo que yo encuentre relacionado y que pueda, o yo pienso pueda resolver mi padecer. En pocas palabras y muy grandes palabras he dejado mi vida y parte de mi crecimiento profesional, lo he tenido que hacer por seguir indicaciones médicas. Pero no sólo eso, eso no es lo peor yo he retrasado

vacaciones con mi esposa o con mis amigos, he retrasado muchos planes importantes no sólo para mí, sino para mucha gente que me quiere y que me rodea. Muchas veces es por eso que me siento muy enojado ¿Cómo se tiene o cómo se puede sentir uno ante la eterna postergación de todo o parte de lo que quieres en la vida? Claro que no me arrepiento, todo es por alcanzar mi máxima meta de ser padre, pero no dejo de sentirme enojado, no te puedo negar que mi esposa me reclama una y otra vez, una y otra vez. Esto es un freno para todo. (Roberto).

Las personas perciben a la infertilidad como un problema de salud que se prolonga en el tiempo. La problemática de la constante búsqueda de soluciones a la misma invade todas las esferas de sus vidas, tanto en lo privado como en lo público. Afecta la confianza en sí mismos, las relaciones de pareja, con la familia y con los amigos. Ello trae consigo el dolor, el enojo y la frustración. La infertilidad femenina, masculina, sospechada, diagnosticada, dolida, construida siguen siendo un tabú, un secreto doloroso, triste, decepcionante. Lo que es natural para algunos, se convierte en un gran problema para otros tantos, a los cuales les cuesta sacrificios de todo tipo.

Desearía que ya ni me preocupara mucho lo del niño y tal vez debería comenzar a pensar más en serio en recuperar mi relación con mi esposo, yo lo amo mucho mucho. Sí siento que deseo recuperar mi relación. Ya he pasado por mucho, mucho tiempo asistiendo a terapias de todo tipo he intentado con todo lo conocido, con todo lo existente en este mundo, con todas las recomendaciones de las personas que conozco, ello ha implicado un gasto de dinero, no tan grande como el de las clínicas particulares, pero sí un gasto de dinero que no deja de ser fuerte, pero el distanciamiento con mi esposo me duele, he comenzado a pensar desde hace un tiempo para acá que mi marido existe y me quiere así como soy, así me ama, aunque tengo un vientre vacío, incapaz de hacer surgir algo, entonces debería yo comenzar a prestarle más atención, en un final él sí existe, él sí está conmigo en este mundo, es quien amanece y duerme a mi lado, me da cariños, tal vez debo

comenzar hacer labor de desprendimiento (que podemos entender como resignación) hacia el deseo de tener un hijo. (Rosa).

Otro de los significados e impactos en la vida cotidiana de las personas es la rutina. Como vimos antes se da una transformación de la vida en varias dimensiones. La vida individual, la vida en pareja, la vida social. Parte de esta transformación llega con la rutinización de quehaceres en aras de lograr un embarazo.

(...) y el problema llega justamente cuando no le respondes al mundo como el mundo espera de ti. Por ello la palabra duelo con tanto significado en nuestras vidas. A partir de ese momento, del momento donde descubres que no puedes complacer al mundo y entre ellos a tu pareja, es increíble el protagonismo que cobra la rutina del médico, del sacerdote, del brujo, del acompañamiento de los pocos amigos que quedan, y por supuesto el protagonismo de tu cuerpo y que éste no se ponga ni viejo, ni joven. Aquí cobra un insospechado protagonismo en la rutina. Cada mes, mes con mes explorar con los más cercanos, explorar con tu cuerpo y ver que algo no anda bien, ver que nada cambia, ver los resultados tan lejos de ti y de tus anhelos, cada mes con mes ver como los demás te escudriñan con la vista, con sus comentarios. (Luis).

Entre las narraciones de los sujetos de estudio se puede leer la palabra duelo. Este apareció como concepto analítico para la investigación. El duelo se proyecta en la vida cotidiana de las personas infértiles no como la crisis emocional que sobre viene con el final de la vida, sino que es la manifestación de una aflicción por una situación carencial que responde al no poder tener hijos. El duelo se proyecta y conforma la trayectoria del padecimiento. Para los seres humanos y el desarrollo de la vida, la palabra duelo aparece cuando un vínculo afectivo se rompe. El duelo se hace acompañar de sucesos relacionados con la muerte. En nuestros sujetos de estudio se visualiza una alusión a la muerte también. Sin embargo, ésta es entendida como la falta de la vida ante la imposibilidad de engendrar o dar a luz a una vida. El duelo se refleja en las reacciones emocionales de mis sujetos de estudio, se refleja

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

en sus comportamientos. El duelo es una de las manifestaciones en la ruta del padecer ante un proceso de infertilidad.

El proceso de infertilidad provoca, para algunos, una reacción de aversión, de rechazo. Las interpretaciones y creencias que cada persona tiene sobre su proceso de infertilidad, son factores importantes que intervienen en la forma de reaccionar ante la misma. Por otra parte también es importante recordar que en común acuerdo con estas interpretaciones y creencias está el ubicar en puntos importantes el cumplimiento de los mandatos culturales y no removerlos, ni cuestionarlos, pues ellos fundamentan la existencia humana. Por tanto mucho del duelo que vive el sujeto infértil es extraído de las reglas que orientan la vida. Incluso de este proceso de duelo y sus prácticas se pueden desprender los sentimientos y emociones que se describen durante este apartado: culpa, autoreproches, depresión, tristeza, soledad, hasta llegar a la sensación de emancipación laboral, manifestada por algunos.

Luis y Miriam perciben sus existencia en un duelo calificado como perenne, semejante a una muerte en vida. Luis y Miriam, así como otros entrevistados perciben el duelo a partir del vacío, del sentirse inservibles, descompuestos. Desde el punto de vista sociocultural y biológico la infertilidad es un opuesto de la fertilidad, hace referencia a la mortalidad, a la imposibilidad de cultivos. La infertilidad es asumida como antónimo de vida, de familia. La infertilidad interpela a los postulados religiosos, a lo tradicional, es a lo que se le teme y hasta se odia, por no estar contemplada en la cosmovisión. Incluso para algunas personas infértiles este duelo se termina sólo con la muerte, o sea con la desaparición física de la tierra. Este punto sobre el duelo nos lleva a las reflexiones de Renato Rosaldo en "*Cultura y verdad*" (1993) sobre los *ilongot*, quien destaca la importancia de considerar los sentimientos y las emociones ante la muerte. De esta forma, la aflicción que sienten los *ilongot* al "cortar cabezas" no es una cuestión irracional, empero, se sustenta en una amplia gama de estrategias culturales para afrontar el proceso de duelo.

Sin ánimos de mi parte, como autora de este trabajo, de homogeneizar las perspectivas sobre la infertilidad, pues no se repiten siempre de la misma manera, pero sí con la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

necesidad de señalar aquello que se torna elemento en común entre mis entrevistados, me pregunto ¿cuándo un dolor se torna tan fuerte que es capaz de provoca cambios en las formas de percibir al mundo y de autopercebirse? Las personas al experimentar la infertilidad, buscan diferentes soluciones, salidas, poniendo en juego una serie de prácticas, a las cuales dedicamos espacio más adelante. Sin embargo, la infertilidad, al mismo tiempo se manifiesta ante ellos como algún tipo de muerte, por esta razón se revela un duelo, un luto social. ¿Cómo ellos sienten que se les ve? Desde que nacemos, por lo regular, se nos muestra un mundo de vidas, no de muertes, aunque ésta sea cara de la misma moneda. Entonces se explica la generalidad referida a la forma en que muchas de las narraciones ponen énfasis en el dolor, la aflicción, la zozobra, la negación de la infertilidad como un hecho, el sentirse juzgados por los otros, sin desconocer que pueden existir “los sufrimientos particulares del duelo” (Rosaldo, 1993).

Para algunos es un duelo silente, interior, porque no se expresa en palabras, porque hay una confusión por no saber cómo atender a los sentimientos, pensamientos y emociones generados: nos enseñaron a crecer y reproducirnos, no a lo contrario. Un duelo silente que sí se expresa en comportamientos. Para otros es un duelo compartido, lo viven como situación de pareja, en la familia o con las personas más cercanas. Pero lo que sí es común entre los entrevistados es la presencia de un duelo bajo la clasificación de cronicidad. Persistente en el tiempo, que tiene la capacidad de modificar la vida y las percepciones que se tienen de la misma. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcional a la dimensión y significado del fenómeno de la infertilidad. Las personas a veces no logran superarlo, al no haber una resolución al fenómeno. Se piensa a la infertilidad con dolor y aunque se buscan paliativos, éstos no significan un restablecimiento emocional del todo. Según el análisis de las narrativas podemos decir que algunos paliativos se pueden considerar como prácticas de duelo, por ejemplo la práctica de cuidar de los procesos de embarazo y labor de parto entre las mujeres que no han podido tener hijos, a la usanza de los indígenas, según nos cuenta Lola. “Cuando un dolor es demasiado fuerte, nos vemos sometidos a su percepción. Sufrimos.

(...) la carencia crea una vulnerabilidad, que las experiencias afectivas y sociales podrán reparar o agravar” (Cyrulnik, 2001: 13-15).

Para los efectos de nuestros resultados de estudio la infertilidad es igual a enfermedad y al mismo tiempo es igual a duelo. Estos dos conceptos representan trayectorias de sufrimiento, de dolencia, trayectorias del padecer. Se sabe cuando llegan, pero no hay respuesta certera a la pregunta de cuándo se terminan. Sin embargo, el análisis nos lleva a pensar, también, en el por qué de la existencia de este duelo. El contexto sociocultural desde donde estamos hablando reproduce mandatos culturales que se convierten en estrategias de subordinación que no sólo describen las realidades del sujeto infértil, sino que también contribuyen a construirlas. Entonces estamos hablando de un duelo particular, pero que se construye desde lo social, desde esa mirada construida en diálogo con lo normativo y regularizador de los mandatos culturales y que vuelve al ser infértil como un “otro”, diferente, al menos así se perciben ellos. Pero esta percepción también tiene anclajes en los discursos, en tanto formas de decir colonizadoras.

Según nuestro análisis, para las personas infértiles que aceptaron participar en el estudio, la infertilidad, el dolor, la aflicción, la vergüenza, la culpa van juntos de una manera evidente en sí misma. O se les interpreta así, o no es posible llegar a un entendimiento. Estas manifestaciones se expresan en la trayectoria del padecimiento y tienen que ver con los sentimientos experimentados a darse cuenta que no se puede tener una familia, al menos no de la manera aprendida, entendida, tradicional y sobre todo aceptada.

Hay personas que como parte de sus preguntas y respuestas ante el proceso de infertilidad se refugian en una no aceptación de la existencia del fenómeno. O sea, se tiene la sospecha, pero no se acepta como respuesta. La no aceptación de la infertilidad, puede describirse como una etapa del duelo, pero también puede estar dada por el desconocimiento del término, pensándolo justamente como no aceptación de la imposibilidad de tener hijos y buscar siempre una sanación, lo cual también tiene implicaciones culturales muy marcadas sobre todo desde las creencias ancestrales pautadas por pueblos indígenas de México.

Durante el estudio se tuvo la oportunidad de entrevistar a una pareja que establece sus orígenes con el pueblo Huichol. Ellos nos expresaron:

Ella: Mira para mí esto no existe, para mí esta palabra no existe, para mi pueblo esta palabra no existe, y menos sí sé que lo que tiene mi cuerpo es un malestar y esto se puede sanar, yo estoy segura que sí, además como ya le dije confío en mi abuelita, ella es sabia, ella es muy sabia. (Lola).

Esta alusión a la no existencia, la negación de la infertilidad o a significarla como un malestar del cuerpo que tiene sanación, no sólo está presente en el pueblo Huichol. Recuperamos de estudios similares al nuestro que por parte de algunos grupos o comunidades indígenas tienen explicaciones en los fenómenos naturales y otros preceptos para la infertilidad. Los mayas consideran que la infertilidad puede ser causada por el mal viento “originada por faltar a los deberes religiosos en los maizales” (Ruz, 1998: 113). En el caso de los hombres tzeltales, culpan al trabajo y a las condiciones en que desarrollan el mismo. Son zonas mojadas y lluviosas. Mientras que para los chamulas contener el deseo sexual puede ser causa de infertilidad, pues al acumularse el semen, éste se convierte en gusanos dando pauta a la falta de fecundidad (Chávez, 2008).

En las narraciones de esta pareja y de otras personas fue posible analizar los fundamentos sobre lo fértil³⁰. La maternidad y la paternidad están entendidas como fundamentos de vida más allá de los orígenes y las prácticas de cada sujeto. Tal vez esta sea la causa del desconocimiento del término infertilidad. La fertilidad, más allá de la maternidad o paternidad, está socialmente determinada en cualquiera de las culturas. Esta afirmación se pudiera sostener a partir de las referencias similares en los entrevistados de los más diversos orígenes y credos.

³⁰ A partir de las narraciones de nuestros entrevistados se visualiza una constante referencia hacia la fertilidad. Pensamos que esta postura forma parte del ideal de proyecto de vida como parte del orden social al que se adscriben. Entonces para la escritura de este apartado y de todo el documento en sí mismo se consideró necesario abordar al término fertilidad como la contraparte de la imposibilidad de la concepción. Para el objetivo de estas reflexiones y las subsecuentes miradas a la construcción social de la infertilidad y los significados de ésta, la autora considera que es imposible entender a una sin el otro. Por ello se consideró necesario el manejo de los términos al unísono.

Mediante las narraciones es posible descubrir a la fertilidad como una pertenencia. Aparecen de manera análoga interpretaciones sobre la fecundidad, sobre la fertilidad. Se vislumbra un sistema de creencias, opiniones, organización de valores, símbolos compartidos desde los diferentes contextos. Se pueden establecer significados coherentes, comparables, equivalentes, que dan sentido a su quehacer en tanto búsqueda constante de solución, a partir de los conocimientos e interpretaciones que los sujetos tienen respecto de un mismo fenómeno. Los conocimientos e interpretaciones para la infertilidad: la forma en que ésta les afecta, la necesidad de la búsqueda de respuestas, la necesidad de entender qué le sucede a sus cuerpos; se dan sobre todo como producto de un intercambio, de una interacción, de un compartir con sus semejantes, como en el caso de Lola con su abuelita.

Dentro de las narrativas de los sujetos encontramos también que la infertilidad es entendida como un estado de emergencia. Ello es consecuencia del padecimiento construido. En este sentido tenemos que un estado de emergencia habla de una situación que tiene la cualidad de imprevista y que además debe ser solucionada; y a decir de los propios sujetos, ha de ser solucionada en el menor tiempo posible.

En este aspecto todo es un batallar, nada te salva, ante el escrutinio social nada te salva. La edad es un factor importante, pero tampoco te salva, es un factor importante porque para los efectos biológicos es importante un cuerpo joven, por biología, el almanaque, todos sabemos que el tiempo pasa y no es por gusto. Muchas personas piensan que algunas cosas de la vida te exoneran de la edad, pero no es así, la edad marca ritmos y para la maternidad y la paternidad son importante estos ritmos. Un cuerpo viejo tiene mucha diferencia con un cuerpo joven. Ni siquiera el paquete “estudios universitarios, empleo estable, marido, mujer, pareja heterosexual, vivienda” te mantienen a salvo de la mirada crítica. Esta sociedad controla tu vida social y por supuesto tu vida sexual es parte primordial en ese control, para que, ni por un instante, se te ocurra pensar que eres libre escogiendo tu maternidad o tu paternidad. (Luis).

Nosotros nos hemos enfrentado a palabras muy duras: factor etario, mioma, semen vago, estradiol, algunas de difícil entendimiento desde lo que significan médicamente, pero de muy fácil entendimiento desde lo que significan social y personalmente. De estas palabras se desprende otra palabra: duelo. Esta última es dura, encierra todo lo anterior, y lo tomas como tu único camino a seguir por el resto de tu vida. La urgencia por crear una vida estando en parejas, es urgencia de todos así lo manda la vida misma. Eres culpable de algo malo si no lo haces. El embarazo entraña un poder enorme, licenciada, es un poder enorme, tener la capacidad de preñar a una mujer y de que una mujer pueda dar a luz, eso es muy grande, eso da un poder inimaginable. (Miriam).

Tal y como lo define Luis, el estado de emergencia es devengado del escrutinio social. Entonces ya se va vislumbrando cómo se construye el sentido para un proceso de infertilidad. Se construye en gran medida con la participación de los *otros*. “Nada hace más feliz al ser humano que la aceptación del otro”, expone Lupe. No hay existencia humana si no hay resonancia en el otro. “Me veo en el otro. No te vale el mundo y en la medida que tu círculo es más cercano más te duele lo que te dicen” (Marcos).

Durante la revisión bibliográfica, necesaria para el fundamentación del análisis de los resultados, también fueron localizadas personas que desde sus vivencias personales han decidido exponer, en tanto denuncia pública, las presiones sociales que recibe el sujeto infértil. Los marcos de estas denuncias han sido, en algunos casos, las redes sociales y en otros casos han proliferado las creaciones artísticas: en la plástica, en el teatro y sobre todo en la literatura. De esta última rescatamos una entrevista realizada a Silvia Nanclares respecto de su primera novela titulada: “*Quién quiere ser madre*”.

Silvia Nanclares logra “combinar la intimidad del diario, el lúcido análisis de un ensayo crítico, la información útil de un manual y la agilidad adictiva de una obra de ficción bien construida sobre dos experiencias de la autora: la muerte de su padre y la búsqueda del

embarazo a los 40 años”³¹. La obra es una invitación a hablar sobre maternidad tardía, a partir del intento de ser madre “a toda costa” y cómo este intento “a toda costa” tiene su trasfondo mayor en lo sociocultural. Silvia expone a la infertilidad como una “patología social”. Una vez más se muestra a la infertilidad como un suceso de trascendencia en lo social.

Yo hablo con muchísima precaución de esto. Nosotros hemos decidido hacer un solo intento de fecundación in vitro. Esto te lo digo ahora. Igual me envicio y acabo endeudada y hormonada hasta las cejas. Es verdad que hay un componente adictivo. Conozco a gente que ha hecho hasta siete intentos. Me parece una locura pero no te digo que yo no vaya a llegar a eso. Creo que hay que reconocer ese peligro y romper un poco el “a toda costa”: ¿Qué pasa si no pasa? Pues que tendré que hacer un duelo y un duelo además con un peso económico sobre mi cabeza. De dónde obtengo el dinero para tanto tratamiento y además del dinero mi cuerpo totalmente transformado. Y tal vez termine siendo madre, pero a qué precio, y digo precio en todos los sentidos. Lo mismo que igual no tengo el trabajo de mis sueños, que mi padre ha muerto, que he perdido amistades. Podemos adelantarnos a los procesos; nos metemos con mucha inocencia en ellos³².

Abocándonos en un análisis desde lo contextual donde se desarrolló el estudio y partiendo de un Aguascalientes con una pluralidad de creencias y prácticas religiosas, sin embargo, con un importante porcentaje anclado en el catolicismo (Padilla, 2013) nos preguntábamos cómo influye éste en la construcción de significados hacia la infertilidad. Encontramos sustento sobre dos bases teóricas, una en los postulados de la cultura mencionados por Geertz (2003: 133) y la otra en los postulados desde los construccionistas al hablar de una actividad humana institucionalizada (Berger y Luckmann, 2001: 84).

³¹ *La infertilidad es una patología social que ha construido el Estado*. Recuperado de: <http://www.pikaramagazine.com/2017/03/entrevista-silvia-nanclares/>. Consultado el: 21 de febrero de 2018.

³² El texto de extracción se corresponde con el mismo señalado en la nota a pie de página con numeración 30.

Quizás en la religión católica, el hecho de pregonar, anunciar y establecer el nacimiento de Cristo, tuvo la intención de otorgarle trascendencia al nacimiento de un hijo vivo. El catolicismo elevó este estado a un valor divino, al considerarlo como uno de los grados más sublimes del paso del hombre por la tierra. De esta misma forma se considera al nacimiento de un hijo como parte importante de la realización matrimonial.

Dados estos antecedentes, en donde se muestra la importancia que la religión Católica otorga al hecho de que una mujer y un hombre tengan descendencia propia, no es de extrañar que en la cultura tradicional mexicana, como indudablemente sucede en muchas otras de América Latina, existan creencias arraigadas al respecto. Al concentrarse en el patrón de hallazgos, una de las primeras cosas que llama la atención, es cómo dentro de la familia se condicionan las características, patrones conductuales y culturales tradicionales de los hombres y de las mujeres (Flores, 2011).

Lo indudable es que el aspecto de la fertilidad y el nacimiento, como premisa de nuestra historia sociocultural, ha estado vigente desde todos los tiempos (Díaz, 2003). Aún cuando México ha vivido, a partir de los años treinta del siglo XX una tendencia hacia la homogeneización cultural, en virtud de la construcción de la nación a partir de la independencia, sus características no son uniformes (Amuchástegui, 1998). Ciertos elementos de las antiguas culturas indígenas coexisten con creencias y rituales católicos, y con saberes especializados modernos en una mezcla particular.

Oye bien hija mía, niña mía:
no es un lugar agradable la tierra...
Pero para que no estemos
viviendo en lloros por siempre,
para que no fenezcamos de tristeza los hombres,
él, Nuestro Señor,
se dignó a darnos la risa, el sueño y
nuestro sustento, nuestra fuerza,

nuestro brío.
y esto más: lo terrenal, el sexo,
para que sea la reproducción.
Todo esto embriaga la vida sobre la tierra
para que nadie ande llorando.

Huehuetlatolli

El significado y simbolismo del constructo social de la infertilidad es innegable tanto para la cosmogonía de las culturas indígenas como para las contemporáneas. Cuando se intenta reflexionar sobre la construcción social del término y el impacto de las interpretaciones que se edifican en torno a las mujeres y hombres que “padecen” infertilidad, se podría comenzar por preguntar ¿cómo se ve a la mujer o al hombre al no poder cumplir una de las aspiraciones en las sociedades occidentales? Estas aspiraciones a veces son entendidas y descritas por los sujetos de estudio como una necesidad personal y en otras ocasiones, como una exigencia social; sin lograr dilucidar dónde termina la necesidad y dónde comienza la obligación. A partir de esta pregunta podemos establecer que la falta de descendencia biológica está muy relacionada con los significados que rodean al concepto de maternidad y paternidad. Del encaje social se pueden extraer los significados sobre la maternidad y la paternidad y a su vez los sentimientos de culpa y de angustia que manifiestan muchas mujeres y hombres que presentan infertilidad.

Desde las búsquedas bibliográficas encontramos un anclaje que nos permite entender el significado. Significar es “la posibilidad de que cualquier tipo de información sea traducida a un lenguaje diferente, a diferentes palabras en un nivel diferente” (Lévi-Strauss, 2002: 33). Si ello lo aplicamos a todas las interpretaciones expuestas hasta el momento en este reporte de resultados, podremos decir que disponemos de un conjunto de percepciones diferentes (Chávez, 2008) sin embargo, todas orquestadas bajo el mismo conocimiento e interpretación más general de la vida cotidiana.

Habiendo puesto sobre la mesa todos los puntos anteriores y reconociendo que pueden existir otros que no hayan sido abordados por mis sujetos de estudio, pensamos que es base para decir que la infertilidad, como imposibilidad reproductiva ya tiene un significado que ha sido construido desde los inicios de la humanidad. Significado construido a partir de los diversos mandatos culturales expuestos anteriormente. Este significado opera como parte del conocimiento, en tanto repositorio disponible que tiene el ser humano y al cual se adscribe. O sea, que ese significado ya estaba, ya está, fue construido y ha sido heredado y asumido tal cual por algunas personas, a pesar de los cambios considerables que ha manifestado la humanidad en fechas actuales. La infertilidad se manifiesta como la negación de la institución hegemónica de la maternidad, la paternidad, la familia, el género, los postulados religiosos, las costumbres de los pueblos. Los mandatos culturales son base para discutir el significado de la infertilidad y viceversa.

Por su parte las rutas del padecer van a estar guiadas por aspectos que van en el orden individual, pero también colectivo. En el orden individual podemos mencionar los significados, las emociones, las creencias. En el orden colectivo figuran las dimensiones de familia, las tipologías de tratamientos, entre otros. Las rutas de padecer se viven de diferente forma producto de dimensiones y factores, procesos objetivos y subjetivos y todo ello en constante diálogo.

La infertilidad y el cuerpo: articulación de los conceptos

Recordemos que en los párrafos anteriores dimos una explicación a nuestra propuesta de repensar al interior de la infertilidad como rutas del padecer. Sugerencia elaborada a partir de la trayectoria que describe cada persona; entonces a partir de este momento intentaremos exponer la articulación del cuerpo con la incapacidad reproductiva. El cuerpo como se experimenta o se vivencia en común acuerdo con las rutas del padecer. Retomamos de ahora en adelante los postulados teóricos de Le Breton y Shilling (2002; 2012), acerca del cuerpo como el lugar donde se reconocen las emociones. Lo que podríamos conjugar con un pensamiento más construccionista si decimos que en el cuerpo se refleja el conocimiento

que se tenga de la vida cotidiana. A este pensamiento también le podemos sumar el legado antropológico de Douglas expresado en páginas anteriores cuando hacíamos referencias al modo en que percibimos el cuerpo físico; según Douglas (1988: 89) pautado por lo social.

De acuerdo con Hérítier (1996: 88) la infertilidad es vista como un sencillo asunto en la mayor parte de los sistemas de representaciones de las sociedades humanas. Se percibe, ante todo, como una sanción social, inscrita en los cuerpos. Éstos se aparten de la norma y franquean siempre límites, siempre bien delimitados.

Si bien en el capítulo teórico del presente ejercicio dedicamos algunos párrafos a la fundamentación de por qué tomar en cuenta el tema del cuerpo cuando se habla de no reproducción humana involuntaria; para comenzar en estas líneas, en aras de presentación de resultados, retomaremos desde Csordas (1994) que el cuerpo puede ser eje de discusión que permite profundizar en las nociones y autopercepciones sobre la persona dentro del campo de la cultura y la historia.

Sobre la base de las interrogantes y temas sobre diagnóstico, tratamiento y cuerpo desarrollados en las entrevistas se presentan los resultados y análisis elaborados teniendo en cuenta la vivencia de los sujetos de estudio. Durante el examen y procesamiento de las narraciones nos dimos cuenta que en su mayoría los sujetos experimentan una expropiación del cuerpo. Esta expropiación se percibe por la práctica alopática, generalmente; interpretada como sinónimo de la invasión corporal. Los sujetos manifiestan sentir la invasión en sus cuerpos de varias maneras. Una de las más nombradas fue la intromisión en la vida sexual. Esta categoría denotó gran connotación para la relación de pareja, incluso en los sujetos de estudio que permanecen sin pareja en el momento de acceder a ser parte del estudio. Veamos lo que nos cuenta Roberto:

Mira, otra cosa por lo que molestan los tratamientos médicos (alópatas) es por el hecho de que todo está programado, todo, las citas, las pastillas, las terapias, hasta las relaciones sexuales, eso es demasiado decir. Llegar y decirle a mi esposa hoy

tenemos que acostarnos porque me dieron tal pasilla y tú estás en período fértil. Esas cosas se hacen por amor, no así. Lo bueno es que mi esposa medio me entiende, bueno eso creo yo, pero eso de estar haciendo el amor en determinado días del mes como si fuera agenda sexual, eso no está nada bonito, y mucho menos agradable. Es que incluso hay días donde no hay deseos y a fuerzas lo tienes que hacer y luego hay días donde me piden que done muestras del líquido seminal para estudio y tengo que estar tres o cuatro días sin actividad sexual y teniendo deseos, en abstinencia como dicen ellos. Usted quiere cosa más invasiva que esa. Entonces francamente esto se vuelve un problema más grande, con mi mujer, con mis ganas, con mi cuerpo, con todo. Esto se vuelve un problema en nuestra relación marital. (Roberto).

Desde las expresiones de Roberto, las cuales se acompañan de similares de otros individuos es posible marcar la distinción e importancia del cuerpo. Éste se concibe un como medio de expresión, como vínculo entre el sujeto infértil y los prestadores de servicio de salud. El cuerpo se expropia y pasa a ocupar el lugar fundamental que tiene en la reproducción humana en un escalón más arriba, justamente por ser protagónico en la ruta del padecer. En este sentido Le Breton nos lega que el cuerpo implica “la ruptura del sujeto con los otros (una estructura social de tipo individualista), con el cosmos (las materias primas que componen el cuerpo no encuentran ninguna correspondencia en otra parte), consigo mismo (poseer un cuerpo más que ser un cuerpo). El cuerpo es el lugar de la censura, el recinto objetivo de la soberanía del ego” (Le Breton, 2002: 8).

La relación de los prestadores de servicios de salud con sus pacientes es a través de su cuerpo, en la mayoría de los casos. Al respecto de este procedimiento narrado por Roberto y por otros entrevistados, los médicos alópatas lo denominan calendarización sexual o relación sexual programada. ¿Cuán incómodo puede ser tal procedimiento para la pareja que vive su infertilidad como padecimiento? Entendemos a la calendarización como una forma de control sobre el cuerpo. Es una forma de poder de alguna manera. El individuo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

experimenta un control externo. ¿Podría ser interpretado como parte del control social y también de un control desde el contexto cultural? La respuesta es: sí, es posible esta interpretación. Recordemos que el cuerpo tiene una presencia social. A ésta se le entiende como “la manera consciente y voluntaria de disponer el cuerpo en vista de su interacción social mediante todo aquello que se puede hacer en él, como mediante aquello que hacemos con él” (Martí, 2013).

Parte del argumento a la pregunta anterior lo obtenemos también en la obra de Le Breton. La percepción y control sobre el cuerpo está dada “con la emergencia de un pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, con la regresión de las tradiciones populares y, también, con la historia de la medicina que representa en nuestras sociedades, un saber en alguna medida oficial sobre el cuerpo” (Le Breton, 2002: 8).

En otra lectura es posible decir además que este control ejercido puede traer consecuencias en la pareja, debido a que el acto sexual se vuelve una necesidad y se aleja de la connotación placentera que de igual forma puede tener para la especie humana, como signo distintivo entre el reino animal. Entonces el acto sexual vuelve a cobrar su significado primigenio, ancestral y animal: las relaciones sexuales son para reproducirse, no para el placer. Roberto siente que le reorganizan su vida sexual, y lo compara con una agenda de trabajo, con permisos, con días y hasta con horarios.

Como parte de las consecuencias en la pareja, producto de la expropiación del cuerpo también podemos mencionar que algunos han llegado al divorcio, así como para otros ha significado un mayor acercamiento entre los miembros de la misma. Algunos describen al proceso invasivo como causante de mayor comprensión, acompañamiento y estabilidad matrimonial.

Por ello estoy en esta nueva relación, en un intento y una y otra vez, la diferencia es que ahora sí estoy segura que soy yo la que tiene el padecimiento y mi esposo nuevo me apoya, va conmigo a todas las sesiones, es un gran apoyo emocional lo

que tengo con él, esa es la gran diferencia. Justo ese apoyo hace que yo no pierda las esperanzas, para mí esto de la infertilidad y la constante manipulación sobre mi cuerpo no es un destino, yo sé, yo siento, en mi alma siento que hay un puerto seguro a donde puedo llegar, algo va a ocurrir en mi vida y mis hijos van a llegar. (Rosa).

El cuerpo como centro de explicación es reiteradamente la esencia de las percepciones. Estas percepciones van en diferentes direcciones: la sociedad acepta mejor ser estéticamente diferente, debido a que las cuestiones estéticas particulares están vinculadas a contextos particulares. Sin embargo, el hecho de que un cuerpo no pueda desarrollar un bebé genera un estigma. Éste es en esencia asumido, entendido, incorporado por el individuo en su intercambio con los otros.

Mi cuerpo está inválido y es dolorosa esa invalidez, yo creo que sería mejor estar sin piernas o sin manos a no tener hijos, no sé, cualquiera diría que soy exagerado, pero no lo soy. La gente juzga más duramente cuando no cumplimos con las expectativas sociales que cuando nos falta algún miembro del cuerpo. Que te falte algún miembro es algo meramente estético y además ya la ciencia lo puede reponer, pero que te falte un hijo, es algo más grave, más doloroso, más significativo, más juzgado, estás más incompleto y como ves la ciencia no siempre lo puede reponer. (Marcos).

En la sociedad moderna, no pocos individuos muestran un cuerpo invadido de las más disímiles maneras. Transformamos nuestros cuerpos desde afuera, casi siempre bajo la tutela de parámetros que bien pudiéramos llamar socio-estéticos. ¿Cómo se presenta el cuerpo en sociedad? Los implantes con o sin acceso quirúrgicos, los regímenes alimenticios son otro tipo de injerencias que se tienen sobre el cuerpo humano. La necesidad de llevar al cuerpo a un peso y forma determinados son también invasiones, que tienen implicaciones sociales y culturales. Para Marcos hay una postergación, un abandono, una voluntad de discontinuar con lo que hasta el momento era satisfactorio. Se registra una renuncia hasta

cierto punto necesaria para cumplir con expresiones corporales que exige la sociedad en pleno.

Hasta aquí y siguiendo el objetivo central del presente estudio se muestra cómo los significados asociados a la infertilidad también son posibles obtenerlos a través de las miradas al cuerpo y de cómo éste se presenta en la sociedad. En las sociedades occidentales el cuerpo cumple, entre otras, una función vital, la de individualización, o sea la distinción o separación del otro. En palabras de Le Breton, “el cuerpo es el resultado de las tradiciones populares y marca la frontera entre un individuo y otro, entonces se da el repliegue del sujeto sobre sí mismo” (Le Breton, 2002: 23). Pero en este repliegue, en esta vuelta al sujeto, se cargan sobre el cuerpo la variedad de significados heredados y compartidos en los procesos de interacción social que tienen lugar en la cotidianidad y antes de la individualización del ser humano en hombre o mujer. Entonces no será desafortunado pensar que muchas de las prácticas sobre el cuerpo en un intento de hacer valer la individualización viene de los significados compartidos.

Bueno en fin, que me voy del tema, me sacaban sangre para ver si tenía alguna infección, a mi esposo también, y fíjate era una sensación rara, pues yo sentía que la aguja que me pinchaba era ponzoñosa, pero detrás había una luz, detrás de esa sensación de malestar había una esperanza, era mi esperanza, era mi deseo de persistir, era nuestro deseo, pues a pesar de las molestias, yo intentaba pensar, me sostenía el pensamiento de mi hijo en brazos y que además nos dejaran tranquilos, las personas que son tan ponzoñosas como las agujas, yo creo que hasta más. (Miriam).

Vamos a ver que no sólo en los cuerpos se reproducen dimensiones culturales, sino que desde ellos es posible crearlas de igual manera. En los cuerpos de los hombres y las mujeres que sostienen una incesante búsqueda del embarazo se da una rutinización. A la extracción de sangre, entre otras prácticas y sus resultados los podríamos calificar dentro de la rutinización, en este caso rutinización de los procedimientos alópatas. Sin embargo, es de

destacar que estas prácticas representan un umbral, un comienzo de camino, una esperanza para el individuo infértil. Ello los incita a continuar con los tratamientos, así como a dar los siguientes pasos.

Hace un instante te lo decíamos o lo pensábamos en conjunto. Es innegable y apabullante el control social que hay sobre el cuerpo en general, tanto para las mujeres como para los hombres. Hay un deber-ser que estamos obligados a cumplir y sencillo si no estás dentro de ese deber-ser entonces estás mal y quién desea estar mal ante los ojos más duros, los ojos de la sociedad. Yo no sé en otros lugares del mundo, pero aquí en latinoamérica, aquí en México, aquí en la zona del bajío es muy dado a este rollo, hay que mostrar un matrimonio feliz, que casi nunca existe, yo me alegro por los que lo tienen y están convencidos que lo tienen, pero hay muchos que damos pasos, nos incluimos, en aras de ser aceptados, incluso aquellos que se suponen que tenemos un cierto nivel de liberación que lo otorga el conocimiento, que ni te creas. El conocimiento te hace libre, pero al final sales a una sociedad y tú no quieres ser juzgado, entonces dejemos mejor el conocimiento para de la puerta de la casa hacia dentro. Ésa es mi opinión. (Luis).

El control sobre el cuerpo, también es un control no tangible, pues los individuos lo perciben desde el contexto donde viven. Este control social, en no pocas ocasiones, echa por tierra los derechos sexuales y reproductivos de los individuos. Estos derechos están descritos en la ley mas, las miradas, el posicionamiento y el discurso social, que se dan en las relaciones cotidianas “se erigen así mismas como vigilantes, para hacer cumplir un conjunto de normas y valores” (Castañeda, 2016: 60).

Nuestros cuerpos son un fracaso, no fueron capaces de hacer lo que se esperaba de ellos, tal vez sea que uno tenga expectativas, pero yo creo que son como máquinas en descomposición, máquinas que no fueron capaces de realizar el producto para el que fueron creadas. Te imaginas que un ingeniero que cree una máquina y que luego ésta no produzca las piezas para la cual fue creada, que descontento para el

ingeniero, qué pérdida para la sociedad. Pues algo así se siente el fracaso, y sientes que tu cuerpo no funciona. (Luis).

Sí es fracaso, es una sensación de vacío, de saberte inservible, de despertar un día y pensar que eres un producto perecedero, con fecha de caducidad y que esa méndiga fecha ya llegó o peor aún, naciste caducado, echado a perder, naciste inservible, malo, descompuesto, es muy duro saber que desde que naciste ya no sirves para nada, producto descompuesto. Pues qué mal. Eres un producto en mal estado, no apto para el consumo, tus ingredientes están totalmente fuera de la posibilidad de hacer un bien. Mi sistema de órganos tiene problemas y no se puede resolver. Si eso no es fracaso, no sé qué otra cosa puede ser. (Miriam).

Podría decirse que el peso sociocultural complejiza y da significado al proceso de la infertilidad, convirtiéndolo en un padecimiento. De las respuestas de Luis y Miriam se obtiene que los binomios: mujer-madre, hombre-padre, en el concepto del cuerpo, son nucleares para una identidad de género. Si no se ha podido ser madre la identidad se desconfigura, se percibe como incompleta. Lo mismo sucede si se es hombre y no se ha podido ser padre.

El cuerpo que no puede dar a luz, el cuerpo que no puede engendrar puede ser manifestado como sinónimo de maldad. Si a estos sentires le sumamos los discursos y las prácticas tanto alopáticas, como no alopáticas entonces el cuerpo con incapacidad reproductiva será interpretado como antónimo de fenómeno natural.

Mira, yo desde que comencé a darme cuenta de que el hijo no llegaba, comencé a pensar de que yo, de que mi cuerpo estaba enfermo y hasta hoy lo pienso, lo sigo pensando. Mi cuerpo tiene algo que anda mal, mi cuerpo está enfermo. Mi cuerpo tiene algo que hay que sanar, algo malo que hay que sacar, ya sea de naturaleza o de algo más allá, pero tiene algo mal y por ello no puedo yo tener hijos. Si yo supiera cómo quitar ese mal, fuera feliz, pero no lo sé, sólo sé que tengo un mal,

malestar, enfermedad, pues de no ser así pudiera tener mis hijos cuantos quisiera y cuando los quisiera. Pero ya usted ve. Mi hijo será el complemento perfecto para mi vida y como no lo puedo engendrar pienso que es un mal de mi persona, de mi cuerpo, y los médicos así lo confirman por algo voy a tratamiento, no por gusto pago tan caro todo esto. (Lupe).

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

Estudios desarrollados recientemente describen que al cuerpo infértil se le ha etiquetado de diversas formas (Chávez, 2008: 74). Estas etiquetas o marcas obedecen al poder reformativo simbólico desde lo sociocultural. Con Greil (2002) y Chávez (2008) reflexionamos sobre las implicaciones culturales que conlleva la falta de reproducción, las cuales a través del empleo de recursos metafóricos han nombrado a los cuerpos infértiles como *máquinas defectuosas*, *cuerpo anómalo*. En ese mismo sentido Mary Douglas lo dispone como un sistema clasificatorio, con el objetivo de ordenar “lo que encaja y lo que no encaja” (Douglas, 1988: 135), según las normativas socioculturales del contexto; o también pudiéramos decir lo que encaja y lo que no encaja desde el conocimiento que se tiene de la vida cotidiana.

El significado de la infertilidad en el cuerpo se refleja en las prácticas de las cuales es receptor. Entre ellas los procedimientos médicos, la manipulación del cuerpo con todo tipo de instrumentos y equipos: los espéculos, las agujas, las pinzas, los escalpelos y hasta las propias manos del hombre. Los pacientes experimentan la manipulación del cuerpo desde una persona ajena. El cuerpo se convierte en el receptor de todos los procedimientos para la búsqueda de la fertilidad. El cuerpo pasa a ser el lugar donde se fragua la exploración, en

aras de descubrir dónde está la anomalía, dónde está el desperfecto que se tiene que arreglar.

Durante las narraciones se pudo percibir que no necesariamente la percepción del cuerpo expropiado es por una invasión directa. También pueden darse prácticas sobre el cuerpo empleando objetos pertenecientes a la gama mágico-religiosa. Las piedras, los masajes, las hierbas, los jarabes, las oraciones son manipulaciones que se entienden como invasiones indirectas sin embargo, no dejan de ser percibidas por los sujetos como tales. Desde las conversaciones con el personal prestador del servicios para la curación de la infertilidad se pudo evidenciar cómo para ellos las reacciones de sus pacientes quedan en un segundo plano. Según Chávez (2008: 90) los tratamientos implican cambios en la cotidianidad del sujeto infértil. Los tratamientos simbolizan sacrificios que a veces son minimizados. Los tratamientos se convierten en indicaciones con implicaciones sociales y culturales.

Para ello tanto las mujeres como los hombres deben dejar a un lado el pudor, la vergüenza, el dolor y todos los inconvenientes que se puedan generar. En palabras de Le Breton significaría “atentar contra la piel y la carne del mundo... el cuerpo no es aislable del hombre... es el hombre, es el cosmos” (Le Breton, 2002: 46). El cuerpo pasa a ser un elemento fundamental de los conocimientos científicos y de los conocimientos de todos aquellos que se dedican a sanarlo, estudiarlo, transformarlo. El cuerpo deja de ser propiedad del individuo, para ser propiedad de los especialistas. En palabras de Le Breton (2002: 47) el individuo pierde autonomía sobre sí mismo. Por ello insistimos en la calificación de cuerpo expropiado. Sin embargo, dejarlo hasta aquí pudiera calificarse de inocente e incompleto, pues ciertamente el sujeto recupera la agencia sobre sí mismo, sobre su cuerpo al decidir transitar de una alternativa a otra. Entonces se ponen en tensión ambas posturas. La persona infértil puede tomar acción: desplegando prácticas, manifestándose en alternativas de tratamientos. Al mismo tiempo en estas alternativas se pone en juego al cuerpo, ocupando centralidad en el fenómeno. Al optar por una alternativa u otra el sujeto pasa el umbral de la agencia, llegado a este punto se abandona a las manipulaciones de los

prestadores de salud, pero no olvida, no deja de lado aquello que lo llevó hasta allí. La agencia no se pierde, sigue estando allí.

La estructura temporal de la vida cotidiana... Ni tan joven, ni tan viejo

“El reloj y el calendario, en verdad, me aseguran que soy “un hombre de mi época”.

Berger & Luckmann, 2001: 46

En el mismo texto de *La construcción social de la realidad* se retoma al tiempo como dimensión que juega un papel determinante en la vida del ser humano. Los autores construccionistas abordan al tiempo como una estructura presente en la cotidianidad y que guía la vida del actor como ente social. A esta estructura temporal es posible calificarla como coercitiva. Ello desde las propias descripciones que hacen los actores sociales. Se vive con una imposición. Por momentos no se puede dirigir u organizar a voluntad las secuencias que van marcando. “Lo primero es lo primero y constituye un elemento esencial de mi conocimiento en la vida cotidiana” (Berger & Luckmann, 2001: 45).

Si miramos al organismo humano entenderemos que también la vida está pautada por un reloj biológico. Las edades que manifiesta el cuerpo. Las etapas del desarrollo biológico *per se*. La vida del cuerpo humano, así como la de todos los seres vivos, está determinada por un avance cronológico. Los cuerpos pasan por diferentes etapas y en cada una de ellas se deslindan diferentes funciones del organismo. Para el caso de la especie animal y en específico para el ser humano las ciencias médicas dictan una etapa “ideal” para los procesos vinculados a la reproducción. Para dar lugar al proceso de la descendencia es necesario que el organismo haya alcanzado una determinada madurez. Expresada en cifras, las ciencias médicas dictan que la edad adecuada para la descendencia es entre los 20 y los 30, siendo específicamente los 24 años el momento cúspide para la fecundación y gestación.

Si hablamos de madurez, para el caso de la reproducción humana como fenómeno socioculturalmente determinado que éste es, pensamos que sería acertado problematizarla no sólo en lo biológico, sino también en lo social. Para las ciencias sociales la madurez está pautada por una etapa de la evolución personal en la cual se presuponen las condiciones materiales, culturales y afectivas necesarias y mediante las cuales los individuos pueden extraer de su experiencia de vida las mejores enseñanzas de su propia práctica y los significados que prevalezca en su entorno cultural. ¿Entonces en qué circunstancias se debe tener un hijo? ¿Cuáles son las condiciones idóneas para comenzar una familia?

Ambos, la estructura temporal de la vida cotidiana y el reloj biológico, actúan de manera restrictiva en el sujeto, el cual es social y biológico al mismo tiempo. Ello, según Berger y Luckmann (2001: 45) obliga al individuo a una facticidad, a lo que existe de hecho y no se puede obviar. Por lo tanto, ello se traduce en que los sujetos, como actores sociales, disponemos de tiempos limitados para cada actividad personal a desarrollar. O sea, los tiempos están delimitados por el cuerpo y su capacidad biológica, pero también por la propia vida cotidiana y por ende, coincidimos con los autores que toda la existencia estará ordenada continuamente por estos tiempos. Ambos tiempos son continuos y limitados. De ahí la decisión de sumarnos a la concepción de la estructura temporal de la vida cotidiana. La armonía entre la biografía del sujeto con lo socioculturalmente esperado se construye, entre otros factores por la edad.

Según las narraciones recopiladas para este estudio, algunos de los sujetos ya se encuentran en esta etapa llamada “ideal”, para la fecundación, concepción y nacimiento de un hijo vivo. Mientras que otros ya se van acercando a las postrimerías de la misma y otros ya dejaron atrás completamente esos años. Así también lo confirman los protocolos de actuación de las clínicas privadas para la atención a la infertilidad. Según la revisión documental realizada, tanto para las mujeres como para los hombres hay límites de tiempo muy bien delimitados. Y sucede que para el caso del sexo femenino estos rangos etáreos se describen mucho más cortos en comparación con los dispuestos para los hombres. “Sé que

me estoy poniendo viejo. Tal vez sea esta la última oportunidad en la que pueda intervenir. Mi espera se volverá ansiosa según el grado en que la finitud del tiempo gravite sobre el proyecto” (Berger & Luckmann, 2001: 45).

Hay una situación sospechada, confirmada y vivida. Dicha situación es irregular con respecto al conocimiento que fue adquirido y al que se adscriben los sujetos. En este caso sería: tengo que ser madre o padre y el tiempo se me está agotando, se me está pasando.

De igual manera es oportuno señalar que esta estructura temporal de la vida cotidiana también es construida, para este caso hablamos de la historicidad del sujeto social. ¿Dónde nací? ¿Dónde crecí? ¿Dónde nacieron y crecieron mis amigos, mi pareja? O sea, debemos reconocer la preponderancia del contexto sociohistórico donde se desarrolla el ser humano. Desde este contexto también se construye la estructura temporal de la vida cotidiana. La ubicación del ser humano como unidad biológica conforma decididamente su situación en el mundo. La especial atención que se desea hacer hacia el sujeto social, como la unidad biológica además, es que está sexuado. Para ambos aspectos la estructura temporal de la vida cotidiana y la estructura biológica, dictan diferentes tiempos, diferentes agendas, según se haya nacido hombre o mujer.

Para cada actor social se han creado rangos ideales para la maternidad y la paternidad. Para el caso de las mujeres mientras más joven mejor. En la primera entrevista realizada a Rosa, ella declaraba que no tenía el dinero suficiente para ingresar a los TRA que ofrecen las clínicas privadas. Luego de transcurridos algunos meses encontramos un cambio en sus opiniones al respecto. Para este momento ya no era tan importante la disposición de capital suficiente para destinarlos a los tratamientos; sino que la variable tiempo comenzaba a ser una preocupante para ella. La edad de su cuerpo podía ser un elemento que pasara facturas en rojo a sus deseos de tener hijos.

Luego de un tiempo Rosa declara que está pensando en asistir a una clínica privada. Los costos de la clínica se le hacen muy altos, pero ella está buscando cómo pagarlos. Al respecto de esta nueva etapa de su vida nos comentó:

Si hay dinero para un perfume, debe haber dinero para buscar un hijo, eso es invertir. Me hizo cambiar de idea, mi deseo de tener hijos, mi obligación de tener hijos, recuerda que ya una vez me divorcié, no quisiera volver a pasar por lo mismo. Todos dicen: una vez que te casaste no importa que te divorcies y pases la vida sola, ya te casaste ya cumpliste, está bien, pero no he tenido hijos y mira mi edad ya es tiempo de irlo pensando muy seriamente. (Rosa).

De los análisis de las entrevistas se obtuvo que la edad ideal sugerida por los amigos y la familia es entre los 20 y 30 años. De las conversaciones con el gremio médico se escuchó que desplazan estos valores, sin embargo, no es un desplazamiento significativo. Estos últimos exponen que entre los 23 y los 33 años. Para el caso masculino cambia mucho ese ideal. “Los hombres pueden cuando quieran, pues ellos no dan a luz” (Médico 2. Especialidad Ginecoobstetricia. Clínica privada). Lo que sí es cierto es que tanto para las mujeres como para los hombres el cuerpo envejece por igual. La calidad del líquido espermático va disminuyendo. Lo mismo sucede con la producción de óvulos, la cual cada vez es menor, a lo que habría que añadir que la cavidad uterina pierde su condición óptima para el alojamiento del huevo fecundado. “Cuento sólo con una determinada cantidad de tiempo disponible para realizar mis proyectos, y este conocimiento afecta mi actitud hacia esos proyectos” (Berger & Luckmann, 2001: 45). A esta cita extraída de los autores Berger y Luckmann, es posible anclar el pensamiento de Rosa y de Roberto, al exponer sus justificaciones para aplicar a los servicios que brindan las clínicas privadas. Ello muy a pesar de los altos costos e incluso de sus creencias acerca de los Tratamientos de Reproducción Asistida.

Tuve un amigo en la misma situación, sólo que yo pienso que él es más joven y por eso lo logró, la edad es un factor importante. Digo esto porque cuando

comparo veo que sus tratamientos fueron más sencillos (...) y ya tienen su criatura en brazos (...) además ella (Roberto hace alusión a su esposa) tiene razón en algo. A nuestra edad es bien difícil sobre todo por eso, por la edad. La méndiga edad ya no nos acompaña. Ya casi que es impensable pero yo seguiré insistiendo e insistiendo incluso en convencerla a ella. Prefiero morir en el intento, aunque me duela, aunque me gaste todo mi dinero, no me importa, quiero ser padre y eso es razón suficiente para aguantar lo que sea. (Roberto).

La edad puede ser pensada como una dimensión en la cual influyen los factores socioculturales heredados. ¿Cuándo se es joven o cuándo se es viejo? La respuesta a esta pregunta valdría la pena expresarla en términos de: depende para qué utilicemos nuestros cuerpos, la edad puede marcar pautas importantes. Entonces el factor etéreo tiene una interpretación determinante y juega un rol importante cuando se habla de asuntos relacionados a la imposibilidad reproductiva. Si por una parte eres muy joven y gozas de muchas prerrogativas en cuanto a los porcentajes elevados para la efectividad de las alternativas de tratamientos, por otro lado cuando eres muy adulto “y maduro” entonces ya estas prerrogativas van disminuyendo o dejando de existir.

En este sentido la edad de las mujeres es importante. En el contexto sociocultural donde se desarrolla el estudio está muy difundida la idea, la creencia respecto de que las mujeres sean madres a edades tempranas. Una vez pasados los 20 años y entrados en los 30 años, ya se comienza a sentir la necesidad de buscar ayuda, para solucionar o sanar los males del cuerpo. Las mujeres comienzan a percibirse a sí mismas como “mujeres incompletas”. Esta creencia también se reporta en las culturas ancestrales. Para la comunidad indígena la edad de la mujer es significativa sobre todo cuando se trata de la posibilidad de reproducción humana. Un cuerpo joven significa fertilidad, siendo el sentido contrario un cuerpo de mujer que tenga más de 30 años. Ello es congruente con los principios de obstetricia documentados tanto en la literatura científica como en los protocolos de actuación de las clínicas y los hospitales. Entonces es posible esgrimir que la edad del cuerpo, establecida

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

desde lo biológico en común acuerdo con los mandatos culturales, opera como carácter ordenador de la realidad de la vida cotidiana, al menos desde el contexto desde donde estamos hablando. Se tiene conocimiento de que en otras latitudes la vida en pareja, el matrimonio y el embarazo, se postergan hasta después de los 30 años y ello no tiene implicaciones sociales. Sin embargo, la postura desde lo alópata, sigue marcando edades idóneas para la reproducción.

Fue importante para el estudio buscar y tener en cuenta las opiniones de los prestadores de servicios de salud sobre la dimensión del tiempo. Es notable la congruencia entre las narraciones de los sujetos y las narraciones de los prestadores de servicios de salud. La dimensión tiempo tiene igual significado para ambos; en esa misma medida podemos corroborar que la dimensión tiempo se construye desde lo social y también desde lo biológico como decíamos antes. Si bien la maternidad y la paternidad tienen tiempos establecidos, la solución de la infertilidad como fenómeno del padecer también tiene rangos temporales muy bien delimitados sobre todo desde los procedimientos anclados al MMH.

Pues te diré que yo tengo título de Doctora en Medicina Interna desde hace más de 15 años, la edad que tiene mi hijo, pero en su momento yo también quise un hijo y no lo conseguía, y tenía miedo, pues por ser médico sé que el cuerpo, sobre todo de la mujer tiene un tiempo muy corto, muy limitado. Para los hombres no, para ellos es diferente, aunque también tienen un límite de tiempo, pero es más largo, aunque es cierto que la calidad del líquido seminal comienza a descender. Sin embargo, en lo que sí estarás de acuerdo conmigo es que no sólo es el tiempo que marca tu biología animal, como ser vivo, sino también las preguntas y la presión social la que marca tiempos. Tienes un determinado tiempo para ser madre como era mi caso y yo sentía que ese tiempo se me estaba acabando, pues además los TRA también están pautados por tiempos, edad. Los protocolos de actuación ante un proceso de infertilidad están clasificados por edad. Y a mayor edad, mayor complejidad, más costosos y menor posibilidad de éxito. Según la edad de cada

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

persona serán las atenciones o los tratamientos con los que se derivan. Se tiene en cuenta la complejidad de cada paciente en cuanto al tipo de infertilidad que tenemos, pero esta complejidad se acompaña de ver la edad de cada quien y al mismo tiempo la edad si eres hombre o si eres mujer. Es muy diferente. (Médico 1. Especialidad: Medicina Interna. Clínica privada).

Ellos vienen porque otras personas les dijeron que vinieran conmigo, que yo los puedo sanar con mis manos, ellos vienen conmigo porque saben que aquí pueden encontrar la solución a su problema, y llegan y me dicen que están apurados que se les acaba el tiempo, que están muy viejas, así me dicen sobre todo las mujeres, que están muy viejas que necesitan ayuda y que los médicos no han podido hacer nada, que sólo un milagro las salva. (Curandera tradicional 1).

Las narraciones anteriores fueron brindadas por prestadores del servicios de salud. Una de las opiniones fue obtenida de un médico especialista en Medicina Interna y la otra opinión se corresponde con la curandera tradicional a donde acude Rosa, con la intención de buscar solución a su infertilidad. Para los efectos de esta investigación puede ser interesante poner en diálogo a las diferentes fuentes entre sí y a los teóricos de postulados que creemos necesarios. De la comparación y discusión entre ellos podemos dar cuenta de las congruencias y las consistencias con lo planteado por los construccionistas. Los autores exponen que la estructura temporal de la vida cotidiana impone secuencias sobre la biografía de cada sujeto. Además que estas secuencias ya han sido preestablecidas. Recordemos que los sujetos heredamos una realidad, “la realidad”, que ya fue ordenada por otros, antes de nosotros. Esta realidad es la que orienta nuestras acciones en lo que Schütz nombra el *mundo de la vida* (1993).

Pensamos que vale la pena rescatar algunos postulados desde los autores que se describen como normalidad a partir de lo que está institucionalizado. Para estos momentos seguimos debatiéndonos entre el posible equilibrio o la preponderancia “de las formaciones socioculturales del hombre sobre una naturaleza humana establecida

biológicamente" (Berger & Luckmann, 2001: 70). Pensamos que para la sexualidad y reproductividad del hombre hay fundamentaciones pautadas desde lo biológico, pero también desde la dimensión cultural. En un intento por responder a esta disyuntiva pudiéramos anclar a los saberes médicos dentro de los sistemas culturales. Entonces sería posible decir en palabras de los construccionistas que "toda cultura tiene una configuración sexual distintiva, con sus propias pautas especializadas de comportamiento y sus propios supuestos "antropológicos" en el campo sexual" (Berger y Luckmann, 2001: 70). Lo que sí nos atrevemos ha declarar como certeza es que la "sanación" de la infertilidad está configurada, estructurada de manera rígida desde la edad que marca el cuerpo, que a su vez es sexuado.

Poniendo en diálogo a Chávez con Turner podemos decir que "la desviación de las apariencias del cuerpo (implican), sonrojos, rubores, secreciones no deseadas, que están sujetas a la vigilancia cultural, y aquellas "desviaciones" del cuerpo interior (la afectación y la enfermedad) que son igual objetos de evaluación moral" (Turner, 1989: 68). "Esta forma de control es parte del orden social" (Chávez, 2008) que se da en la vida cotidiana. Lo hasta aquí expuesto encuentra sustento teórico en el texto *El cuerpo y la sociedad* de Bryan Turner. La existencia en la sociedad occidental es una oposición en los deseos y la razón, la cual se articula con un conjunto más amplio de dicotomías, en especial, la de privado/público (Turner, 1989: 68).

Antes de cerrar este apartado deseamos exponer algunos puntos que fueron claves para el análisis. La imposibilidad reproductiva es un fenómeno que parte de lo biológico. La infertilidad es un fenómeno que parte de lo antrópico en su dimensión física. El cuerpo físico manifiesta una imposibilidad, interpretada como anomalía a nivel de los órganos sexuales que son los encargados de la reproducción humana. Ya desde la clasificación de anomalía, que imprimen las ciencias médicas, es posible ver cómo un aspecto biológico interpela a la vida social y cultural de un individuo. ¿Por qué las ciencias médicas clasifican a la imposibilidad reproductiva como un mal funcionamiento del organismo humano?

Recordemos la descripción del ciclo biológico de los seres vivos: nacer, crecer, reproducirse y morir. Así lo decretan las ciencias biológicas, la naturaleza en sí. Entonces ¿cómo un aspecto biológico se convierte en un referente social y cultural?

Para responder a la pregunta anterior podemos comenzar desde la visión que se tiene o no se tiene sobre el cuerpo físico, la cual a su vez permite explicar al cuerpo social. Toril Moi (2005: 76), expresa que: “la mujer es alguien con cuerpo de mujer, de principio a fin, desde su nacimiento hasta su muerte, pero ese cuerpo es su situación, no su destino”. De esta misma forma lo manifiestan estudiosos sobre la paternidad, acerca del cuerpo del varón (González, 2010: 85). Sucede que en las sociedades, aun con los cambios actuales sobre las concepciones de familia, matrimonio, parentesco, entre otras, la reproducción biológica sigue teniendo un significado nuclear. Cuyo significado se refleja en la maternidad y la paternidad, constituyéndose como un “deber-ser”.

Entonces la reproducción no sólo tiene un anclaje en el cuerpo físico, sino que también tiene un anclaje en el cuerpo social, a partir de la impronta en lo que pudiéramos llamar la parentescornormatividad, sexonormatividad, la normatividad de las premisas religiosas, entre otras. Entonces hay una construcción sociocultural de la fertilidad. El poder concebir o poder engendrar está considerado una “dicha”, una “virtud”, en tanto lo deseado, lo permitido, lo obligado; lo cual expone a la infertilidad como un padecimiento desde el cuerpo físico y desde el cuerpo social también. Hay una anomalía que se traduce en dolor que no se cura o cuya sanación no se vislumbra tan fácil. No hay soluciones concretas, certeras, inmediatas. Entonces se traduce en un padecimiento, al transformar algunos aspectos de la vida cotidiana de la persona.

La parentalidad no consanguínea, una construcción social. ¿Posible solución ante un proceso de infertilidad?

Y eso está mal, está muy mal, yo vengo de una familia numerosa y qué cree usted que siento yo cada vez que hay una fiesta familiar, sobre todo cuando son los

cumpleaños de los sobrinos, o de mi ahijado, sí porque también tengo ahijados y qué bueno que tengo ahijados. (Roberto).

Desde lo jurídico se define al parentesco como los vínculos entre los miembros de una familia. Esta relación se organiza desde varias líneas, se mide en grados, y tiene como característica la de ser general, permanente y abstracta. El parentesco es el vínculo jurídico entre dos personas en razón de la consanguinidad, del matrimonio o de la adopción. Al ser reconocida esta relación se generan derechos y obligaciones entre los integrantes de la familia o parientes.³³ El objetivo de este apartado está fundamentado en las relaciones de parentesco no consanguíneas que han contraído algunos de nuestros entrevistados. En varios sujetos de investigación existe la actitud hacia el tener ahijados o la necesidad de criar y ver crecer a los hijos de sus parejas, concebidos en otros matrimonios. Entonces nos basamos en la premisa de que el ser compadre, comadre, madrastra o padrastro se interpreta como una forma de mitigar la ausencia del parentesco consanguíneo. La mitigación la vemos justamente a partir de “derechos y obligaciones” que las personas infértiles van asumiendo.

Roberto y Luis ven en sus hijastros y ahijados una forma de compromiso social y espiritual. Ellos la perciben como la oportunidad que les da la vida para asumir una paternidad de algún tipo. Tomamos y analizamos esta idea del parentesco no consanguíneo como la posibilidad de un puente entre lo biológico y lo sociocultural.

-¿Y alguna vez pensaron en adoptar?- Él: Sí, claro, adoptamos a un chorro de ahijados y contribuimos con su educación y su bienestar desde la posibilidad que nos brindan nuestros compadres ¿cómo ves? (...) Si me preguntas cuál ha sido nuestra válvula de escape, pues como ves no tenemos mascotas, fue tener muchos ahijados. En ocasiones la casa se llena de ellos, algunos ya están grandes y hemos acompañado a los padres en sus procesos educativos. Algunos ya terminaron la

³³ Tomado de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3270/11.pdf>

tesis tesis tesis tesis tesis

universidad y es tan lindo verlos crecer. Los hemos acompañado en procesos de sus primeros noviazgos, sus primeras salidas, para algunos de ellos nosotros somos sus confidentes. Ese fue el paliativo que encontramos, tenemos muchos ahijados tanto varones como mujeres, y como el dinero no es problema en nuestra familia, hemos sido proveedores en varios procesos de vida, creo eso ha sido muy bueno para nosotros, como una forma de olvidar y al mismo tiempo de pensar que podemos hacer algo y los más pequeños hasta tienen cuarto para jugar, aquí en nuestra casa. (Se sonríe y mira a su esposa y ella también le sonríe). (Luis).

Con la infertilidad se pierde el constructo heredado sobre la familia. Sin embargo, no es una pérdida total. Aparecen en el panorama los parientes como símbolo de familia. Los parientes conforman “la continuidad de la producción y reproducción de relaciones sociales de naturaleza íntima” (Salles, 1998: 92). Tomamos de Chávez (2008) y Castañeda (2016) que la resolución social y la exigencia sociocultural por la conformación de la familia, han proporcionado alternativas. Entre éstas a la que más hacen alusión nuestros sujetos de estudio es a la adopción de hijastros y ahijados. El parentesco está considerado como un hecho en la sociedad, fundamentado en actos culturales milenarios, como lo puede ser velar por la crianza o ser el tutor, mentor de personas con las que no se tienen lazos de sangre.

La reproducción del parentesco no consanguíneo aparece como una posibilidad de resignificar el proceso de infertilidad. Para nuestros entrevistados este tipo de parentesco representa la oportunidad de hacerse responsables de la instrucción, la preparación y la enseñanza de otro ser humano. No han sido padres o madres sin embargo, pueden ejercerla. En ellos hay una diferencia representativa entre el ser y estar: ser padres y estar presentes en la vida de otros. Nuestros resultados y análisis son congruentes con otros estudios sobre imposibilidad reproductiva donde también los sujetos exponen a esta categoría como la posibilidad de afrontar una situación (Chavez, 2008). Los sujetos reciben la denominación de tutores, guías, padrinos, madrinas, tíos o tías, por mencionar sólo algunos.

Cada sujeto de investigación, guiado por su cosmovisión, redefine su condición paterna o materna, a través del parentesco no consanguíneo. Ciertamente no hay un legado de apellidos, a través de una consanguinidad, “pero podemos criarlos y atenderlos como si fueran nuestros hijos, son los hijos que Dios nos dio”. Así nos comentó Cristina.

Como ya te conté también podemos hacer otras cosas para no sentirnos solas, podemos cuidar de otros o ayudar en el cuidado de otros. (Lola).

Por ejemplo, en los pueblos indígenas las personas, mayoritariamente las mujeres, que no pueden tener hijos ayudan a otras mujeres con todo lo relacionado al embarazo y con las labores de parto. Con las palabras de Lola pensamos en cómo al interior de las culturas indígenas están diseñados los mecanismos para entender a la infertilidad también como un destino, pero no como un final. No ha de ser entendido en tanto triste o decadente, sino una finalidad en tonos de utilidad, en tonos de servicio a los semejantes, de ayuda hacia aquellos que sí pudieron tener hijos. En otras personas, con otros orígenes étnicos o de otros credos, bautizan a los descendientes, ya sean de amigos o de familiares. Los bautizados tienen la cualidad de ser ahijados. En general estos comportamientos se pudieran entender como una forma de cubrir la no presencia de hijos, e incluso la necesidad de tenerlos haciéndole frente a la imposibilidad. Salles (1998: 93) nos lega: “las relaciones referidas a la maternidad y a la paternidad, son culturalmente construidas a pesar de que encierren actos naturales como la concepción y parto.”

El parentesco consanguíneo demarca también una reproducción biosocial, a partir de la posibilidad de perpetuidad a través de los apellidos. El primer hijo o alguno en la descendencia debe ser hombre para garantizarla. Por otra parte, en relación al hecho social que significa el parentesco consanguíneo, vamos a ver cómo los episodios por infertilidad subvierten la posibilidad de hacer trascender los apellidos, poniendo en riesgo la sucesión de éstos. Al respecto veremos lo que nos aportan Carlos y Cristina.

(...) y el primer hijo debería ser hombre, ya si no logra el primero alguno debe ser hombre, pues está la descendencia, el apellido, tu mano derecha en casa. (Carlos).

Desgraciadamente una familia conlleva tener hijos y mientras más, mejor, y si son hembras y varones mejor y si el primero es varón, el primogénito mucho mejor, él será el del apellido, a esa herencia cultural cómo renunciar. No hay modos, te la imponen desde pequeña, así enseña la escuela, así la iglesia, así la familia, a todos, así en todos los lugares a donde vas. No es opción no ser padres. (Cristina).

Tal vez nos salimos un poco de la temática hasta aquí expuesta, sin embargo, se desea llamar la atención acerca de cómo es posible también leer en los relatos de los sujetos al refranero y dicho popular y difundidos en el contexto de estudio. Estas formas (refranes y dichos populares) constituyen también repositorios de conocimiento disponibles en la sociedad. Ellos también marcan y legitiman los caminos a seguir por parte de los sujetos sociales. En los refranes y dichos populares se define lo que debe o no hacerse en el paso por la vida. Éstos son afirmaciones, que por lo general expresan las creencias y las ideas de una comunidad, así como también expresan lo que puede ser sancionable. Tal podría ser la aspiración de tener hijos, que los primeros fueran varones y no poderlos lograr.

“De los bienes temporales, lo hijos son los mayores.”

“Para vivir con alegría, hijos sanos y hacienda en medianía.”

“Dios te da ovejas, e hijos para ellas.”

“Quien hijo cría, oro cría.”

En general abunda la importancia que insiste en la presencia de un hijo varón, incluso sobre una hija mujer. Las razones son muchas, entre ellas la disponibilidad de fuerza de trabajo en conjunto con el padre, pero también la cuestión patrilínea, o sea, la trascendencia a través de los apellidos. Hacer perdurar un linaje.

Recordemos que en la cultura occidental, desde la que hablamos, el proceso biológico rige, y así también está expresado en la religiosidad, dando origen y soporte a cierto tipo de

relaciones sociales, ideas y conceptos: tener sexo, para transmitir genes y dar a luz, esa es la base de las relaciones de parentesco. Los sujetos que participaron en nuestro estudio contribuyen al constructo propuesto por Chávez (2008): *la dualidad parental impuesta*. Este dimorfismo se da a partir de lo socialmente determinado para cada persona cuando llega al mundo. Ya hemos dicho que según se presente el cuerpo en sociedad, la misma dictamina y espera ciertos comportamientos. “Pues en ese caso el contenido de la maternidad y la paternidad, gira en torno al *embarazo/descendencia* y *responsabilidad/proveedor*” (Chávez, 2008). A ello pudiéramos sumar como conclusión, que el parentesco no consanguíneo, frente a un proceso de infertilidad significa la posibilidad de continuidad, no biológica mas, sí social.

El género en el ser infértil, hombre o mujer

“La realidad de la vida cotidiana no requiere verificaciones adicionales... sé que es real. Aún cuando pueda abrigar dudas... estoy obligado abandonar esas dudas, puesto que existo rutinariamente en la vida cotidiana”.

Berger & Luckmann, 2001: 41.

Se está sexuado desde que se nace. El ser hombre o ser mujer tiene sus implicaciones, las cuales están bajo lo tradicionalmente esperado. En la sociedad occidental en la que vivimos marca pautas muy específicas que legitiman el sexo de cada persona. Dentro de estas discusiones ocupa un papel fundamental la paternidad como parte del ideal masculino y la maternidad como parte del ideal femenino. En común acuerdo con Joan Scott, reconocemos al género, como categoría organizadora de lo social (Scott, 2008). Scott vincula al género a partir de una elaboración cultural de la diferencia sexual con la vida social y política; ubica sobre los cuerpos el destino reproductor más allá de lo biológico. Desde esta idea de Scott es posible reconocer también al género como un posible orientador de las rutas del padecer

transitadas por los individuos ante un fenómeno de imposibilidad reproductiva. De esta misma forma y a partir de los relatos de los sujetos de estudio reconocemos al género como categoría que también contribuye a la construcción del padecimiento sobre la infertilidad. El género configura los significados de la maternidad y la paternidad; por ende los significados de la infertilidad. El género configura las identidades y determina la experiencia subjetiva de los hombres y las mujeres.

Al hombre históricamente se le han impuesto los roles de dominación, mientras que a las mujeres los de subordinación. La diferencia socialmente establecida entre los géneros tiene como justificación natural: “la diferencia biológica entre los sexos, es decir, entre los cuerpos masculino y femenino, y muy especialmente, la diferencia anatómica entre los órganos sexuales” (Bourdieu, 2000: 24). Sin embargo, a pesar de las versiones de masculinidad y feminidad, la sociedad sigue exponiendo a la infertilidad como una condición vergonzosa para ambos sexos indistintamente. Desde esta perspectiva y a punto de partida de las constantes referencias de nuestros sujetos de estudio se decidió la escritura de este apartado dedicado al género como categoría de análisis para el fenómeno de la infertilidad.

Según Hérítier (1996: 19) el cuerpo humano es el lugar de observaciones constantes -asiento de órganos, funciones elementales, humores-, presenta un rasgo notable y ciertamente escandaloso. Estos rasgos particulares van de la mano de la diferenciación que otorga el organismo sexuado. Para la reproducción humana juega un importante papel el binomio hombre-mujer y Hérítier reconoce la divisa de los sexos en la misma.

La dimensión del género como categoría de análisis imprime una mirada entre lo público y lo privado. Las discusiones generadas desde esta dicotomía construyen lo que es ser mujer o lo que es ser hombre y muy vinculado a lo que es ser madre o ser padre, respectivamente. Los sujetos de investigación de este estudio construyen sus significados de las infertilidades, también, a partir de los roles de género emanados de los constantes desplazamientos entre lo público y lo privado, la interacción social y la subjetividad.

Algunos de los contextos donde se ponen de manifiesto estas dicotomías son en las relaciones labores, las relaciones de pareja, las relaciones familiares y los quehaceres domésticos.

La paternidad y la maternidad son vistas como un fin importante en la vida del ser humano. Éstas son una necesidad, una obligación, un deber-ser, lo que espera la sociedad de todo hombre o mujer. A partir de los resultados de nuestro trabajo podemos dar cuenta de que para no pocos sujetos existe la obligación de cumplir con este mandato cultural como forma de legitimar el sexo y el género de cada persona. Partiendo de esta premisa expresamos que la maternidad y paternidad contribuyen también a la construcción social del ideal de masculinidad y feminidad y por ende construyen socialmente también a la infertilidad. Esta obligación pudiera inscribirse en esa parte de la realidad de la vida cotidiana que no necesita verificaciones, según las palabras de los autores construccionistas. Es una realidad que se erige y aunque haya opciones a esta realidad, en no pocas ocasiones, es asumida sin cuestionamientos. A ser y estar en tanto hombre o mujer se nos enseña desde que nacemos. Este proceso de aprendizaje y adscripción acrítica se da a través de una serie de pautas que se vuelven tipificaciones. A decir de Berger y Luckmann (2001: 51) la realidad de la vida cotidiana es pues aprehendida en un *continuum* de tipificaciones.

A partir de lo que se entiende como tipificación³⁴ y siguiendo el argumento de que la estructura social es la suma total de todas las tipificaciones (Berger & Luckmann, 2001: 52), podríamos decir que la sociedad enmarca entre sus tipificaciones al binomio hombre-padre y mujer-madre. Los resultados que exponemos a continuación son un intento de mostrar esta premisa que se adoptó en la investigación. Uno de nuestros entrevistados comienza diciendo que:

(...) estamos destinados a vivir en familia y ello implica madre, padre e hijos y esto lo pienso por varias razones, pero sobre todo porque así lo aprendí en casa de

³⁴ Todas las tipificaciones del pensamiento de sentido común son de por sí elementos integrales del *Lebenswelt* concreto, histórico, socio-cultural, dentro del cual prevalecen como establecidos y como aceptados socialmente.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mis padres que fueron una familia unida ... y ese recuerdo está en mi mente, siempre estará vivo en mi mente, eso fue lo que aprendí que uno debe hacer en la vida, tanto el hombre como la mujer, pero más el hombre necesita una familia, esa es la base de vida y no sólo porque los textos sagrados lo dicen, también así ha sido siempre a lo largo de la historia de la humanidad, entonces eso significa que no está tan mal, cuando siempre ha sido así, siempre (...) ser padre es una forma también de probarme como hombre, no sólo es el hecho de haberme casado, no he sido padre, y eso es algo que debería ser importante para todos los hombres del mundo, incluso si fueran homosexuales, esa es la mejor manera de demostrar al mundo lo que uno vale y que uno es hombre, es como una prueba de vida, al menos así pienso yo (...) yo soy macho y me considero hombre y siento que tal vez mi condición está incompleta, a partir de que no tengo un hijo, y déjate tú de que sea macho, niño el primero, sino que no he podido tener ninguno. Entre mis amigos me cotorrean, pero a ellos se los tolero, con ellos está bien, pero yo sé que hay muchas personas que dudan de mí como hombre y por momentos hasta yo he dudado de mí. (Carlos).

Un elemento que valdría la pena retomar en la discusión es el referido a los criterios de masculinidad construido desde los propios hombres. En un momento el entrevistado expresó: “incluso si fueran homosexuales, esa es la mejor manera de demostrar al mundo lo que uno vale y que uno es hombre”. A decir de Elisabeth Badinter, la masculinidad no constituye una esencia, sino una ideología que tiende a justificar la dominación masculina. Más adelante en la misma obra continúa diciendo que la masculinidad se aprende, se construye y, por lo tanto, también se puede cambiar (Badinter, 1993: 254). En este caso Carlos nos deja ver cómo es posible tener diferentes preferencias sexuales sin embargo, a los ojos de la sociedad es posible verte como un hombre a partir del hecho de haber embarazado a una mujer. A través de la paternidad, los hombres tienen la posibilidad de reafirmar su posición dominante en las relaciones de poder respecto a las mujeres, y con los otros hombres, según las existencias del su propio contexto sociocultural.

Dichas palabras podrían ser la explicación a cómo para algunos hombres la presencia de un fenómeno de infertilidad puede poner en cuestionamiento serio la virilidad y la conducta sexual hetero. Todo lo contrario ocurre si el hombre tiene la capacidad de embarazar a una mujer. Pinilla (2012) expone que la masculinidad, resulta en muchas culturas un hecho social vinculado a lo físico, puesto que tener genitales masculinos significa simplemente ser macho pero, no “ser hombre” ya que la masculinidad se construye a través de la producción y recepción de semen. El semen es considerado un fluido vital. El líquido seminal está ineludiblemente vinculado a la capacidad de crear vida.

Otro entrevistado, hombre de 43 años y con características socioculturales similares se expresó en términos muy parecidos a Carlos:

Pero me preguntaste sobre ¿qué significa para mí este proceso? Pues es una pesadilla, y ciertamente es algo que se ha convertido en una piedra en mi zapato, me siento un hombre incompleto, a veces hasta me pregunto para qué me esfuerzo tanto en el trabajo, para qué superarme profesionalmente, sino no tengo yo quien disfrute de esos éxitos, está claro que los éxitos los busco pues para mí son importantes y a mi esposa le gusta saberse al lado de un hombre de éxito, pero estoy incompleto y no sólo yo lo pienso, mi familia me lo ha hecho ver, sobre todo mis hermanos, vengo de una familia numerosa. (Roberto).

¿Qué significa ser hombre, qué significa ser macho? Hay una traducción desde lo social: proveedor de la familia en términos económicos, pero también es necesario tener hijos propios. La paternidad está entendida no sólo como una necesidad sino también como una finalidad. A la cual es necesario llegar por los medios que sea. Entre los significados de paternidad está la hombría y la virilidad. Este significado se hereda desde varias instituciones sociales. Las instituciones sociales para el caso de Carlos son la iglesia y la familia. Éstas se encargan de hacer cumplir y legitimar el mandato cultural dictaminado para el ser padre. “Las percepciones sensoriales y lo sentido, y la expresión de las

emociones parecen la emanación de la intimidad más secreta del sujeto, pero no por ello menos social y culturalmente moldeados” (Le Breton, 2002: 9).

Desde estas declaraciones es posible ver algunos de los roles de género marcados para un hombre. En nuestros entrevistados hombres es posible vislumbrar la necesidad de demostrar en todos los ámbitos los modelos de control, dominación y competencia. Demostrarlos en la relación de pareja y en las relaciones familiares. La paternidad es entendida como necesidad para probar el paso por la vida. Un hombre de éxito no es solamente un hombre con trabajo y dinero, sino también tiene que ser padre.

Estas tipificaciones y el significado de ser infértil también se construyen y se refuerzan en las interacciones con los semejantes. Para este caso se construye también con los amigos. El hombre se construye en referencia con su otro semejante: hombre-proveedor económico-padre. En estos procesos de interacción con los semejantes, son aprehendidos y tratados los esquemas tipificadores, en cuyos términos se rige la vida cotidiana (Berger y Luckmann, 2001: 49). Ello guarda correspondencia con lo expuesto por Rivera. Se conforma una especie de contrato sexual, hay una pérdida importante de soberanía sobre sí mismo. Una soberanía que se refiere a las funciones que tiene su cuerpo (Rivera, 1995: 75). La soberanía sobre la capacidad de desempeñarse en la sociedad y también a las dosificaciones simbólicas de lo que el sexo masculino o femenino representan, según el contexto sociocultural del que se trate.

Desde un enfoque distinto, podemos dar cuenta y comprender esta situación respecto de los binomios regularizados en la sociedad y abordados anteriormente: hombre-padre; mujer-madre. Para este momento resulta interesante compartir y analizar la visión de un hombre respecto del fenómeno de la infertilidad *per se* y para la mujer. Hasta el momento vimos que los propios hombres cuestionan su masculinidad a partir de la no reproducción biológica involuntaria. Sin embargo, también el mismo hombre puede contribuir a la construcción de un ideal femenino tomando en cuenta la misma dimensión reproductiva.

Esta sociedad es muy dura, y la misma sociedad te obliga a meterte en un huacal y tú procuras no salirte de ahí. Como usted comprenderá es muy violento, es como camisa de fuerza, venir y vivir en el mundo implica un compromiso social muy grande y a huevo hay que cumplir. No basta con que te digan que tienes opciones, en ocasiones las opciones no existen, y me parece que esto es igual para todos, para ricos y pobres. Usted sabe que la sociedad espera determinadas cosas según el ámbito social donde te muevas, pero el problema de la infertilidad no, esto es igual para todos, todos los hombres debemos reproducirnos, todas las mujeres deben reproducirse también. (Luis).

De la narración anterior podemos comentar que la categoría género para el fenómeno de la infertilidad no establece opciones. O tal vez, sea más oportuno esgrimir que las opciones no son tales para algunas personas. Ya sea por decisión propia y deseada o por la adscripción acrítica a los postulados de la sociedad. Si hasta el momento hemos reportado lo que ocurre con el sexo masculino, vamos a ver cómo esta realidad no deja de ser diferente para las mujeres. Nuestra postura encuentra respaldo en las palabras de Tubert: “la función biológica de la reproducción adquiere, en el orden simbólico que define a la cultura, un valor que remite a campos semánticos complejos, definidos por articulaciones significantes, y no a un objeto supuestamente natural” (Tubert, 1991: 49). Al respecto de ¿cómo se perciben a sí mismas las mujeres ante un fenómeno de infertilidad? Podemos leer lo siguiente:

Para nosotros los hijos son un gran pendiente que tenemos, los necesitamos, así lo entendemos como una necesidad como tomar el agua cada día, siento que mi vida cambiará mucho y claro que tendré que buscar más los dineros, tendremos muchos sacrificios, pero los hijos ¿qué no hace uno por los hijos? Uno como quiera, pero por los hijos. Si usted tiene hijos sabrá de lo que le hablo. Así me enseñó mi abuelita, los hijos y sobre todo para una mujer son lo más grande, el más grande tesoro de esta vida para las mujeres, una mujer necesita y debe dar hijos. (Lola).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Antes de continuar con nuestro análisis y como parte del mismo es conveniente traer a la luz la ascendencia en términos étnicos de nuestros entrevistados. Rafael y Lola provienen del pueblo Huichol. A través de sus palabras es posible analizar cómo en la cosmovisión indígena, la mujer guarda una relación estrecha con la idea de fertilidad de la tierra, donde por lo general son los dioses quienes intervienen como los dadores de vida. De ahí el registro de múltiples rituales asociados a la maternidad que van desde la atención de la mujer embarazada, el nacimiento y el período post-parto. En nuestro criterio esto representa una evidencia más de cómo las creencias y las prácticas en el orden religioso y espiritual evidencian elementos socioculturales que se asumen como referentes cotidianos.

Llegado a este punto creemos conveniente retomar las palabras de Chávez (2008). Si bien el género es dado por las construcciones culturales, entonces la capacidad reproductora es uno de los elementos que determina parte de lo masculino y femenino. Para este punto tal vez sea conveniente destacar que nuestra investigación contempló sujetos de estudio practicantes de distintas creencias; sin embargo, con unanimidad en los significados acerca de la infertilidad. La construcción del ideal femenino, a través de la concepción, a través de la maternidad, es capaz de atravesar los credos y los orígenes étnicos. La infertilidad está manifestada como un proceso con transcendencia sociocultural a partir del hecho social significativo que es la maternidad y la paternidad.

Para hacer más evidente el planteamiento del párrafo anterior nos permitimos exponer las palabras de Rosa. Con edad de 39 años, siendo profesional, practicante de budismo, además de reconocerse como atea, es posible leer e interpretar a través de sus palabras cómo hay una necesidad de cumplir con el mandato cultural que te inscribe como mujer, la maternidad. Rosa se ha casado en dos ocasiones. Califica a su anterior matrimonio como un completo fracaso por la no presencia de hijos. Rosa teme nuevamente a la ausencia de la descendencia propia en su actual matrimonio, por ello persiste en la búsqueda de su embarazo. Rosa concluye diciendo: “soy biológicamente una mujer porque puedo embarazarme”.

Mi madre siempre me dijo que las mujeres debíamos casarnos y casarnos jóvenes, pues para tener fuerzas para criar a los hijos, pues era la única forma de tener varios hijos y que no te agotaras tanto pues estás de mujer joven. Así me enseñaron y yo crecí creyendo que así debía ser, incluso aunque debo decir que yo soy atea, así está escrito en la ley de Dios, que debemos formar parejas y por ende formar familias. Nacimos para estar en parejas, por ello yo llevo dos matrimonios, pero sobre todo reconociendo que el primero fue todo un fracaso y fue un fracaso justo porque no logramos tener hijos. Es ley de los hombres, es ley de Dios, pero además de todo esto, yo sí creo que al menos toda mujer debe estar casada. Sobre todo por eso por ser mujer, debe casarse y ser madre. (Rosa).

Es posible rescatar el tema de género en vínculo directo con la infertilidad en algunos autores. Si los ponemos en discusión con nuestros sujetos de estudio veremos que se habla de “imposibilidad de clasificación”. Es decir que ni hombres, ni mujeres son “verdaderos” si rechazan la reproducción biológica o no pueden consumarla (Badinter, 2003; Rome, 2006). “La maternidad es considerada como la esencia femenina, se hace pensar que quien la rechaza es una anormal, una enferma (...) se despoja de su identidad y se le declara indigna de su sexo. Está como arrojada fuera de la comunidad de mujeres. Y si nos compadecemos de la mujer estéril, condenamos a la egoísta que rechaza la condición de sus pares. Al actuar de ese modo se señala con claridad que la maternidad no es una elección, sino una necesidad que se puede, en todo caso retrasar en el tiempo pero no eludir” (Badinter, 2003: 133). Y en apartados anteriores dejamos declarados que tampoco es aconsejable o posible retrasarla tanto.

A partir de lo dicho anteriormente, se considera oportuno asociar los conceptos de infertilidad y género. Esta asociación está intrínsecamente marcada por cómo las personas ante un fenómeno de infertilidad perciben su propio sexo y género. La presencia o sospecha de la infertilidad ha implicado un cuestionamiento fuerte a sí mismos, pues no hay una redefinición sobre la paternidad o la maternidad. Para los sujetos de estudio hay adscripción

totalizada a la tipificación de la realidad de la vida cotidiana que ha sido socialmente heredada. En la vida cotidiana existe una definición binómica: hombre-padre, la cual podemos complementar con premisas de Tubert (1991: XVI) “la paternidad es una función simbólica y la maternidad es un función natural”; sin embargo, es posible dilucidar la función social para ambos sexos.

Otro aspecto que puede ser interesante es ver cómo algunas narraciones son claras muestras de diferencias genéricas que confirman a la paternidad como punto crucial para legitimar al concepto hombre. Como al interior de una pareja pueden existir posturas, opiniones diferentes sobre el proceso de infertilidad. Un miembro de la pareja aborda la incapacidad reproductiva involuntaria con resignación. Se puede hablar de destino, de finalidad; mientras que el otro miembro habla de necesidad de persistir, de necesidad de continuar la búsqueda, de necesidad de sacrificar todo lo que sea necesario para tener una descendencia propia. Entonces recobra especial atención de parte de quienes proceden estas posturas. La que habla de resignación, de finalidad es la mujer, y el que expresa necesidad de continuar es el hombre.

Entonces valdría la pena preguntarse: ¿qué significados tienen el binomio padre-madre desde la perspectiva de una mujer y desde la perspectiva de un hombre? ¿Cómo es entendida la maternidad y cómo la paternidad desde una mujer y cómo desde un hombre? Estas narrativas reflejan lo descrito por Arranz y colaboradores en el año 2009, a cerca de que algunos hombres también pueden experimentar las angustias a punto de la partida de la imperiosa necesidad de ser padres. Esta necesidad asociada a la posición sexual y genérica que les otorga el contexto sociocultural donde se desarrollan sus vidas. Si analizamos narraciones es posible evidenciar cómo las dimensiones de los roles de género también encuentran otros significados.

Hay un regla, una tipificación, una realidad aprendida desde lo social. Hay una dualidad parental impuesta donde se inscriben los seres humanos. Ésta la mencionamos antes y aquí

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

también se está poniendo de manifiesto. Si se analizan los significados para ambos (hombre o mujer), responderán a la dualidad de lo socialmente determinado para cada uno.

En la capacidad de reproducción de los cuerpos masculinos y femeninos también se muestra el cumplimiento del mandato cultural. Tanto para las mujeres como para los hombres estar dotados de una capacidad reproductiva es sinónimo de necesidad y obligación de ejercerla. El ejercicio de la fertilidad no sólo es el respeto a un valor heredado desde lo social, sino que en la adscripción también hay un llamamiento a cumplirlo. Es la demostración de la virtud del cuerpo de engendrar un organismo vivo. Para los sujetos de estudio significó entrega a la pareja, sacrificio necesario, una demostración de amor sin medidas. Si no se cumple con el rol de embarazar o embarazarse se puede poner en tela de juicio la piedra angular de la masculinidad y la feminidad. Pero más allá de ello, se puede dudar de la persona con la que se comparte la vida matrimonial. Se puede dudar de la capacidad de amar y de la entrega de la misma.

Esta capacidad de amar también se construye desde lo religioso. El argumento tiene origen desde lo católico y también en otras creencias. El discurso de estas instituciones legitima el acopio de un conocimiento sobre otro, según lo que es relevante en general y según los roles específicos (Berger y Luckmann, 2001: 101), para el caso del hombre o de la mujer. Se puede observar una igualdad de criterio desde varias posturas religiosas en cuanto a la fertilidad. Esta significa sacrificio, abnegación, empatía, sensibilidad, romanticismo, entre otros. Por lo tanto estos significados estriban en la capacidad de amar que tienen los sujetos. Entonces los individuos llegan a experimentar cuestionamientos desde los otros actores, se cuestiona su capacidad de amar conjuntamente con su feminidad, su masculinidad.

Para la mayoría de los actores la infertilidad aparece como una dimensión de lo débil. La infertilidad modifica los universos simbólicos que fueron presentados y aprendimos desde pequeños. Lo que tiene de particular y significativo la reproducción biológica es la trascendencia social. De ahí el pensarla como universo simbólico. “El universo simbólico

se concibe como la matriz de todos los significados objetivados socialmente y subjetivamente reales; toda la sociedad histórica y la biografía de un individuo se ven como hechos que ocurren dentro de ese universo” (Berger & Luckmann, 2001: 125). La infertilidad es una situación marginal³⁵, margina el rol del hombre y margina el rol de la mujer. La infertilidad tanto en un cuerpo masculino como en un cuerpo femenino es una muestra de actitud débil, es una muestra de cuerpo enfermo, de cuerpo en descomposición. La infertilidad daña el significado hegemónico y legitimado de ser mujer y el significado hegemónico y legitimado de ser hombre. La infertilidad es un fenómeno incongruente con la vida y con la presentación social del cuerpo. La infertilidad interpela a la feminidad y a la masculinidad.

La mujer puede ser profesionista, pero debe ser amorosa, entregada, detallista y también madre (mujer-madre-esposa)³⁶. Ángeles Sánchez define la maternidad como "la institución que establece, prescribe y asigna el lugar de madre a las mujeres" (Sánchez, 2003: 13). El hombre puede ser profesionista, pero debe ser proveedor, fuerte, viril y también padre (hombre-padre-macho).

Mira por lo que sé todos han tenido, han tenido hijos, es una condición natural, es una condición que nos pone la tierra, la naturaleza, y las mujeres y los hombres no tienen uno, no tienen un hijo, tienen más, tienen varios, es una condición natural. (Lola).

La infertilidad puede ser catalogada como una “indecencia” (Bocchetti, 1992) del cuerpo femenino y del cuerpo masculino. Por lo tanto hay un pudor al hablar de la presencia del padecimiento en la vida de los sujetos. Tanto en las mujeres como en los hombres se reporta una preferencia hacia el no hablar de la sospecha o del diagnóstico y cuando se decide

³⁵ Se entiende como situación marginal de la vida del individuo a lo que no se incluye en la REALIDAD de la existencia cotidiana en la sociedad. Tomado del texto: *La construcción social de la realidad*. Berger y Luckmann, 2001: 125.

³⁶ Modelo propuesto y desarrollado por Marcela Lagarde. *Chicas malas. Madre antes que mujer*. Disponible en: <https://soyunachicamala.wordpress.com/2013/01/25/madre-antes-que-mujer/> Consultado el: 30 de octubre de 2017.

compartir lo que se está viviendo hay una inclinación hacia aquellas personas que hayan estado en situaciones similares. Pensamos que esta actitud está dominada por el impulso de no ser tan fuertemente juzgados.

Los ejemplos y los análisis expuestos son una muestra de cómo se concibe a lo femenino en estrecha relación a la maternidad y a lo masculino en estrecha relación a la paternidad. El análisis señala que la fertilidad se construye entre dos y cuando su opuesto aparece, la infertilidad, entonces los cuerpos están en mal estado, debido a que da al traste con la ecuación de vida: hombre + mujer o tal vez mejor expresado: *hombre fértil + mujer fértil*.

A ser hombre o mujer se nos enseña desde que nacemos y luego podemos encontrar eco de ello a lo largo de nuestro paso por la vida. No es menos cierto que también existe la posibilidad de no reproducir estas pautas socioculturales sin embargo, “ello implica estar dispuesto a pagar un precio. Los seres humanos estamos condenados a vivir dentro de lo que se denomina el cuadro de honor³⁷, pero perfectamente puedes decidir no pertenecer al cuadro de honor, pero ello tiene un precio, y entonces la pregunta es: ¿Qué tan dispuesto está uno a pagar ese precio?” (Luis).

La imposibilidad reproductiva puede traer consigo episodios de depresión. Ha sido manifestado tanto por los hombres como por las mujeres la necesidad de buscar acompañamiento no sólo de la familia y los amigos sino de profesionales de la salud mental. Las crisis emocionales se registran de igual manera entre los hombres y las mujeres. Según estudios se dan producto de daños en la estructura narcisista de las personas (Arraz, 2009). La fertilidad conforma la construcción del ideal femenino y la construcción del ideal masculino.

Casi siempre vienen en parejas, pero también he tenido muchos casos, que acude la mujer sola, acompañada de su mamá o de algún otro miembro de la familia que

³⁷ Palabras de Miriam, sujeto de estudio. 60 años de edad. El cuadro de honor es una denominación que emplea la psicóloga Rinna Riesenfeld. Es una propuesta conceptual para la comprensión de la diversidad sexual. El cuadro de honor es una categoría que define al hombre y a la mujer ideal, según los parámetros de la sociedad occidental.

igualmente es mujer; o de alguna amiga. Pero también no te asombre que de pronto veas algún hombre rondando los pasillos y lo que platican éstos, sus testimonios son más interesantes que los de las mujeres, sobre todo cuando el problema es de ellos. Mira ellos son de mis mejores pacientes y también les pregunto por qué se someten a tanto tratamiento, una y otra vez, y es que ésta es una de las vías que encuentran para lograr un hijo, pero también sus persistencias por mostrar al mundo que son ¡MACHOS! -“Y si soy macho doctora cómo no voy a tener un hijo y más que todo le agradecería si me pudiera ayudar a que el primero fuese varón”- así me dijo una vez uno de ellos. Es increíble cómo los domina la autoestima y les causa daños en la estructura narcisista, uno no lo pensaría pero allá afuera hay más de uno así de apesadumbrado por esas razones que les digo. (Médico 1. Especialidad: Medicina Interna. Clínica privada).

Esto es un mundo hostil y duro para todos, tanto para hombres como para mujeres, a mí por ser hombre la sociedad no me castiga menos, me castiga en la misma medida que a mi esposa, sólo que con diferentes argumentos, pero todos venimos a este mundo y la sociedad espera de ti un determinado comportamiento. (Luis).

Pues bien, en ese: -“todo va mejorando”- me tuvieron meses. Me siguieron haciendo estudios de mis espermatozoides, pero de repente bajaban, subían, que no eran estables mis parámetros de laboratorio, que necesitaban nuevas muestras, esto puede ser pesado licenciada, usted no se imagina, lo doloroso que le digan que los parámetros míos de miiii, usted sabe, que le digan a uno todo macho que su “cosa” no están funcionando bien, oye es como para morirse ¿Usted no cree? Bueno, usted es mujer. Me decían que habían espermias inmóviles que eran vagos. ¿Qué es eso? Eso me duele que a uno le digan eso, duele. Es como que no sirves como hombre o ¿qué es lo que tengo que pensar? Que soy incapaz de preñar a mi esposa ¿Qué es eso? Eso no es de Dios licenciada, eso no es de Dios. (Moisés).

Según las conversaciones con los médicos del sistema alópata, los resultados de los parámetros del líquido seminal, son imperantes, ellos marcan la continuidad de los estudios en los programas de infertilidad. El conteo de espermatozoides o espermograma se realiza a través de la masturbación, este puede ser un tema tabú en la sociedad y por ello lo incómodo del procedimiento. Para llevar a cabo esta prueba se le proporcionan a los pacientes un lugar, un espacio privado, es una habitación de sólo una puerta, sin ventanas, paredes pintadas de azul tenue. En la habitación el paciente encuentra televisión, revistas, libros, toallas, incluso algunos juguetes sexuales, ellos con la finalidad de que la persona se autoestime y pueda proporcionar la muestra de semen. En las clínicas privadas estas citas se programan para que los pacientes hombres no tengan que hacer filas, lo cual disminuye la posibilidad de hacer de conocimiento público el proceder, además de la situación incómoda que esto pudiera generar en los pacientes. El varón siente la obligación, la necesidad de dar una muestra de líquido seminal, pero al mismo tiempo experimenta un sentimiento de invasión a su cuerpo, a su intimidad, pero siente que allí en esa muestra radica la posibilidad de tener hijos.

Según Fagetti (2006); el espermatozoide representa la naturaleza del hombre y si éste no se encuentra en óptimas condiciones, la pareja infértil sabe perfectamente que las posibilidades de reproducción son bajas o, si dicha “semilla” masculina no existe, entonces el evento es “nulo”. Dicho esto podemos alegar que el espermatozoide o líquido seminal recrea un símbolo en los hombres, un símbolo de virilidad, de hombría, de que se es macho, y de que se tiene la capacidad de embarazar a una mujer.

Cuando escuchamos las narraciones de mujeres como Lola es posible ver las participaciones de las mujeres desde edades muy tempranas en las labores de partos. A partir de éstas se puede reconocer la influencia que tiene la participación de las mujeres en las prácticas culturales asociadas a la maternidad³⁸ y, en particular, al embarazo y

³⁸ Se hace referencia a las prácticas de la medicina tradicional, entre las que podemos mencionar el papel de las curanderas, algunas de las cuales se especializan en la atención de las mujeres embarazadas y en los partos. En algunas comunidades son conocidas también como “matronas o parteras”. Éstas también son las encargadas de sanar el cuerpo de aquellas mujeres que no han logrado una concepción.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nacimiento. Esta participación de manera activa comienza a construir a lo femenino en vínculo directo a la maternidad.

Al interior del concepto de maternidad y paternidad median muchas dimensiones socioculturales, significados sociales, culturales, políticos, económicos, ideológicos y simbólicos que han ido variando a lo largo de la historia. Es que el culto a la familia, a la fertilidad, al hombre, a la mujer, al cuerpo, está atravesado por el hecho biológico y cultural de la reproducción y el hecho biológico y cultural del nacimiento. Estos fenómenos se inscriben en un contexto social que otorga significado a partir del orden social, económico y político, delimitando la función materna y la función paterna a una construcción del ideal femenino y del ideal masculino, o sea, el lugar de los hombres y las mujeres, en tanto madres y padres. Además en los significados se reflejan las distintas relaciones de poder, pautadas y legitimadas desde los discursos de la iglesia, los discursos de la familia, así como de las diferentes estructuras sociales presentes en la vida del hombre. Estos discursos a lo largo del tiempo se han convertido en mandatos culturales a los cuales deben suscribirse la vida de los hombres y las mujeres. Al menos eso es lo que se espera. Se tiene conocimiento por otros estudios que también se construyen identidades de género fuera del binomio mujer-madre. Sin embargo, sigue siendo un capítulo importante en la vida de muchas mujeres construir un proyecto de vida vinculado, entre otros aspectos, a la maternidad (Castañeda, 2016).

Todos los conceptos presentes en las estructuras sociales que rigen la vida del hombre han marcado una importante influencia en torno a la construcción social de la maternidad y la paternidad, desplegando múltiples mecanismos de convencimiento y refuerzo para que los hechos sociales, políticos, económicos, culturales y biológicos queden a disposición de sus definiciones. Con ello se asegura la reproducción de sus significados adaptándose a las coyunturas históricas e idiosincrasias de cada sociedad. Dicho de esta manera, entonces a la infertilidad la alcanzan significados en su mayoría peyorativos y que van en detrimento de la persona que la experimenta como padecimiento, sea hombre o mujer. Por ejemplo, con

afirmaciones como: “el rol social primario de las mujeres es la maternidad; la paternidad biológica es el camino más valorado para dar muestra de la virilidad de un hombre; las mujeres necesitan un hijo/a para desarrollarse como personas sanas; las mujeres y los hombres que no tienen descendencia son considerados patológicos, incompletos o inservibles; la valía social de un hombre y de una mujer está unida a su capacidad de conseguir la reproducción biológica”³⁹; entonces la paternidad y la maternidad se convierten en elementos definitorios de un verdadero hombre o de una verdadera mujer.

Estas afirmaciones desprendidas de respuestas desde los más diversos sujetos de estudio sobre ¿cómo se retrata a mujeres y hombres con infertilidad? se pueden contrastar con aquellas que han sido su basamento histórico. De ahí que se pueda identificar el mandato cultural asociado a la fertilidad, esta última como contraparte de la imposibilidad reproductiva. Así se tiene que en la mitología griega, por ejemplo, las “monstruas” como las arpías o las gárgolas se caracterizaban principalmente por no poder tener descendencia. En la religión católica, que consagró el matrimonio para controlar la sexualidad a través de la reproducción, las mujeres destructoras, quienes no siguen la preceptiva identificación con la imagen de María Dolorosa, son aquellas que no alcanzan la maternidad. En definitiva, esta apropiación de la maternidad, crea una identidad homogénea para todas las mujeres y difumina un poco sus posibilidades de emancipación. Es válido mencionar que en la actualidad hay numerosos estudios que recuperan la mirada y la voz de aquellos que aún siendo fértiles deciden no tener descendencia, pero aunque este número vaya en aumento día tras día, no podemos negar la pervivencia de los mandatos culturales, los cuales encuentran refugio en las voces de la iglesia, en las voces de los médicos, así como en casi todas las instituciones sociales, dejando poco margen de decisión ante la necesidad de seguir reproduciendo la regularidad social. En el capítulo siguiente intentamos dar cuenta de cómo los discursos de las instituciones también son constructores de estos significados.

³⁹ Afirmaciones elaboradas por la autora de la investigación, a partir de frases obtenidas de los sujetos de estudio y personal prestador de servicios de salud.

A través del diálogo entre los teóricos y los sujetos de estudio podemos dar cuenta que tanto los hombres como las mujeres ponen en juego sus identidades masculinas y femeninas al no poder ejercer la paternidad y la maternidad, respectivamente. Desde nuestros sujetos de estudio es posible ver que a pesar de los cambios y tendencias registradas en la sociedad, los cuales han sido mencionados con anterioridad en este documento, todavía existe el referente hacia un *modelo tradicional de hombre* y un *modelo tradicional de mujer*, estos modelos están indisolublemente ligados a la reproducción biológica, a partir de entenderla como un “deber-ser”. Sin embargo, pensamos que dejarlo hasta aquí sería un análisis un poco superficial. Desde los relatos es posible problematizar aun más las situaciones desde el ser infértil: hombre o mujer.

La infertilidad no se entiende, no se vivencia, no se experimenta, no significa lo mismo desde un hombre que desde una mujer. Mis sujetos de estudio hombres relatan su búsqueda de solución orientada hacia la necesidad de una satisfacción personal, mientras que mis sujetos de estudio mujeres narran su búsqueda de solución orientada hacia la satisfacción del otro, o sea del hombre. O sea, que si yo como mujer, no te puedo dar hijos a ti, contribuyo a menoscabar tu identidad masculina. Tal es el caso de Rosa. Desde los relatos de mis sujetos de estudio exponemos que: no se puede ser mujer sin ser madre y no se puede ser hombre sin ser padre, sin embargo, para las mujeres la tensión pudiera radicar en el “ser madre” y para los padres pudiera recaer en el “trascender como hombres”, de ahí parte del sustento de una búsqueda de solución para la infertilidad sospechada o diagnosticada. Tal vez sería oportuno recordar la necesidad de legarse, extenderse, manifestarse a través de apellidos, en el caso de los hombres, por ejemplo. Al respecto, Muldoworf señala:

Sentirse padre es sentirse hombre, es decir, pasar por un proceso de doble encarnación: la que adopta los modelos parentales interiorizados por el sujeto y la que adopta los modelos socioculturales prevaecientes. La paternidad vivida subjetivamente y expresada en el comportamiento resulta de una suerte de síntesis

o de compromiso entre estos dos procesos [...] sentirse padre es, pues, satisfacer una triple exigencia relativa al estatuto del hombre en una sociedad dada: amor a su mujer, amor a su hijo, asumir su papel social y profesional, que es uno de los elementos determinantes en el estatuto de la masculinidad. (Muldownorf, 1973: 136).

Montesinos (2004) en su investigación expone que en virtud de ese complejo proceso de construcción de identidad y de la necesidad de autoconfirmación que requieren los individuos, es fundamental generar una interpretación sobre la paternidad que recoja las implicaciones de una identidad masculina específica, la relación que guarda la reproducción como etapa de confirmación de la identidad genérica, así como el vínculo entre el autoritarismo paterno que supone la referencia masculina y la posibilidad de crear nuevas formas de expresión de la paternidad que abran paso al ejercicio racional del poder.

El género femenino es percibido socialmente sobre la base de ciertas expresiones de la personalidad de las mujeres. Los calificativos (deber-ser) para las mujeres y para el género femenino son: pasiva, dependiente, emotiva, ilógica, vinculada a la naturaleza, ingenua, bonita, sensible, previsor, cuidadosa, conservadora, paciente, buena madre, delicada, cálida, caprichosa, romántica, seductora, artística, físicamente débil, psicológicamente resistente, identifica el amor con el sexo— y, cuando no es así, entonces se le considera como bruja, puta, lesbiana o feminista. Nos continúa diciendo Montesinos (2004) que esperar que tales rasgos de la personalidad definan el estereotipo que debería cumplir una madre, por ejemplo, que sea pasiva y dependiente, comienzan a dibujar un patrón de la mujer que, en su madurez, explica parte del papel que culturalmente se le asigna en una sociedad tradicional, donde la femineidad se reproduce a partir de una función social en donde ella es confinada al espacio privado. La pasividad y la dependencia se explican por su exclusión del espacio público, del papel que juega en una división social (tradicional) del trabajo, lo que hace consistente su función de madre-esposa como garante de la reproducción familiar. De hecho, la figura de la familia nuclear se sustenta en la posición

social de la mujer confirmada con la pasividad y la dependencia, las cuales constituyen el estereotipo o hasta el prototipo del ser mujer en una sociedad tradicional.

Así, atributos como ser cuidadora ratifican el compromiso femenino de resguardar la reproducción social en el espacio privado, que en particular alude a su responsabilidad de educar a los hijos y, en general, de hacerse cargo del hogar. Tal situación refleja, en nuestra perspectiva, cómo los rasgos de la identidad genérica que se incorporan desde las primeras etapas de la personalidad individual se confirman a lo largo del ciclo de vida y alcanzan su máximo nivel al momento de la reproducción.

Estudios similares exponen que del mismo modo sucede con los hombres (Castañeda, 2005; Díaz, 2012). También existe una serie de percepciones colectivas generadoras de estereotipos masculinos que se van incorporando desde la estructura social. Algunos de estos rasgos son: competitivo, fuerte, independiente, muestra auto-control, responsable, atraído hacia las grandes acciones o aventuras, inteligente, no expresa su emotividad, no llora, tiene predisposición técnica, dominante, protector, competente, lógico, viril, proveedor de la familia, tiene iniciativa sexual, autoritario, deportista, basa el sexo en el principio del rendimiento. Si un hombre no es así se le considera débil, raro u homosexual (Montesinos, 2004). De nuevo, como en el caso de la figura femenina, los calificativos que construyen modelos del ser hombre constituyen los referentes de autoconfirmación de los varones. Por lo tanto, los significados heredados desde la estructura se proyectan con los referentes culturales obligados, mediante los cuales van erigiendo su identidad genérica y replanteando, según su capacidad reflexiva, cada faceta de su masculinidad.

A su vez, Bestard nos habla de las relaciones sociales que se inscriben en los procesos de producción y reproducción, pensando a la producción como masculino y la reproducción como femenino, a partir de la producción de semen para los varones y la capacidad de crecimiento intraútero y de dar a luz de la mujer. Los sujetos se relacionan con una determinada lógica generativa que marca el modo en que la persona llega a ser persona, que incluye tanto las dimensiones físicas como las cosmológicas de la procreación y que se

encarga de resolver cuestiones tales como el modo en que aparece la vida. ¿En qué consisten los papeles masculino y femenino? ¿Cómo las personas se relacionan unas con otras o qué vínculo mantiene con el mundo? (Bestard, 1998: 179).

La identidad de género representa un aprendizaje en el cual los individuos intentan responder a los estereotipos proyectados culturalmente por la estructura social. Se entiende a la paternidad y a la maternidad como parte de esta construcción identitaria que ha sido incorporada a través de los procesos de interacción constante entre los actores sociales y el propio individuo (Montesinos, 2004). ¿Qué implica ser hombre, y qué implica ser mujer? Para ambos la reproducción biológica es una determinante. Cuando no se es mamá, ni se es papá el individuo puede experimentar una libertad expresada en términos económicos, en términos de espacios, de tiempos, entre otros. Así lo expresan estudios cuyas miradas han estado basadas en las resistencias y las disidencias (D'Aloisio, 2009). Pero para mis sujetos de estudio los mandatos culturales expresados a través del género, de la familia y reproducidos en el contexto donde viven, establecen una presión que pesa más en términos de valores morales y de realización colectiva, que de realización personal.

La paternidad es una categoría de análisis que nos habla sobre la masculinidad; por ello implica un acercamiento al género. Se trata de una actividad de reproducción sociocultural, es significativa y subjetiva, y orienta acerca de lo que significa ser hombre (Hernández, 2008). Dado que no hay una definición acabada, podemos decir que la paternidad es una dimensión de la masculinidad, y por tanto del género: un constructo social, histórico (Minello, 2002: 25) y cultural. En ello coincide con lo señalado por Hernández (2008) en México la paternidad refiere a cómo se relaciona el ser hombre con el ser padre. Por ello, se habla de masculinidades -en plural- como imágenes construidas entre ellas una obligación contraída por los hombres.

Al igual que en la paternidad, las expresiones de la maternidad no derivan de la función reproductora de las mujeres, sino que es un proceso históricamente determinado, una institución y práctica sociocultural (Sánchez, 2003). En consecuencia, la maternidad y sus

dimensiones -como crianza, reproducción, familia y sexualidad- dependen de las relaciones sociales y las elaboraciones culturales de las mujeres (Sánchez, 2003) y de los hombres también.

Partiendo de esta afirmación y llegado a este punto pensamos que sería adecuado considerar cómo la identidad genérica, masculina o femenina, responde a los parámetros culturales establecidos por la sociedad y por ende los significados de infertilidad, así como una conducta que responde a su pertenencia a un género. De tal forma que la paternidad y la maternidad responden, en general, a patrones aprendidos, asimilados e internalizados que permiten a los varones y a las hembras confirmar su pertenencia a un género. Desde esa perspectiva debe comprenderse la retroalimentación, la tensión, el diálogo entre lo privado y lo público, entre el individuo y la colectividad a la cual siente que pertenece, a la cual siente que se debe. La reproducción biológica es una expresión concreta para la mujer y para el hombre.

La construcción social de la infertilidad desde los discursos presentes en los actores de la vida cotidiana

Retomando palabras anteriores, cuando el hombre llega al mundo, llega a una realidad ya constituida. Esta realidad está conformada por un conocimiento que le precede al sujeto. Entonces, durante el curso de la vida el individuo es inducido a aprender este conocimiento. El punto de partida de este proceso lo constituye la internalización: la aprehensión o interpretación inmediata de los acontecimientos objetivos, en cuanto expresan significados (Berger y Luckmann, 2001: 164). En los procesos de socialización se inscriben los procesos de internalización. Se concibe por la autora de este trabajo que los discursos generados por los actores sociales presentes en la vida cotidiana son parte de los medios para el proceso de internalización.

Para la redacción de los siguientes párrafos es necesario comenzar por declarar que los discursos no eran parte de nuestra búsqueda y cuestionamientos iniciales. El retomar qué se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dice y quién lo dice fue emergiendo durante el trabajo de campo y posteriormente en el análisis de la información recolectada. Entonces en este apartado tomamos a consideración los discursos como parte importante y fundamental para la construcción social de la infertilidad como padecimiento.

Los discursos aquí analizados provienen de los sujetos infértiles. Es necesario declarar que desde el propio sujeto infértil también fue posible levantar el decir de algunos de los socios de relación. A través de la conversación como técnica de nuestra estrategia metodológica también fue posible obtener los discursos de los prestadores de servicio de salud del MMH y del MCA. Reconocemos que a través de los discursos en estos actores sociales es donde se da el proceso de interacción mediante el cual se produce la internalización del significado de la infertilidad como fenómeno del padecimiento.

Sí se piensa importante y necesario hacer una aproximación, aunque breve, al discurso. La pertinencia está pensada por la consonancia que le vemos con los postulados construccionistas al decir que la realidad de la vida cotidiana se construye en interacción con otro. “La realidad de la vida cotidiana no sólo está llena de objetivaciones, sino que es posible únicamente por ellas” (Berger & Luckmann, 2001: 53). Estas objetivaciones se comparten a través de los discursos que se tejen desde los diferentes actores que intervienen en el mundo de la vida. El lenguaje no es reflejo de la realidad, es una construcción de la misma (Berger & Luckmann, 2001).

Los socios de relación

Principalmente por mi ex-esposo y su familia, sobre todo mi ex-suegra, esa señora me tiraba con el látigo, con el rayo, ella a mí. Ella le hablaba mal de mí todo el tiempo a mi ex. -“¿Qué qué cosa era esa de que una mujer no diera hijos?”- Ella siempre me criticó, pero el día que se enteró que estaba confirmado que la del problema, la de la enfermedad era yo, a partir de ese día fue un batallar para siempre. Batalla que terminó con la relación matrimonial que teníamos. Pero ella

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tenía razón. Y era una relación bonita, pero sí es cierto que nos faltaban los hijos, faltan niños en nuestra casa, de hecho hasta cuando la compramos en preventa, fue pensada desde ese motivo: los hijos y los perros que íbamos a tener. Cuando nada de eso llegó la relación se acabó. Ella tiene razón, mi ex-suegra tiene razón. Por ello sigo procurando a mi hijo. (Rosa).

Rosa se divorció de su primer matrimonio. Rosa admitió las palabras de su suegra, entendió que tenía razón desde su propia perspectiva sobre el asunto de la maternidad, desde lo que ella había aprendido antes de casarse. Rosa se volvió a casar y persiste en su búsqueda del embarazo. Rosa reproduce la percepción de su primer esposo y de la madre del mismo. Rosa se inscribe en este discurso reproductivo sobre el binomio mujer-madre como una obligación. Rosa reproduce el significado de la infertilidad como culpa, malestar. Rosa reproduce a la infertilidad como una etiqueta insoslayable en la no realización como mujer, en la no realización matrimonial. Rosa reproduce la expresión en el género de la incapacidad reproductiva humana: mujer anómala, mujer con problema en su cuerpo. Rosa reproduce todo ello a partir de lo internalizado durante procesos de interacción con la familia de su esposo. Rosa es una mujer casada.

Resultó interesante desde la interacción con otras narrativas el poder visualizar y analizar a la familia como institución reproductora y configuradora de identidades de género. La familia y las formas de unión al interior de este concepto, estructuran de un modo fundamental la vida y la biografía de los sujetos. Para visualizar nuestro análisis podemos exponer dos ejemplos, sujetos de estudio: Rosa, mujer que se ha casado en dos ocasiones y Rebeca, la cual vive en unión consensual con Moisés. En los relatos de ambos casos es posible leer la distinción que establece el matrimonio como institución que rige la conducta del ser humano, haciendo ver a la reproducción, a la llegada de los hijos como un consecutivo insoslayable, ineludible del mismo.

Desde el espacio familiar es posible explicar las emociones presentes en las rutas del padecer de mis sujetos de estudio. Desde el espacio familiar es posible pensar y explicar las

emociones de “culpa” y “vergüenza”, que siente Rosa, frente al “vacío” que experimenta Rebeca. Rosa, casada habla de “decepciones”, de “culpa”, de “vergüenza”; Rebeca, unida consensualmente, habla de “vacío”, de “incompleto”, de “ausencias”. Puede recibir o percibir menos presión familiar y social Rebeca en comparación con Rosa. Esta percepción es la que puede estar mediando en las emociones que cada una experimenta. Retomando los aspectos emocionales de la infertilidad, aunque ya abordados, podemos decir que éstos se manifiestan como producto de la construcción sociocultural. A través de las narraciones de los sujetos de estudios se hacen referencias constantes al contexto sociocultural inmediato donde desarrollan sus vidas.

¿Una mujer no casada, no unida, padece la infertilidad de la misma manera que una mujer-esposa? El espacio familiar es un ámbito transmisor y reproductor de patrones, es institución que dicta normas y condiciones ideales o al menos deseadas para tener los hijos. Dentro de la familia, se le sigue viendo al matrimonio con una función fundamental: la reproducción demográfica. Independientemente de las diferentes formas que la familia haya mostrado en el cambio histórico y social y de las que en la actualidad puede mostrar en distintas sociedades y diferentes sistemas políticos y organizativos, en todas ellas deben ocurrir determinados procesos básicos que aseguren la reproducción y, con ello, la supervivencia de la sociedad. Pensamos que este aspecto es mayormente vigilado por la familia y por la sociedad en pleno cuando hay un matrimonio registrado, en tanto institución legal. Recordemos que el fundamento de la familia lo constituye el matrimonio, que se caracteriza socialmente por la legalización y la institucionalización de la producción y la reproducción de la vida social, por la conducta reproductora.

Por otro lado, nos llama la atención que aunque Rosa y Rebeca experimentan diferentes formas de presión social pensamos que ambas tienen un elemento en común. Elemento que podemos extraer del contexto donde viven y en común acuerdo con el tamaño familiar de donde provienen. Ambas, Rosa y Rebeca, así como otras personas que aceptaron participar en el estudio, provienen de familias extensas como unidad indivisible de comunidad de

descendientes y hogares de varias generaciones que mantienen su núcleo familiar como unidades sociales.

El Aguascalientes contemporáneo, aunque “ciudad industrializada”, aunque territorio inserto en la economía global, se visibiliza y se vivencia por sus actores sociales como territorio donde confluyen características de la aldea global y persisten características propias del lugar (Bénard, 2009: 115). Los procesos de industrialización no necesariamente implican la desaparición de un conjunto de rasgos socioculturales inherentes a cada una de las ciudades. Por el contrario, Borja y Castells (1997) explican que ciertamente las ciudades se transforman, producto del influjo de la globalización y de todo lo que ella acarrea, pero preservan muchos de los rasgos establecidos y consolidados a lo largo de la historia y que en este caso distinguen a Aguascalientes de otras ciudades. Los rasgos a los que nos referimos fueron los mencionados en el espacio dedicado a la contextualización del estudio, donde fueron expuestas algunas características sociodemográficas que permitieron entender Aguascalientes, así como a los sujetos de estudio en relación a los aspectos reproductivos. A partir de aquí pudieran entenderse a la necesidad y tendencia de los sujetos de investigación a las familias extensas, lo cual también permite entender las emociones, significados experimentados a partir de la imposibilidad reproductiva y por ello la constante búsqueda de una posible solución a la misma.

Aunque no se puede hablar de una determinación biológica de la vida familiar y que la universalidad de la misma esté ligada a una forma de vida en concreto⁴⁰, sino que comprende, a sabiendas, la pluralidad de maneras de vivir; y ello, vale tanto para su estructura social como para su comprensión interna. Sí podemos pensar en una posible determinación de la familiar sobre la idea de la conducta conyugal y de la parentalidad consanguínea.

Los prestadores del servicio de salud

⁴⁰ Las formas de regulación de la conducta conyugal, parental y familiar dependen en gran medida de la idea de familia que los propios miembros tengan y del grado de modernización de la sociedad, de los procesos de individualización, de los valores culturales y de la estandarización de la conducta y de la moral.

Pensamos que al ser la infertilidad protocolarizada, entre los médicos, como un problema de salud, por demás solucionable, puede ser un factor determinante que contribuya a la legitimación de esta práctica. Hay una legitimación que se produce desde el discurso.

Ellos, los pacientes se cansan, pero yo les digo que no bajen la guardia, que sólo hay que encontrar el tratamiento más indicado, y que cuando menos se lo esperan salen con sus peques en los brazos. Aquí nosotros tenemos y ponemos a la disposición de nuestros clientes los mejores tratamientos. Nuestra casa matriz está en España y desde Europa nos llega todo. Yo a ellos les digo que nosotros siempre los podemos ayudar, sólo necesitamos que las personas con este problema de salud se acerque a nosotros. Yo sí considero que la infertilidad es un problema de salud. (Médico 2. Especialidad: Ginecoobstetricia. Clínica privada).

Los prestadores de servicios de salud definen a las personas que llegan a su consulta como pacientes y también como clientes. Por el momento retomaremos la palabra pacientes. Según Bestard y colaboradores la sola denominación desde los prestadores de servicios de salud, así como el percibirse como pacientes puede estar llena de significados (Bestard, *et al.*, 2003: 56). El hecho de nombrar se revierte en un significado. Desde los principios biológicos, la denominación como paciente está vinculada a la aparición de una enfermedad. Si le añadimos el componente cultural que ve a la reproducción humana, además, como un “deber-ser” entonces la denominación paciente conduce también a la aparición y a percibirse en un padecimiento según los conceptos de Kleinman (1988).

Como parte del trabajo de campo se realizaron revisiones documentales de los protocolos de actuación de la clínica privada de fertilidad. Podemos decir que se percibe un discurso institucionalizante (institucionalizado), normalizador (normalizado), regularizador de los Tratamientos de Reproducción Asistida. Este discurso se complementa, es entendido y reproducido de igual manera por los médicos y por los sujetos que hacen uso de estas alternativas. Estos discursos exponen a los TRA como una posibilidad casi infinita. Estos discursos también ayudan a percibir al cuerpo como un potencial a partir del desarrollo

tecnológico en las ciencias médicas. Según Turner (1988) lo podemos llamar el hombre “útil y disciplinado”, a partir del control desmedido que se ejerce sobre el cuerpo.

Recuerdo con especial odio-agrado los procesos para la extracción de los óvulos. En mi informe ponían -“infertilidad femenina”-. Sí porque un día alcancé a leer mi historia clínica, mi protocolo como le llaman, el informe de nuestra caso y eso es lo curioso, que en un inicio yo pensé que los informes se llevaban por separado, pero no es así, los informes van por parejas, por familias, entonces ya no entendí por qué era infertilidad femenina la clasificación. Pregunté, claro que pregunté, pensando que era yo la del problema, pero me dijeron luego de muchos estudios y mucho dinero, que el problema era de los dos. -¡Ah caray! ¿Entonces, por qué dice “infertilidad femenina”?- Debería decir la patología de los dos, ¿o no? Como te dije, a mí no me importan las culpas, pero las denominaciones pueden ser muy injustas, y más que injustas pueden ser muy subyugantes. ¿Usted no cree? ¿Qué me puede decir de esto? Es muy subyugante, es como las campañas publicitarias de Lomecam o del jabón Salvo, o sea, que si no te lavas con esa madre, no eres una buena niña y solamente las amas de casa saben lavar trastes, las demás mujeres y hombres son unos inútiles, son unos pen... ¿Qué mundo es éste? Ya sé, un mundo donde te toca ser hombre o mujer y por éstas te riges o te riges. Así, no hay de otra. (Miriam).

De lo expresado por Miriam a partir de su enfrentamiento con las denominaciones exhibidas en los expedientes de los pacientes es posible estudiar cómo se comprende a la infertilidad anclada a lo femenino. Hay una reproducción e internalización del conocimiento. Más exactamente hay una internalización en sentido general. Ésta constituye la base, primero, para la comprensión de los propios semejantes y, segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto realidad significativa y social (Berger y Luckmann, 2001: 165).

El discurso médico legitima el mandato cultural sobre el binomio mujer-madre. La construcción del ideal femenino, es la mujer vinculada a la maternidad. La práctica y el discurso desde los procederes alópatas contribuyen a legitimar los mandatos culturales. La práctica y el discurso desde los procederes alópatas construyen sentido sobre la infertilidad asociada al género, sobre la infertilidad asociada al cuerpo, en especial al cuerpo femenino. Para este caso no hay tensión entre los discursos alópatas y el mandato cultural. Se trata de una significación lingüística, de una producción discursiva que produce un sentido, que produce convencionalismos y éste es el acervo cultural del cual se sirven los individuos.

En mi caso, el problema de fertilidad lo tenemos los dos entonces mi pregunta era: ¿se trataba de un error? ¿me habían descubierto un problema nuevo? Pregunté al doctor y su única respuesta fue que era -“una denominación por defecto”-. Por poco me desmayo cuando me dijo eso. Yo hice amistad con otra pareja que en ocasiones coincidíamos en nuestras citas a consulta. En el caso de ellos el diagnóstico de infertilidad era para él, para su esposo. Sin embargo, su informe decía lo mismo. Te juro que estaba de infarto. Fuera cual fuera el caso, todos los casos de reproducción asistida están bajo la “etiqueta de infertilidad femenina”. Una vez leí de una autora cuyo nombre no recuerdo, pero ella decía, voy a tratar de recordarlo: -“Para el lenguaje nos nombramos con el masculino genérico y si en mi informe pone “el paciente” en lugar de “la paciente” no pasa nada, pero si nos tocan la virilidad, eso es otra cosa”-. Esta misma autora, te voy a quedar a deber el nombre, decía, sigo parafraseándola: -“Si estás en un tratamiento de reproducción asistida y no te sientes identificada agradece tus privilegios, pero no te vayas de nuestro lado. Porque, realmente, aunque no tengas ningún problema de fertilidad, de peso o de dinero, cuando entras en el mundo de la reproducción asistida, el problema te encuentra a ti-. (Miriam).

¿Cómo se expresa el sujeto infértil?

Los discursos desde los individuos que están en una constante búsqueda de solución a su proceso de infertilidad están orientados por los significados construidos socialmente. Estos significados se construyen y se aprenden en la interacción con los “otros”.

Nacimos para estar en parejas, por ello llevo dos matrimonios, pero sobre todo reconociendo que el primero fue todo un fracaso y fue un fracaso justo porque no logramos tener hijos y vuelvo nuevamente a lo religioso en lo católico es una de las principales causas para anular un matrimonio, si no hay hijos, si no hay descendencia sencillamente terminan el matrimonio y nadie lo cuestiona. Es ley de los hombres, es ley de Dios. (Rosa).

Te pasas la vida escuchando y hasta tú mismo repites frases como: -“tienes toda la vida por delante para ser padre”- eso cuando eres pequeño. Luego cuando entras en procesos de búsqueda de tus hijos y éstos no llegan, entonces ya cambian y te dicen: -“sabes qué, no te preocupes, yo conozco a una familia que al final...”-; o te dicen: -“sabes qué, ustedes no han logrado sus hijos porque están obsesionados, déjenlo fluir”- y yo digo -“¿Cómo chin... no estar obsesionado?” Y cuando no hablan contigo entonces hablan a tus espaldas y te enteras que dicen cosas como: -“ellos están bajo tratamientos y tienen que aprovechar pues ésta puede ser su última oportunidad”- o peor aún: -“pobrecita, todas sus amigas son madres ya y ella está sola”-. Esta sociedad es muy dura, y la misma sociedad te obliga a meterte en un huacal y procura no salirte del ahí. (Luis).

Entendemos que los discursos son resultados del proceso de interacción que se da en la vida cotidiana. Del proceso de interacción con los otros. De la socialización: comprensión y asunción del mundo en que se vive con los otros. En este sentido los construccionistas nos legan la forma compleja de la internalización. “Yo no sólo comprendo los procesos subjetivos del otro: comprendo el mundo en que él vive, y ese mundo se vuelve mío” (Berger y Luckmann, 2001: 165).

Siguiendo en este mismo sentido, y guiados por las referencias constantes de nuestros entrevistados pensamos en cómo se vuelve necesaria la adscripción a una continuidad por construir un proyecto de vida basado en los marcos tradicionales. Desde las respuestas de los sujetos de investigación se pudo analizar que existe una marcada influencia de los discursos generados desde los actores sociales para persistir en una constante búsqueda del embarazo. Dentro de nuestro análisis llama la atención que dichas instituciones y actores sociales son variados: la escuela, la familia, las creencias religiosas, los amigos, la pareja; sin embargo, denotan unanimidad en los discursos referentes a no claudicar ante la imposibilidad fecundativa, reproductiva. Al exponer lo que se dice vamos a ver que aunque cada actor emplea un lenguaje diferente, su finalidad es reproducir para mantener los significados tradicionalmente heredados.

Mira como yo lo he aprendido es que estas cosas a veces no se resuelven, lo que se hace es que se sanan, se sana tu cuerpo contra aquello que lo afecta, lo malo que está en el cuerpo siempre tiene una solución, así lo indican los ancestros y nuestros conocimientos nos ayudarán. (Rafael).

“Sanar al cuerpo”. Hay una sinonimia en la discursividad desde lo médico hegemónico y desde lo médico alternativo: “sanar al cuerpo”. Ambos ámbitos entienden a la infertilidad como una patología, por lo tanto hay una necesidad de curar, de reparar un daño que se manifiesta en el cuerpo femenino o en el cuerpo masculino. A través de las producciones discursivas se logra una legitimación de la ecuación de vida: hombre + mujer = hijos. Esta ecuación la creemos básica para entender los procedimientos sobre el cuerpo. El análisis nos condujo a la conclusión de que lo que se pone en juego con las alternativas de tratamientos es traer un hijo biológico al mundo, y no necesariamente curar la infertilidad, recordemos que no es una patología, aunque sea tratada como tal, es una condición del organismo animal.

Desde Bestard y colaboradores es posible reportar un congruencia con nuestro pensamiento. “Hay que dejar muy en claro que los tratamientos de infertilidad no tienen

como objeto curar la infertilidad ni ninguna otra patología: los infértiles no dejarán de serlo ni siquiera cuando el tratamiento haya tenido éxito. Los tratamientos tienen por objeto proporcionar un hijo biológico. El éxito (...) consiste en reproducir un vínculo consanguíneo” (Bestard *et al.*, 2003: 18). Por lo tanto la infertilidad es una condición que te acompañará hasta la muerte. Así también lo describen Miriam y Luis. Nunca se deja de ser un sujeto infértil. Sólo se logra un hijo.

Yo sí soy católico y en la Biblia dice que el cuerpo es para el Señor y el Señor es para el cuerpo. ¿No saben ustedes que su cuerpo es templo del Espíritu Santo, que habita en nosotros y que lo hemos recibido de Dios? Que sus cuerpos sirvan para dar gloria a Dios (1 Corintios 6: 13-17, 19-20). Por ello es que mi forma de dar gloria a Dios es teniendo un hijo. Yo lo veo como la forma cimera⁴¹ de consagrar al matrimonio. (Roberto).

El embarazo para mí, significa un estado de la mujer en donde en mis creencias se cree que es un milagro de procrear una vida. Simplemente imagino que sería maravilloso llevar una vida dentro de ti. Así lo vi en mi familia y lo veo también en mis amigos. Planeaba tener tres hijos, vengo de familia grande, es mi legado, era mi obligación tener varios hijos, así lo sentía que era mi obligación, y hoy por hoy lo sigo viendo como una obligación, para mí la maternidad comparte esa doble calificación de obligación y de necesidad y como te digo hoy por hoy lo sigo pesando. (Cristina).

Las causas (de la infertilidad sospechada) son males, males espirituales, males del cuerpo, y posiblemente algún descontento de los ancestros y con nosotros mismos. Habrá que buscar la sanación con los remedios que nuestro pueblo conoce. Los grandes pueden ayudarnos. Yo sé que sí. -Me hablas de males del cuerpo, del espíritu ¿Cómo saben que éstas son las causas?- Así nos dicen en nuestro pueblo

⁴¹ Pensamos que Roberto entiende a la llegada de los hijos como la máxima expresión dentro del logro matrimonial.

cuando vamos de visita, así me dice mi abuelita. Ella me cuenta que cuando era jovencita también por un tiempo le pasó lo mismo, no lograba sus hijos, pero con algunos de los remedios que le dieron en nuestro pueblo, así lo resolvió. (Lola).

Se percibe un mandato cultural en el cual se inscriben los discursos. Existe una reproducción del discurso. Hay una muestra de la tradición judeocristiana en cuanto al significado del cuerpo; o sea, que éste también significa desde el discurso religioso. Sin embargo, tal vez sea apropiado decir que existe una reproducción del discurso desde la religiosidad, debido a que algunos de los sujetos de estudio son practicantes de otras creencias diferentes de la católica. Esta discursividad repetida es incorporada a la vida, a la rutinización. Esta discursividad va construyendo sentido, otorgando significados a la fertilidad y por ende a la infertilidad. Los sujetos de estudio ponen de relieve estos significados.

De estos mismos fragmentos expuestos es posible dimensionar en la discursividad a la presión familiar. La familia como una estructura que juega un rol importante y decisivo, puede ser de acompañamiento o de rechazo. El decir de los miembros familiares se convierte en acumulaciones de significados que se preservan a través del tiempo y se transmiten de generación en generación. Y vuelve la mirada a los socios de relación.

A través de los discursos desde los diferentes actores presentes en la vida cotidiana, se construye y se legitima a la infertilidad como una condición vergonzosa. Como resultado de ello y en continuas comparaciones con personas que sí han logrado sus embarazos es posible exponer aquí a la aparición de un proceso que también se vive en soledad. Si bien algunos sujetos han encontrado en sus familias y amigos el acompañamiento para vivir el proceso, no podemos dejar de lado aquellos otros que producto de las continuas preguntas, percibidas como presión social, deciden callar, y se sienten social y personalmente disminuidos. Rosa explica que por momentos ha intentado revelarse y asumir su no maternidad involuntaria como un hecho dado. Ella misma conoce a otras mujeres que así lo han hecho, lo cual es congruente con reportes y publicaciones que exponemos en este

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

trabajo. Sin embargo, argumenta Rosa, que el discurso a su alrededor siempre es el que le recuerda que ella como mujer no está realizada. Ella como mujer no está completa.

Yo he querido romper, porque tengo amigas que me han dicho que si no puedo quedar no pasa nada, que ellas me van a seguir queriendo igual, pero yo siento que no es cierto que no es verdad, que me lo dicen para reconfortarme, pero la realidad es que no soy una mujer completa. Yo he querido romper con el tabú, romper con lo que los demás esperan de mí, eso que significa ser mujer, quiero comenzar a vivir siendo yo, sin embargo, romper con un tabú conlleva un precio muy alto y muchas no estamos dispuestas a pagarlo, por eso muchas prefieren vivirlo en silencio. Al final, para protegerte a ti misma, te alías con el silencio y vives tu proceso en soledad, sólo lo comentas con los más allegados, a los demás no les dices. Es mejor vivir el proceso en soledad, pues la sociedad se la vive preguntando y juzgando: -“¿para cuándo el niño?” —“con tu edad ¿no quieres ser madre?”-. Porque en los límites mentales de muchas personas no cabe todavía la idea de que no todas las mujeres quieren ser madres y más que eso, que no todas las mujeres que están buscando un embarazo van a compartir contigo el proceso. Es tremendamente violento enfrentar cada uno de los roles que la sociedad nos impone a las mujeres y llevar paralelamente esa lucha por dentro. No es tu derecho saber cuál es mi estado sexual y reproductivo. Quería romper el tabú; hay gente que no se lo cuenta ni a su propia familia. Veo mucha soledad en estos procesos. Pero la soledad también la viví con los médicos y esto es muy cuestionable y es hasta peor, porque te hartan, a mí cuántas veces me han dicho: -“no te angusties, todavía estás joven”-, pero ya ves que te digo que la familia y los amigos dicen: -“se te están pasando los años”-. Entonces qué es lo que tengo que pensar, no sé, tengo un esposo que me acompaña, pero de veras no sé qué pensar. (Rosa).

Rosa se percibe distinta a las demás. Esta distinción está entendida en detrimento de ella misma. En los discursos del círculo social donde desarrolla su vida ha encontrado los

sentimientos y los significados de su proceso de infertilidad. Una vez más Rosa, al igual que otros, cargan sobre sus hombros amonestaciones como: “vergüenza” o “degradación”, “falla”. “Usted sabe que mujer que no pare no sirve”. Así nos explicaba un médico con especialidad en ginecoobstetricia y que labora en una clínica privada. “Y para el caso de las mujeres es peor, pues para ella cuenta mucho la variable edad”, nos expresaba otro médico. Entonces al percibirse distinta a las demás, prefiere vivir en silencios. Rosa se ha auto-redefinido a través de la infertilidad. Rosa se denomina y estas concepciones han sido creadas desde los discursos de todos: del sujeto infértil y desde los demás actores sociales. Así se legan las concepciones al discurso social.

Francamente yo no me veo ni en un bando, ni en el otro. Yo no me veo reflejada sobre la maternidad y mucho menos en la infertilidad. Hay un vacío, un hueco, un intermedio y en ese intermedio estoy yo, no sabrás cómo nombrarlo, pero ahí estoy yo, en la búsqueda, en los intentos, todavía no es la felicidad del todo, pero tampoco es el fracaso total. (Rosa).

Las palabras, el lenguaje, la discursividad, son coercitivos, tipifican a las personas. Sé, a través del discurso, cómo me llamo y cuáles acciones debo llevar a cabo. Tal vez para este entonces valdría la pena recordar el doble anclaje expresado en la frase “el homo sapiens es siempre, y en la misma medida, homo socius”. (Berger y Luckmann, 2001: 72)

Otro aspecto que salió a la luz a través del discurso

Mira yo en algún momento intenté buscar médicos que trabajaran para gobierno, pero me detuvo la opinión de muchos amigos y ciertamente cuando busqué terminé por convencerme que en nuestro estado de Aguascalientes no se le dedica tiempo, ni recursos a los problemas de infertilidad. Si alguien tiene este problema como el que tengo yo, debe ir a fuerzas con los servicios privados, de lo contrario no tendrás nada, y asistir al privado tiene sus costos muy altos, costos económicos

que no todos tienen, estamos hablando de sumas muy elevadas, de más de un millón de pesos. (Roberto).

De los intercambios con Roberto, así como con otros entrevistados, fue posible establecer que existen tensiones entre el discurso y las acciones de los servicios de salud público y el mandato cultural dentro del contexto donde se desarrolló el estudio. Entonces podemos decir que las que sí beben del acervo sociocultural son las instituciones médicas del sector privado, así como los prestadores de servicios de salud de otro tipo, inscritos en el MCA. Así vemos cómo a partir del discurso comienzan aflorar los aspectos tales como la mercadotecnia y la economía de la salud.

Para estas formas de servicios de salud, las personas infértiles y sus procesos, representan un mercado. Cada tratamiento, cualesquiera que fuera, tiene un costo, hay un valor de cambio detrás de cada uno de ellos. Los tratamientos presentan una posibilidad de traer al mundo un hijo vivo y cada uno de ellos tiene un precio. Éstas cualidades los vuelven mercancías, en tanto bien económico. La infertilidad está descrita como una enfermedad, entonces es contraria a un estado de salud, y estas formas de servicio de salud venden opciones, si bien no para restaurar la salud, sí para hacer en gran medida la diferencia. No se deja de ser infértil, pero está la posibilidad de tener hijos. A estas categorías se les va retomando durante el reporte de resultados, pues es innegable el rol que juegan alrededor de la infertilidad construyéndola como fenómeno del padecer.

Según Verón, la discursividad tiene un doble anclaje, “del sentido en lo social y de lo social en el sentido”; así mismo se percibe desde los relatos de los sujetos de estudio. La dimensión y el sentido presente en todos los discursos se produce en el interior de una formación social (Verón, 1987: 17; Toledo & Sequera, 2015). Para el caso, formación social, hace referencia al contexto donde interacciona cada uno de los sujetos, cuyo proceso de infertilidad ha sido estudiado. Siguiendo las palabras de Verón (1987: 17), la dimensión y el sentido van dejando una huella. En tanto huella demarca entonces un trazo a seguir en la vida del individuo, una huella que se puede calificar como indeleble. Se puede dar una

reconfiguración del camino a seguir. Sin embargo, es pensamiento y cuestionamiento persistente de los sujetos de estudio qué tan dispuestos están para abandonar el camino marcado.

El discurso social sobre la infertilidad como fenómeno objetivo es un proceso que produce el sentido de la misma. De Verón (1987: 125) tomamos las siguientes ideas: “toda forma de organización social, todo sistema de acción, todo conjunto de relaciones sociales implican, en su misma definición, una dimensión” que otorga significados. Los actores e instituciones en tanto sociales, son constructos que suponen formas de producción de significado, los cuales se comparten a partir del proceso de interacción que se da entre ellos.

El ser humano aprehende y asume su ubicación y misión en el mundo de la vida a través de los constantes intercambios. El ser humano habita en un mundo de nomenclaturas y denominaciones intercambiadas, que implica un significado y al mismo tiempo comporta una identidad. En cuartillas anteriores, declaramos algunos estudios donde era posible registrar una reconfiguración de la identidad de las personas a partir de su decisión de no ser madres. Sin embargo, los mismos autores de dichas investigaciones concluyen que a pesar de la movilidad social y de otros factores, no pocas personas prefieren la reproducción del mandato cultural. Mandato que se construye y se comparte a través de la discursividad.

La incesante búsqueda de una solución a través de las prácticas

“La expresividad humana es capaz de objetivarse, o sea, se manifiesta en productos de la actividad humana, que están al alcance tanto de sus productores como de los otros hombres, por ser elementos de un mundo común.”

Berger & Luckmann, 2001.

Reconocemos a las prácticas como la parte objetiva dentro de los procesos de búsqueda de solución de la infertilidad. Las prácticas objetivizan la reproducción de los mandatos culturales. Las prácticas objetivan los significados que se han construido y compartido y que conforman la realidad del mundo de la vida que nos ha sido legada, que hemos aprendido y a la cual nos hemos adscrito. Este apartado lo estamos dedicando al análisis de las prácticas que los sujetos ponen en juego. Estas prácticas con la finalidad de concebir un embarazo e hijo vivo. Consideramos importante el análisis a partir del significado que generan las mismas. Este significado lo vemos en que las prácticas desarrolladas por el sujeto contribuyen a legitimar el universo simbólico que puede ser un embarazo. Por ende contribuyen al significado de la infertilidad como fenómeno vergonzoso para la vida de algunas personas. La cristalización social del embarazo como universo simbólico indica al individuo por qué es necesario tomar acción ante una sospecha o confirmación de infertilidad. Sin embargo, el cómo tomar acción o cuáles acciones llevar a cabo va estar bajo la indicación del contexto sociocultural donde se desarrolla la persona; desde dónde se construye el conocimiento de la realidad de la vida cotidiana.

Nuestro estudio mostró que los sujetos toman acción, seleccionan las prácticas orientados por el conocimiento. Por lo cual se piensa que los conocimientos tienen consecuencias en las prácticas incluso más de lo que se tenía previsto. Este resultado interpeló de manera considerable las apreciaciones establecidas *a priori*. Al decir esto, pienso en un ejemplo que más adelante será expuesto con mayor detalle, sin embargo, desde la mirada a la tabla 2 es posible evidenciarlo. Cómo al interior de un mismo caso se manifiestan más de una tipología de tratamiento en tanto prácticas y alternativas en la incesante búsqueda del embarazo; incluso cuando las doctrinas religiosas a las que se pertenecen están en desacuerdo con las definiciones de estas tipologías, como es el caso de la postura del Catolicismo frente al empleo de fecundación *in-vitro* y de los vientres subrogados.

Es válido recordar que estamos hablando desde un Aguascalientes que se describe como mayoritariamente católico. Sin embargo, cuánto puede cambiar la postura del sujeto de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

estudio cuando es la misma doctrina religiosa la que dicta como realidad inamovible el hecho de traer hijos al mundo. Valdría la pena retomar las palabras de Geertz (2003: 44): “lo que el hombre es, puede estar entretelado con el lugar de donde es y con lo que él cree que es de una manera inseparable”.

Durante el ejercicio de investigación se encontraron varios tipos de prácticas, de las cuales damos cuenta a continuación. Estas prácticas fueron agrupadas en dos modelos específicos adoptados desde la literatura: Modelo Médico Hegemónico (MMH) y Modelo Curativo Alternativo (MCA) (Díaz, 2012). Así fue declarado al inicio de este documento. Sin embargo, una vez llegado a este punto y luego del análisis, se considera que es necesario llamar la atención sobre cuestiones que creemos fundamentales: 1. los discursos al interior de cada tipo de práctica dan cuenta del mismo significado para la infertilidad como enfermedad o padecimiento del cuerpo y que además es necesario remediar; 2. a partir del histórico uso de cada una de las prácticas se muestra la legitimidad *per se*. Por lo tanto, tal vez será necesario proponer una reconceptualización a partir de qué se entiende por “hegemónicas” y por “alternativas”. A este último punto dedicamos algunas líneas. Sin embargo, es necesario declarar que no llegamos a la red denominación de los modelos, debido a que es factible una mayor profundización en el análisis para tal caso, además de que no es objetivo de investigación. 3. destacar la complementariedad de las prácticas en lugar de suponer una sobreposición de posturas. Ante una sospecha o diagnóstico de infertilidad todas las prácticas significan una alternativa de tratamiento para lograr cumplir con el universo simbólico: el embarazo.

Como hemos estado expresando desde un inicio la infertilidad está socialmente entendida como una patología, por lo tanto es necesario curarla. Para ello se intenta sanar al cuerpo, lo cual lleva implícito un sometimiento del sujeto. El cuerpo, histórico y socialmente, ha sido conceptualizado y aceptado como un lugar para la gestación, por lo tanto se medicaliza. Se borra la diferencia entre el cuerpo del discurso del sujeto y el cuerpo del discurso científico (Tubert, 1991: 3). Las personas con sospecha o diagnóstico de infertilidad se someten a una

serie de procesos, distintos tratamientos todo ello en aras de lograr la fertilidad y así cumplir con el mandato cultural social y genéricamente pactado y asumido.

Según Berger y Luckmann, en el mundo de la vida hay una actitud natural orquestada por el sentido común. Para el caso de nuestra investigación pudiera entenderse como actitud natural la paternidad y la maternidad. Lo justificamos a partir de que la reproducción biológica está socialmente determinada. Entonces podemos plantear que la infertilidad es un fenómeno que desordena esa vida pautada y da al traste con la actitud natural. Entonces los sujetos pueden entrar en una crisis de sentido, lo cual podría ser la explicación, entre otras cosas a la necesidad de buscar soluciones. La infertilidad significaría una actitud no natural, por ende es interpretada como un padecimiento por algunos sujetos.

“Una posibilidad infinita... Hasta que lo logremos; hasta que lo logres...”.

Las prácticas, los tratamientos, ni tan hegemónicos, ni tan alternativos

Me realizaron fertilización *in vitro* y salió negativo, pero la verdad no entiendo, porque los embriones era de buena calidad y no sé por qué, puede ser que no se peguen. (...) Yo creo que Dios tiene grandes cosas para nosotras, hay que seguir echándole ganas hasta que lo alcancemos.

Norma,

intervención en un foro de Internet.

Para mí ser madre es un sueño adorado, es un pendiente que traigo en mi alma de esta vida y no me lo quiero llevar a la reencarnación de la otra vida no quiero que transmigre un alma infértil a la otra vida; pues a veces hasta pienso que tampoco lo había logrado en las vidas anteriores. (Rosa).

El interés del presente estudio no es precisamente la mirada a las prácticas que se desarrollan para el logro del embarazo y finalmente de un hijo vivo. Sin embargo, se hace necesario el reconocimiento de las mismas como asociadas a una interpretación del

fenómeno de la infertilidad, al mismo tiempo que son generadoras de significado. Por esta razón es que se considera la redacción de un apartado que exponga brevemente cuáles son las principales prácticas. Éstas se redactarán según un análisis orientado al interior de dos vertientes: las implementadas por las ciencias biomédicas y las implementadas por los métodos curativos alterativos.

Todo lo anteriormente expuesto nos invita a pensar a todas las prácticas como alternativas de tratamientos para el fenómeno de la infertilidad. La combinación e implementación de uno y otro método, la asistencia a las diferentes consultas son las objetivaciones sobre la infertilidad construida como padecimiento.

La infertilidad. Prácticas desde las ciencias biomédicas

“La construcción social de los problemas de salud
está siendo reemplazada por la construcción
corporativa de la enfermedad.”

Moynihan y colaboradores, 2002

Antes de comenzar me gustaría dejar asentado que la intención de este apartado no es condenar las prácticas y la discursividad al interior del MMH. Para desarrollar este punto nos adjuntamos a las palabras de M. Foucault cuando propone: “determinar los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para ver en qué medida se puede rectificar o aplicar el modelo” (Foucault, 2008: 84-105).

Como se ha dejado dispuesto desde el planteamiento del problema de esta investigación, los discursos hegemónicos alrededor de los procesos de salud-enfermedad se tejen desde las Ciencias Biomédicas. La medicina es la ciencia que se dedica al estudio de la vida en relación estrecha con todos los procesos de salud-enfermedad. Para estos estudios se despliega una amplia gama de conocimientos técnicos para mantener al cuerpo en “estado de salud”. En las ciencias médicas se utilizan conceptos como: diagnósticos, tratamientos y

prevención de todo aquello que conceptualmente se considera una enfermedad o que está fuera de un normal funcionamiento del cuerpo.

En amplias ideas, así es como se comporta el Modelo Médico Hegemónico para el mundo en Occidente. El señalamiento o la crítica que le pudiéramos hacer a este modelo y sus formas de operar estaría en el orden de que sus discursos tienen una tendencia a dar respuestas "únicas y verdaderas" (Médico 2. Especialidad Ginecoobstetricia. Clínica privada) ante cualquier padecimiento, malestar, enfermedad o afección, lo que en ocasiones envuelve definiciones universales y, por ende, tratamientos. Así mismo éstas son interiorizadas y puestas en práctica por la sociedad en su conjunto.

A partir de este reconocimiento exterior e interior, cual institución en la vida social de los seres humanos es que se considera importante dedicar un espacio a la descripción y análisis de las prácticas y usos en las ciencias médicas en torno a la infertilidad. Si bien en una parte inicial en este trabajo se estuvieron abordando algunos aspectos que relacionan los conceptos de Medicina e Infertilidad, para éste entonces se propone una profundización en el mismo. Para ello se tendrá en cuenta cómo se legitima el pensamiento médico, a través de la reproducción del mismo en el discurso y en la relación médico-paciente, así como en las prácticas y estrategias desde los que solicitan el servicio.

Varias son las voces que han dejado señalado en sus estudios que a través del discurso, los médicos transmiten la percepción "científica" al resto de las personas (usuaria/os), influyendo en el comportamiento de estos últimos dentro del sistema salud-enfermedad-atención (Van Dijk, 2000: 19-66). Se entiende así su capacidad de sedimentación a través de la historia y su asentamiento como institución social que marca profundamente la percepción sobre los procesos de salud-enfermedad. Es decir, se da una "...conciencia médica generalizada, difundida en el espacio y tiempo, ligada a cada existencia individual, pero al mismo tiempo a la vida colectiva en un contexto dado de la nación. Esta conciencia es lo que hace posible que la falta de un hijo se perciba como "enfermedad" (padecimiento) y se pida una solución al cuerpo médico" (Tubert, 1991: 7).

A las sombras de estos planteamientos nos atrevemos a pensar que la práctica acompañada del discurso médico son las que permiten y mantienen la construcción social del padecimiento frente a la infertilidad y a todas las patologías en general.

Si bien la capacidad del discurso de construir un sentido, un significado sobre la infertilidad se asienta en la posición de fuerza social desde sus enunciadores, esta construcción, sin embargo, no es mecánica y pasa por una gestión, las prácticas. El dispositivo que se organiza tiende al acaparamiento legitimado de la infertilidad por la comunidad médica, como única vía de resolución de lo que ellos mismos denominan una patología. A las estrategias de legitimación/deslegitimación, autorización/desautorización discursiva, y silenciamiento de discursos disidentes, en particular los que se tejen desde algunas posturas alternativas, se añaden estrategias de fabricación del consenso social en pro del equilibrio social y del progreso humano. Este primer movimiento tiende a configurar un orden discursivo en el que la comunidad médica se apropia y monopoliza la capacidad de acción, de gestión frente a procesos de infertilidad. El cuerpo y alma de esta humanidad entró en los dominios de las ciencias biomédicas. Desde entonces los prestadores del servicio nos venden la imagen de que en estos dominios podemos sentirnos seguros: nuestros padeceres están salvados.

Adentrándonos más en el análisis en aras de buscar una imbricación entre el discurso y la práctica encontramos que existe una profunda relación entre el lenguaje “científico” y el lenguaje “común”. De modo que los términos del primero son asumidos por el segundo. Ello descubre una práctica y al mismo tiempo un significado. La presencia hegemónica del discurso médico en la vida cotidiana de los sujetos forma parte del proceso de medicalización. De esta manera se institucionalizan en prácticas sociales.

Para este entonces también podríamos pensar que en la actualidad uno de los principales incentivos de la medicalización es la incorporación de los procesos de salud-enfermedad a un fenómeno casi en su totalidad mercantilizado. De ello podemos dar cuenta al pensar desde dónde se generan los servicios de atención a la infertilidad; y al interior de éstos,

dónde hay mayor calidad, a partir de disponer de la tecnología más avanzada; y posteriormente pensar cuáles son los costos de éstos accesos. En los países en desarrollo, la demanda por servicios médicos especializados a veces no llega a cubrirse, pues tienden a agotarse los recursos de atención para la salud, ya que los servicios son costosos y largos. A ello es lo que Laurell denomina “mercantilización de la salud” (Laurell, 1994: 10). Dos grandes fuerzas corporativas globales son actores mundiales de este proceso: las aseguradoras que forman parte de la acumulación financiera de capitales sociales y las industrias de aparatología y farmacología médicas (Laurell, 1994: 22).

La naturaleza misma de las industrias de aparatología y farmacología requieren que el consumo aumente (Bouguerra, 2001). La expansión de este mercado se acompaña de un discurso neo-biologista que se construye ideologizando los notables avances de la biología, la farmacología y la genética y opera reduciendo la complejidad del proceso de salud-enfermedad cuidando a una sola de sus dimensiones (Stolkiner, 2012).

Un punto a exponer dentro del proceso de mercantilización que implican los TRA es lo rentables que pueden ser. Desde el principio de este ejercicio se dejó establecida la premisa que ante un proceso de infertilidad no son pocas las personas que comienzan a experimentar adversidades en su vida cotidiana: el agobio y frustración por no concebir hijos. Estas adversidades vienen de la mano de lo socialmente esperado para una persona en los contextos del mundo occidental. Debido a ello se conjugan varios factores que hacen cada vez más redituables los TRA, sobre todo aquellos que se llevan a cabo en las instituciones privadas: 1. la estructura social que espera, demanda una paternidad o maternidad y 2. los discursos generados desde el MMH y sus posibilidades y garantías casi infinitas de “cumplir el sueño de tener un hijo”.

La preocupación por la economía y el mercado comenzó a aparecer a partir de las comparaciones realizadas entre las narraciones de los sujetos de estudios. Muchos establecen conocer que las instituciones públicas para la salud del Estado de Aguascalientes

no brindan servicios para procesos de infertilidad. O como exponen algunos médicos, el servicio es limitado.

Mira para comenzar por decirte que en nuestro estado (Aguascalientes), así como en varios de la república mexicana, el programa está orientado hacia los embarazos de alto riesgo, pero como te puedes dar cuenta sólo asistimos, cuando hay un embarazo. Nunca ha sido una preocupación o una prioridad del estado (Aguascalientes) la atención a las personas con condición de infertilidad o esterilidad. Ya desde ahí te puedes dar cuenta, puedes hacer las conclusiones tú de cuál es el tratamiento que le damos a estas personas y te lo puedo decir aunque ello es lamentable: el tratamiento es nulo. (Médico 3. Departamento de Salud reproductiva. ISSSEA).

Por ello los sujetos en su incesante búsqueda del hijo llegan a las instituciones privadas o con otros prestadores de servicios de salud, personas que se dedican a sanar el cuerpo con otras herramientas distintas de las empleadas por la medicina hegemónica. Allí entonces es donde aparece por primera vez el factor económico como parte de la lista que conforma el padecimiento del sujeto. Los costos de los tratamientos. Aparece entonces un mercado explotable por parte del Modelo Médico Hegemónico en lo privado y por parte del Modelo Curativo Alternativo.

Las terapias pero por el orden estatal son muy limitadas, no hay grandes recursos, ni muchas opciones como en las clínicas privadas. Allí no hay muchas opciones, ya lo he vivenciado y además mi médico me lo ha dicho, los servicios del gobierno no son para estos problemas como el que yo tengo. Ellos tienen otras prioridades, como dice la jefatura, la infertilidad no es un problema de salud para gobierno, todo lo contrario. (Lupe).

Dos años estuvimos buscando en terapias de reproducción asistida, alternamos entre clínicas privadas y los escasos servicios estatales que brindan en

AGUASCALIENTES, pues como usted ya debe saber aquí es mejor que las mujeres no paran, así que los esfuerzos están destinados a otras patologías. (Cristina).

Recuerdo mi ingreso en el hospital, todos los protocolos a seguir, toda la manipulación desde los procesos de convencimientos para que acudas a una clínica o a otra. Te lo venden como si fuera lote de fraccionamiento, o casa bancaria, cuál de todas es la mejor, la mejor oferta la de más bajos intereses, es monstruoso lo que se gesta detrás de todo. Bueno en fin recuerdo nuestra primera visita, estábamos muy jóvenes y llenos de dudas, de incertidumbres, pero más que todo eso estábamos llenos de ganas de hacer y nos movía el deseo de los hijos. Nos sometieron a pláticas, a charlas, a explicaciones, eso sí todo muy presentado, pues de esa presentación radica el éxito de ellos, está claro que para ellos el éxito es el cliente, no el embarazo y mucho menos el hijo vivo, eso está claro. (Miriam).

Una vez fuimos con una señora, decían que era buena bruja, nos la recomendaron mucho una amiga de mi esposa (sic), que yo digo que no son sus amigas, pues se la pasaban preguntando y criticando el hecho de que no tuviéramos hijos, ésas no son amigas de nadie. Bueno en fin, que fuimos con la señora bruja y esta señora nos dijo que nos podía ayudar, pero que primero necesitaba leer su mano, le leyó la mano y le dijo que sí que ahí estaba escrito que ella tendría hijos y hasta más de uno. Pero también le dijo que necesitaba que le dieran 2500 pesos para ella comenzar a trabajar. Disculpe usted pero yo me ofendí mucho. ¿Qué es eso de pedirme dinero? A partir de ese entonces yo comencé a pensar en el coraje que me daba que todo el mundo me pide dinero para lograr un hijo, ni que esto fuera una inversión, la compra de terreno. ¿Qué chí... piensa la gente? Usted perdone pero todavía hoy por hoy me da mucho coraje, muchísimo, perdone la grosería. (Luis).

La economía y el mercado emergieron durante el análisis como categorías de análisis. Como parte de los significados y discursos reproducidos sobre la infertilidad como condición vergonzosa, se da la proliferación de variables económicas y la mercantilización.

Ambos emergen desde la legitimidad que le dan los procesos de salud-enfermedad. Recordemos que el ser y parecer saludables están dictaminados por las formaciones sociales, o sea por el contexto sociocultural. Este mismo contexto donde me desarrollo como individuo, este mismo contexto de donde obtengo mi conocimiento de la vida cotidiana, pone en mis manos a la salud como producto de mercado.

Habiendo abordado las articulaciones de los aspectos economicistas de la medicalización como práctica y su discurso respecto a un proceso de infertilidad, pensamos entonces en la utilidad de tornar la mirada hacia la producción de sentido de estas prácticas. Las instituciones de salud, las prácticas en salud, en las que hegemoniza el paradigma medicalizante son productoras de sentido, son productoras del padecimiento.

Se encontró en Iriart y Ríos (2012) que “La medicalización implica la expansión del diagnóstico y tratamiento médico de situaciones previamente no consideradas problemas de salud, como por ejemplo, la reproducción humana. La biomedicalización, por su parte, supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica”.

En concordancia con el pensamiento de Iriart y Ríos, podríamos pensar en los protocolos de actuación frente a procesos de infertilidad. Desde los principios están pautados los diagnósticos en lógicas interventivas. Sin llegar a ponernos en un nivel de análisis desde la variable género, pero sí observando en los protocolos, a las mujeres desde la primera consulta se les someten a exámenes donde predominan el empleo de instrumental quirúrgico y en no pocas ocasiones descritos como procedimientos dolorosos. Para el caso de los hombres, los inicios no suelen ser tan invasivos, pero también entran en la dinámica de una intervención médica.

La medicina moderna ha sido uno de los dispositivos de construcción disciplinar del individuo y, a su vez, lo ha incluido en su propia construcción al reconocerlo como su

objeto. En él se fundan sus prácticas, aún las preventivas, inclusive la epidemiología clásica que hace sus estudios poblacionales tomando como objeto al conjunto de individuos.

La construcción de sentido se vislumbra desde la necesidad de acudir a estos servicios hasta las formas de diagnósticos y tratamientos. En este orden podemos alegar que a la primera que se estudia es a la mujer. Una vez que la fémina de la pareja es sometida a la totalidad de la batería de pruebas, es que se continúa con el diagnóstico masculino. Estos protocolos de actuación parecieran inverosímiles si consultamos y comparamos las estadísticas en tasas de frecuencia e incidencia, para problemas reproductivos, por sexos. De acuerdo a los factores causales, la frecuencia aproximada, con la que se presenta en México, notifica un rango de 25-30% para las mujeres (Pérez, Ramírez, Miranda, Pichardo & Contreras, 2013). O sea, que las causales masculinas reportan mayores registros.

Otro aspecto, que a criterio de la autora, puede contribuir a la construcción de sentido recae directamente en los TRA, referidos a sus usos y accesibilidad, aunque éste último ya lo habíamos abordado en párrafos anteriores con una mirada desde lo económico y mercantil. En este sentido es válido decir que hay una mayor variedad de tratamientos para mujeres en comparación con los destinados a los hombres. A partir de aquí se cree conveniente desarrollar un breve apartado para la mención de los mismos.

Si comenzamos por los servicios gubernamentales habría que señalar la existencia de una guía. La misma recibe el nombre de: *Guía de referencia rápida. Diagnóstico de la pareja infértil y tratamiento de baja complejidad*. Desde su título llaman la atención las palabras: *Diagnóstico de la pareja, Referencia Rápida y Baja complejidad*⁴². Éstas se pueden traducir en la no total disponibilidad que tiene el gobierno para la oportuna y completa atención de la persona infértil. En ese mismo sentido podemos preguntarnos por la disposición de recursos y los índices de éxitos; para la respuesta bastaría con una lectura de

⁴² Guía de Referencia Rápida. Servicios de salud gubernamentales. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_621_13_DXPAREJAINFERTIL/621GRR.pdf

Guía de referencia rápida. Catálogo dispuesto por el IMSS a partir de los servicios de salud gubernamentales. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/621GRR.pdf>

sus páginas. Se encontró que si bien estos tipos de tratamientos de baja complejidad tienen la ventaja de ser rápidos y menos invasivos, por lo tanto menos costosos, no son pocos los reportes acerca de su bajísimo porcentaje de éxito, así como las variadas complicaciones que le suelen suceder (Miller, 2005). Por otra parte llama la atención a quiénes están destinados los diagnósticos. Recordemos la idea expuesta anteriormente e igualmente compartida por el personal del ISSSEA acerca de que los escasos programas gubernamentales están destinados sólo a parejas y además heterosexuales. Por último añadir que si bien en Aguascalientes existen tres dependencias de gobierno para servicios de salud, sólo uno de ellos tiene al menos una Guía de Referencia Rápida para asuntos relacionados a la infertilidad; para este caso el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS).

Los tratamientos para el manejo de la infertilidad de baja complejidad son aquellos que comprenden las relaciones sexuales programadas o inseminación intrauterina de semen capacitado, la hiperestimulación ovárica controlada y el seguimiento del crecimiento folicular (IMSS, catálogo maestro de guía de prácticas clínicas). Desde la mención de los tratamientos se podrían analizar a los mismos como constructores de sentido para el orden del género, debido a que están más orientados al cuerpo femenino. Esta postura contribuye a la reproducción de la creencia social acerca de que los problemas de infertilidad son “cuestiones de las viejas”⁴³. Este análisis se puede complementar sobre la lectura de las pruebas diagnósticas

El abordaje se dirige de la siguiente forma:

- Verificación de la ovulación.
- Exámenes para evaluar el útero y las trompas de falopio.

⁴³ Frase empleada por acompañante de una mujer con sospecha de infertilidad. Conversación en sala de espera de la consulta con la curandera tradicional 1.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Exploración ginecológica completa con examen de citología cervicovaginal. En caso de sospecha de enfermedad de transmisión sexual, deberán realizarse cultivos y pruebas pertinentes para su confirmación.
 - Análisis de semen.
 - Informar a la pareja sobre elemento propicio y la frecuencia para tener relaciones sexuales, que favorezcan la concepción.

Pues decidimos ponernos en manos de estas personas y de inmediato comenzaron los exámenes, los manoseos del cuerpo, las preguntas, algunas muy incómodas, pero tal vez necesarias, comenzaron las jeringas, las mangueras, los tubitos, las cosas frías y plásticas. Comenzó todo un vendaval de cosas, pero sobre todo para ella, las mujeres son las que más lo sufren, es mi criterio. Como le digo, son experiencias muy incómodas, solamente por ello creo que hay mucha gente que no se somete a esto. Aunque claro, también hay que considerar que como mismo comienzan todos los procedimientos, también comienzan las cuentas a llegar a tu casa. Los estados bancarios, ya usted se imaginará. Pero bueno en nuestro caso era lo de menos. (Luis).

Como se puede apreciar de los cinco aspectos que está compuesto el abordaje en sólo uno se hace referencia a los hombres, como personal en estudio.

Estas acciones, las cuales se podrían calificar de breves, exiguas, se corresponden con lo prescrito por el Consejo de Salubridad Nacional, para todo el territorio mexicano. Una vez que se intenta contextualizar al estado de Aguascalientes, la situación cambia, en el sentido de que tales protocolos son inexistentes. Bajo esta circunstancia las personas con sospecha de infertilidad se ven obligadas a transitar por los servicios privados o acudir a las prácticas alternativas, a las que haremos alusión en una segunda instancia.

Como ya se ha explicado, las soluciones dadas por la medicina ante los tipos de infertilidad, radican en una serie de tratamientos. Estos se corresponden con diferentes áreas de oportunidad: medidas generales (en las que están incluidas los tratamientos de baja complejidad ya mencionados), médicas y quirúrgicas, así como la inducción de la ovulación y la inseminación artificial para la mujer (Fernández *et al.*, 2015). A partir del objeto de estudio de nuestra investigación se considera oportuno realizar un apartado para citar algunos de los tratamientos para regular la fertilidad que se dan a nivel mundial, así como en nuestro contexto de estudio.

Desde las ciencias biomédicas se encuentran dos tipos de tratamientos: los convencionales, basados en la toma o inyección de hormonas; cirugías que tienen como fin la regulación o extracción de ciertas partes del órgano reproductivo masculino o femenino; y los TRA entendidos como el “empleo de tecnología altamente especializada que sustituye o complementa al contacto sexual para que la fertilización ocurra” (Fernández *et al.*, 2015).

A continuación se realizará una breve descripción, de menor a mayor complejidad y empleo tecnológico de los TRA⁴⁴. La Inseminación Terapéutica, consiste en depositar los espermatozoides de la pareja en el útero de la mujer sin que exista el contacto sexual. Continuando con la escalada encontramos la *Perfusión Espermática a Oviductos* (FSP, Fallopian Sperm Perfusion). Ésta tiene el mismo principio y objetivo que la anterior; la diferencia radica en la cantidad de líquido espermático a inseminar. En este caso se requiere mayor cantidad.

Correspondería el turno a la *Fertilización in-vitro* (FIV) y la *Transferencia de Embriones* (TE). El objetivo es la unión del óvulo y el espermatozoide fuera del cuerpo humano. Para ello es necesario recrear en un ambiente exógeno con condiciones similares a las que

⁴⁴ La descripción se elaboró a partir dos documentos: 1. material que pauta los procedimientos a seguir para la región de Latinoamérica: *Manual de procedimientos. Laboratorio de reproducción asistida. Red Latinoamericana* (2006). Recuperado de: http://redlara.com/images/arg/livreto_esp_01_2007.pdf y 2. *Marco normativo de la Reproducción Asistida para el contexto mexicano*. Recuperado de: <http://informe.gire.org.mx/caps/cap6.pdf>. Este último es necesario considerarlo debido a que estos procedimientos guardan especial vínculo con normativas ético-jurídicas.

existen en la cavidad uterina. Una vez que se logra la fertilización, son implantados en la mujer, esperando su posterior desarrollo. Es de destacar que estos procedimientos se corresponden con los tratamientos más utilizados a nivel mundial. La *Fertilización in-vitro* tiene una variante, la cual se desarrolla con embriones criopreservados. Para ésta el proceso de fertilización *per se*, ya se realizó.

Otra técnica es la *Transferencia Intrauterina de Gametos*. Lo que distingue a esta técnica es la intención de optimizar los resultados de la Fertilización *in-vitro*. O sea, que se puntualiza con mayor determinación, en aras de corregir los errores de la FIV; ello sobre todo para féminas con problemas en las trompas. Así mismo, como la anterior existe su variante encontrada en la *Transferencia Intratubaria de Embriones*; para lo cual sólo son transferidos huevos ya fecundados (Pérez,1997).

A partir del siguiente párrafo se comenzarán a describir tratamientos que exigen una mayor disponibilidad de recursos debido a su alta complejidad. Por ello es válido señalar que para el contexto de estudio los mismos sólo están disponibles en las clínicas privadas dedicadas a la reproducción humana. Otro aspecto importante a tener en cuenta con los TRA que se mencionan a continuación es su normalización bajo parámetros jurídicos; ello es entendido a partir de leyes, para el control sanitario, que regulan la disposición de órganos, tejidos y células.

La ley, lo legislado también es constructor de sentido respecto a la infertilidad y sobre todo cuando preguntas: ¿quiénes tienen derecho a los tratamientos? En los últimos años se han presentado iniciativas en ambas cámaras del Congreso con el propósito de normar la reproducción asistida; sin embargo, hasta el momento ninguna ha sido aprobada. Cabe señalar que algunas de esas iniciativas, lejos de proteger plenamente los derechos humanos de las personas, pretendían otorgarle personalidad jurídica al embrión, reconocer únicamente familias de parejas conformadas por un hombre y una mujer o limitar de forma

excesiva el acceso a los servicios de reproducción asistida⁴⁵. Si bien estos aspectos jurídicos fueron abordados en un apartado dedicado al estado del arte, nos permitimos retomar este punto debido a su vínculo estrecho con los procesos de donación de embriones, en tanto tratamiento de reproducción asistida.

Comenzaremos por mencionar que este tipo de donación, se describe como un proceso similar a la donación de espermatozoides. Se considera oportuno señalar que ésta fue pensada para mujeres de edad avanzada, entonces los ovocitos son donados por mujeres jóvenes. Estas donaciones tienen un carácter gratuito, lo cual resulta paradójico frente a lo altamente costoso del procedimiento.

A continuación se mencionan a las *Portadoras Subrogadas* o *Maternidad subrogada*. De todos los procedimientos a éste se le reconoce por su origen totalmente mercantilista, debido a que consiste en el contrato de renta de un útero. Las mujeres bajo este protocolo se comprometen a llevar en su útero la concepción de ovocitos y espermatozoides de la pareja estéril hasta el parto, e inmediatamente después de éste, regresarlo a la pareja contratista. Esta técnica pone en juego una multiplicidad de aspectos: emocionales, legales, éticos, religiosos, médicos, sociales, económicos. Éstas son algunas de las razones por las que no es un servicio del todo difundido.

Como hemos visto hasta aquí, los tratamientos descritas están pensados desde lo femenino. Para el caso masculino hasta el momento se ha registrado una: *Aspiración Microquirúrgica de Espermatozoides de Epidídimo*. Para ello extraer los espermatozoides de varones con obstrucción, catalogada de irreversible de los conductos deferentes, para depositarlos en el útero de su pareja.

⁴⁵ Iniciativa con proyecto de decreto por el que se crea la Ley de Reproducción Humana Asistida y se reforman distintos artículos de la Ley General de Salud, a cargo de los senadores Fernando Castro Trenti del Grupo Parlamentario del PRI y Ernesto Saro Boardman del Grupo Parlamentario del PAN en Senado de la República, LX Legislatura, Gaceta del Senado, México, núm. 237, lunes 28 de abril de 2008. Recuperado de: <<http://bit.ly/u3vLip>>

Iniciativa que reforma y adiciona los artículos 314 y 327 de la Ley General de Salud, a cargo de la diputada Oralia López Hernández del Grupo Parlamentario del PAN en Cámara de Diputados, LXI Legislatura, Gaceta Parlamentaria, México, año XV, núm. 3427-IV, miércoles 11 de enero de 2012. Recuperado de: <[http:// bit.ly/Wi0sJj](http://bit.ly/Wi0sJj)>.

Durante el presente apartado hemos estado haciendo referencias a tratamientos totalmente quirúrgicos; sin embargo, también existen otros que se corresponden con los campos de la ingeniería molecular. Estos últimos son de los que menos se ponen en práctica. La principal causa está asociada a la necesidad de contar con el personal altamente calificado y condiciones de laboratorios muy específicas. Entonces no es ocioso pensar en las consecuencias económicas que esto trae consigo. Para el caso se está haciendo referencia a la *Micromanipulación de Gametos y Embriones*. Específicamente, consiste en manipular bajo el microscopio gametos y huevos fecundados con el fin de diagnosticar y corregir anomalías genéticas y cromosómicas. En una búsqueda rápida se encontró que los precios de estas operaciones están rebasando el orden de los nueve mil dólares americanos (\$ 9, 000.00) (Fernández, Geréz & Pineda, 2015). Esta información fue posible contrastarla en los protocolos de actuación de la clínica privada para la atención a la infertilidad, a través de la revisión documental.

Antes de concluir este apartado, se piensa que es pertinente declarar que los usos y prácticas expuestos son objetivaciones a partir del sentido construido. Sin embargo, en opinión de la autora esta construcción está dispuesta en una relación asimétrica, creada desde el personal de servicio (entiéndase médicos, enfermeras, administrativos) hacia el paciente.

La descripción como asimétrica está pensada debido a que en el momento de la consulta, las creencias, opiniones, organización de valores que atraen desde la cotidianidad no se exponen. El ejercicio del MMH se percibe como un ejercicio de poder. Desde lo médico, por lo general, no se les presta atención, no son parte del diálogo las representaciones míticas, lo alternativo. Sin embargo, también señalamos que la hegemonía de este modelo médico, no significa nunca dominio estático y absoluto. Siempre subyace una arena de conflictos donde hay actores que ponen otras voces y, por ende, otras formas de dominación y producción de sentido, otras prácticas: lo alternativo.

La infertilidad. Prácticas desde lo alternativo

En un acápite anterior se realizó una breve descripción de los discursos, prácticas y usos que desde el pensamiento médico occidental se tejen alrededor de la infertilidad. Si bien se parte de la necesidad de reconocer la legitimidad y lo diversificado de esas prácticas, también es necesario dar un espacio a lo llamado alternativo. La demanda parte de que ante cualquier padecimiento, malestar, enfermedad o afección del cuerpo, las personas asisten también a variantes, tratamientos, consultas dentro de la denominada medicina complementaria y alternativa.

Para la OMS la medicina tradicional es considerada como: “la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de generación en generación” (OMS, 2013). Para esta institución la medicina tradicional aglutina la práctica médica con la experiencia ancestral.

Sin embargo, el rigor y la fe hacia el método científico, fue fulminando a su paso prácticas milenarias, que por no estar corroboradas o reconocidas por este último, fueron descartadas de la medicina “formal”. Pero es necesario destacar que en cuanto a remediar el cuerpo se trata, lo que funciona es lo que se queda, y aún con el dogmatismo de la ciencia, que bien podría llamársele así, han sobrevivido milenarias técnicas de medicina alternativa. Entre las más reconocidas técnicas están la herbolaria, la homeopática, la acupuntura y la ayurvédica. En México existe una tradición indígena de conocimiento y uso aplicado de las hierbas para remediar el cuerpo, que luego se mezcló con la herbolaria de origen español, que a su vez llevaba una tradición árabe. Sobre la base de estos planteamientos se tiene sabido, por estudios procedentes de diversas fuentes, que aproximadamente 84% de la población mexicana hace uso de instancias asistenciales y terapéuticas diferentes a las oficialmente reconocidas (Berenzon-Gorn, Navarro & Saavedra, 2009; INEGI, 2015).

Se reporta en la literatura que estas prácticas están mayormente concentradas en personas con trastornos de depresión o ansiedad (Díaz, Aguilar & Linares, 2015). Así sucede en otros

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

contextos. Pero como dejamos pautados desde un inicio, ante un episodio del cuerpo (patológico o no) la búsqueda de ayuda va depender de la cosmovisión imperante en la persona. A través de esta cosmovisión es que se entienden los procesos de salud-enfermedad, así como la posible solución a ellos.

Pues sí, también he seguido algunas recomendaciones de origen natural, hasta hemos estado considerando a los tratamientos de homeopatía, hemos escuchado de personas, sobre todo mujeres que han logrado reducir sus quistes en los ovarios, motivos de infertilidad, y que han logrado sus deseados embarazos. Pero todavía no hemos explotado esa opción, al menos no del todo, aunque sí hemos comenzado las averiguaciones, sobre todo he estado escuchando recomendaciones sobre algunos médicos que la emplean, lo cual me parece curioso cómo primero son profesionales de la medicina occidental y luego terminan siendo practicantes de estas cuestiones que ni están probadas científicamente, pero que más de un testimonio dice que sí funcionan, sobre todo como le dije antes, personas que han tenido problemas de reproducción. Por el momento estamos intentándolo con tratamientos de origen natural. Pero créame que hasta estoy pensado, lo he pensado en irme con algún brujo, de estas personas que hacen trabajos que remedian al cuerpo. (Roberto).

En una mirada sobre los factores que hacen proliferar la práctica de lo alternativo puede hacerse mención de varios aspectos que son concomitantes. En primer lugar se hace mención a las creencias, lo tradicional, lo heredado desde la formación social a donde se pertenece. Ésta es una organización de valores, de símbolos que dan sentido a su quehacer y les permite entender la realidad social donde se desarrollan. En segundo lugar se han situado las cuestiones económicas. Las razones económicas obedecen a que la medicina hegemónica occidental registra altos costos. De ello no está exenta la medicina tradicional. Mas, en líneas anteriores dejamos expuestas las comparaciones de los costos de un tipo de servicio y otro; resultando más accesibles las terapias desde lo alternativo. Por otra parte se

puede describir la accesibilidad a los servicios, así como la calidad en la prestación de los mismos. Dentro del aspecto de la calidad se pudiera incluir la percepción en niveles de satisfacción desde el propio paciente en su interacción con los prestadores de servicios de salud en general. Desde las referencias de los entrevistados también es posible volver la mirada el temor, al dolor, a la invasión del cuerpo que significan los TRA. La búsqueda de soluciones no alópatas nos habla también de posicionamientos religiosos.

Él, (un amigo) me dijo de la clínica y me dijo de la iglesia, pero también me ha dicho de otros tratamientos más de origen natural que son bien buenos pues no tienen efectos adversos en el cuerpo. A éstos sí he convencido a mi esposa, pues como te dije ella le teme a las cuestiones hormonales y de salón de operación y quirúrgicas. Eso para ella es terrible e impensable, le teme al dolor, de hecho me dijo que si salía embarazada programarán cesárea desde el primer día, para no sentir dolor. Además también ella le teme, no quiere pasar por un proceso frustrante o decepcionante que puede ser someterse a tanta píldora que te transforma el cuerpo, pues son cuestiones hormonales y que luego de tanto tiempo no resulte. (Roberto).

Entre los primeros resultados se han encontrado varias alusiones al empleo de elementos naturales, remedios caseros con la finalidad de lograr el embarazo. Algunas se reconocen como prácticas ocultas, pues no les informan a nadie, ni familiar, ni amigo. Muchas veces se llevan a cabo a escondidas, incluso, de la propia pareja. Antes de continuar se desea exponer un resultado del análisis que consideramos muy importante y no debemos dejar para el final. Desde párrafos anteriores intentamos poner en discusión las denominaciones *prácticas hegemónicas* y *prácticas alternativas*. Luego de obtener las narraciones de los sujetos se hace necesario destacar como aspecto interesante cómo algunos sujetos de estudio describen el uso de los medios curativos alternativos como única vía de solución a un evento de infertilidad. Al tomar partido de esta manera, se refuerza la idea de que los sujetos aprehenden/construyen la realidad desde la interacción con los otros,

configurándose así un “repositorio de conocimiento socialmente disponible” (Berger y Luckmann, 2001) y como tal se asume. Ello es la base para algunas interrogantes que nos surgieron acerca de las prácticas. ¿Qué tan hegemónicas? ¿Qué tan alternativas?

Definitivamente serán hegemónicas o alternativas según el contexto sociocultural desde donde se construya el conocimiento. Para algunas personas lo que la literatura científica nombra como medicina alternativa, se convierte en su principal fuente de búsqueda de ayuda. Lo que entendemos como alternativo se convierte en principal, a punto de partida de las creencias, a punto de partida de lo que aprendieron de la realidad social donde se desarrollaron. Por ello preferimos pensar que todas las terapias son alternativas para solucionar la infertilidad cuando ésta se entiende como un pensamiento. Continuando con nuestro reporte de resultados, partimos de lo narrado por Luis y Miriam.

No sólo fuimos a esa clínica, también buscamos lo que se dice una segunda opinión y hasta tercera, eso con los médicos, pero también fuimos con brujos, con sacerdotes, con familiares, con amigos, fuimos hasta el mismísimo infierno, fuimos nosotros. Ella no cree en fenómenos religiosos ni de ninguna índole, pues a todos acudió y nunca obtuvo lo que deseaba un hijo y por ello dejó de creer. Ella siempre decía: -“yo soy católica y creo en Dios y le pido que me dé la oportunidad de tener un hijo, que me dé la oportunidad de embarazarme”-. Pero cuando vio que Dios no le dio la oportunidad, pensé que lo aceptaría, sin embargo, no fue así, no se resignó, buscó en otras opciones por ejemplo la brujería. (Luis).

A partir de Luis y Miriam se descubre la concomitancia de las alternativas de tratamiento como solución para la infertilidad. Es posible que para algunos sujetos haya un marcado uso o preferencia hacia una vía de solución en específico. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados reportaron acudir a todo aquello que le brindara una esperanza para lograr la concepción.

Entre las alternativas descritas no sólo podemos encontrar “qué se debe hacer”, sino también referencias a “qué no se debe hacer”. Entre ellos se aconsejan eliminar o bajar el consumo de café, además de no tomar agua fría y sobre todo evitarla en horarios matutinos. Entre los remedios más recomendados estuvo el consumo de germen de trigo, una bebida ideal para las mujeres. Para el caso de los hombres se recomienda la ingesta de pulque. Los entrevistados mencionan acudir a éstas como “opciones curativas” en aras de ayudar a las prescripciones médicas que ya tienen. Dicha idea sostiene nuestro hallazgo sobre la concomitancia de las terapias de diversas etiologías. El empleo simultáneo de variadas vías en busca de una solución confirma la necesidad de mis sujetos de estudio de borrar este episodio de sus vidas, justo por los significados asociados al mismo. Ello también contesta a la pregunta sobre ¿qué mantiene a mis sujetos de estudio en una constante búsqueda de solución? ¿por qué acudir una y otra vez a las alternativas de tratamientos?

Yo tomé desde pulque en las mañanas, hasta ingestas con frutos secos, pues me decían que eso ayudaba a la calidad y volumen de los espermatozoides. Una vez hasta me enfermé del estómago por tanta porquería y media que tragaba, me estaba cargando mi salud física y emocional con tal de darle satisfacciones a medio mundo, total que medio mundo no te da para mantener luego a los chamacos, pero ahí vas tú de pende..., pues. (Marcos).

Muy cercano a estas prácticas también podemos citar las recuperadas desde la aplicación y consumo de plantas y vegetales. La fitoterapia también aparece como alternativa frente a episodios de infertilidad. Un apartado que puede resultar interesante es el reconocimiento, incluso de parte de los médicos, a la fitoterapia como remedio acompañante de los TRA para solucionar la infertilidad. Existen diversas plantas las cuales gozan de gran popularidad por sus virtudes y efectos secundarios en pos de lograr una gestación: el Tilo, el Jengibre, el Alóe y la Equinacia, por sólo mencionar algunas recopiladas de las entrevistas con los sujetos de estudio y de las conversaciones con los sanadores. Ellas se preparan como tisanas, para beber calientes y preferiblemente en horarios matutinos. Otras

se llevan destilados o tinturas como es el caso de la falsa raíz de unicornio. Pero no sólo las plantas contemplan la lista de remedios alternativos sino también algunas rocas.

La medicina complementaria

Las prácticas de medicina complementaria suelen agruparse en categorías amplias, como productos naturales, medicina de la mente y el cuerpo, así como prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo. Si bien estas categorías no están definidas formalmente, resultan útiles para describir las prácticas al interior de los que pudiéramos nombrar una tipología médica.

Entre los tipos más reconocidos para la medicina alternativa están los productos naturales de origen natural. Al interior del campo de la medicina complementaria y alternativa se incluye el empleo de diversos medicamentos o productos denominados: botánicos, vitaminas y minerales; la mayoría de ellos en venta libre, o sea, sin prescripción médica. El uso de remedios herbarios para la infertilidad es una práctica antigua que data de 200 d.C⁴⁶. Los suplementos botánicos para el tratamiento de los problemas reproductivos están compuestos por raíces, hojas, cortezas, frutas y flores y están disponibles en las más disímiles presentaciones: comprimidos, píldoras, té y en forma de gránulos.

Se piensa que estos suplementos tienen un efecto positivo en el sistema hormonal, los órganos reproductores y el impulso sexual. Aparentemente, tienen mayor eficacia en problemas de fertilidad causados por períodos menstruales poco frecuentes o irregulares en las mujeres o en desequilibrios hormonales para ambos sexos.

Otro tipo de práctica de lo alternativo se reconoce en la medicina mente-cuerpo. Según Jacobs (2001), la medicina mente-cuerpo se basa en el efecto de los pensamientos y emociones sobre la salud, enfatizando en el rol fundamental que juega en ésta el bienestar o la estabilidad psicológica. Hasta la década de los sesenta, es que muchas prácticas psicológicas reivindican al cuerpo como material terapéutico enfrentado a la palabra,

⁴⁶ Información recuperada de: <http://www.infertilidad.org.es>

patrimonio del psicoanálisis; así entra un supuesto de que los cambios de personalidad están condicionados por un cambio de las funciones fisiológicas (Le Breton, 2002: 84). El concepto de que la mente es importante para el tratamiento de las enfermedades es parte integral de los métodos curativos de la medicina tradicional china y la medicina ayurvédica, cuyos orígenes se remontan a más de 2000 años. Entre las terapias con mayor afluencias de personas están el yoga, ejercicios de respiración, la meditación, la relajación progresiva, la ensoñación dirigida, la hipnoterapia, entre otras (Rodríguez, 2005).

Las prácticas de manipulación basadas en el cuerpo es otra de las clasificaciones al interior de lo alternativo. Éstas hacen énfasis en las estructuras y sistemas del cuerpo, entre ellos los huesos y las articulaciones, los tejidos blandos y el sistema linfático y circulatorio. Una de las prácticas de manipulación más empleada es la terapia de masaje, la cual abarca muchas técnicas diferentes. En general, los terapeutas presionan, frotan y manipulan los músculos y otros tejidos blandos del cuerpo. Los fines son diversos, entre ellos las relacionadas con las cuestiones reproductivas son: aliviar el dolor, reducir el estrés, aumentar la relajación, tratar la ansiedad y la depresión, y contribuir al bienestar en general. Una de las terapias de manipulación para la infertilidad más populares es la acupuntura. Su fama se deriva de la declaración, por parte de varios usuarios, del costo-efectividad, la no invasión y lo indoloro; todo ello en comparación con los TRA (Castillo, Satiesteban, Verdecia, Diegue, & Castillo, 2013).

Es de destacar el aumento en el interés hacia los productos antes mencionados, lo cual subraya un aumento del empleo en forma considerable, y hacia todos los grupos étnicos. Así lo notifican las estadísticas procedentes de analistas de la OMS (WHO, 2010).

Lo mágico-religioso como forma de sanación de la infertilidad

Antes de continuar se desea declarar que si bien reconocemos la impronta de los tipos de medicina alternativa descritos anteriormente, entendemos la necesidad de resaltar también los aspectos mágicos-religiosos, dentro de los cuales también se aplican muchas de las

técnicas y clasificaciones antes descritas. La consideración para este apartado deviene del frecuente uso, a partir de los poderes curativos que se le atribuyen a los brujos, curanderos y personal practicante de temas relacionados a lo mágico-religioso en general. Los beneficios han sido registrados desde las más diversas dolencias, sin embargo, hay una marcada asistencia para hacer frente a los procesos que marcan una imposibilidad reproductiva en el cuerpo humano. Para combatir, sanar o acabar con las enfermedades, las personas también despliegan prácticas entendidas como sobrenaturales. Lo mágico-religioso también es recurso en mano para la búsqueda de la salud y a su vez el restablecimiento del sentido de la vida. Lo mágico-religioso también es dimensión sociocultural presente en nuestra investigación.

Si se piensa en una conceptualización de la medicina tradicional, alternativa o complementaria desde el contexto mexicano, es necesario insistir en la amalgama de elementos que propiciaron su nacimiento. El primer elemento que debemos tratar se corresponde con los antecedentes históricos de los indígenas mesoamericanos, así como con su mezcla con los españoles a partir del siglo XVI. También hay otros elementos, pero con una influencia más variable y son las aportaciones recibidas de los esclavos llegados de África, la medicina científica contemporánea y otras de reciente introducción como es el caso de la tradicional china (Castilla, 2011). Según Castilla (2011) en las sociedades tradicionales católicas, tal es el caso que nos ocupa, se ha usado y se sigue utilizando un modelo mágico-religioso basado en la creencia de que los seres sobrenaturales (Dios, la Virgen o los santos) poseen un poder suficiente para interrumpir el curso de cualquier enfermedad.

Al prestador de servicio en este estilo de práctica alternativa se le conoce como curandero. Este personaje es un elemento representativo de la cultura en varias regiones del mundo. En el contexto de la medicina tradicional, es una figura mística y de relevancia, de respeto y hasta de cierto temor. En torno del curandero se construyen anécdotas, conjeturas, relatos extraordinarios, muchos de ellos son producto de la imaginación humana, pero sin duda, se

le busca por su capacidad de explicar lo oculto, aquello que el ser humano común imagina sobre la existencia de fuerzas que escapan a su razón. El misticismo es el atributo que convierte al curandero en polo de atracción de aquellos que quieren sanar.

Vamos a ver que para el caso de México el fenómeno del curandero no escapa a la descripción anterior y es que la terapéutica tradicional mexicana es inseparable de la cosmovisión en la cual está inscrita. Para la sanación física y del espíritu, el curandero es requerido “cuando aparece el malestar, la sensación de enfermedad o la crisis aguda en que el cuerpo denota que algo negativo se está expresando en él, una serie de personajes con investiduras, funciones, recursos y marcos referenciales diferentes aparecen en el horizonte del doliente: éstos son los “curadores” (Modena, 1990). En el contexto mexicano no sólo responden al nombre de curandero, también se les conoce como brujos, hueseros, yerberos, culebreros, parteras, entre otras denominaciones.

Mi misión en este mundo es la de sanar el cuerpo y el alma de las personas necesitadas de una paz, una tranquilidad espiritual que no encuentran en ninguna parte, por eso llegan a mí. Pues para lograr cualquier cosa en este mundo hay que tener primero el alma y el cuerpo limpios, de malas vibras, de malos espíritus, de malas influencias y a eso es a lo que me dedico yo, ésa es mi función, y así la llevo a cabo, todos los días de este mundo me levanto y rezo por todas las almas necesitadas y yo sé que con mis rezos las personas encuentran paz y hayan el camino a seguir. Así lo he hecho hasta hoy y así lo haré hasta que Dios decida que debo partir. (Curandera tradicional 1.)

El don de curar se percibe a partir de dos visiones. En primer lugar se encuentran aquellos que afirman que el don es de origen divino, y les fue manifestado por un sueño, mientras que otros, fueron iniciados por un maestro, ya sea de origen familiar o algún otro miembro de la comunidad. Para el proceso de sanación, se valen de objetos, pociones, inciensos, hierbas y fuego, en su mayoría objetos procedentes de la naturaleza. Su esencia cultural también se explica porque sus prácticas se remiten a un complejo mosaico, heterocrítico y

de fragmentos de concepciones del mundo indígena, de la medicina hipocrática, del conocimiento empírico y de la práctica médica moderna (García & Rangel, 2010; Juárez, 2017).

Mediante Dios es que yo hago mis milagros. Para las personas que no pueden tener hijos es por mandato de Dios, pero yo hago mis milagros (...) Mis formas de curación, son simples miya, son mis secretos que me dejó mi abuela, secretos de la familia. (Curandera tradicional 1).

En la literatura se describe que la mayor parte de los clientes o pacientes de los brujos se corresponden con personas de bajos recursos. Sin embargo, estudios etnográficos reportan la afluencia de personal cuya posición económica es satisfactoria (Berenzon *et al.*, 2009). Y es que se debe recordar que el curandero tiene el poder de la sugestión y de reducir la angustia del paciente, además de que los procesos de infertilidad se presentan indistintamente del estatus social que se tenga. Y tal vez hasta sea válido y necesario retomar las palabras del autor De Alencar cuando expone que las personas en todos los tiempos, han buscado “ayudas mágicas o providenciales para conseguir sucesión” (De Alencar, s.f.).

Como te digo yo he tenido personas sentadas delante de mí de todos lados, gente con mucho dinero y otros que no, gente con estudios, gente preparada, gente importante, con alto cargo. Llegan a mí por muchas causas. (Curandera tradicional 1).

Ahora bien, ¿cuáles son las causas para que las personas recurren al curandero, al brujo, cuando un fenómeno de infertilidad se les presenta en sus vidas? Se describe en la literatura una diversidad de factores que influyen sobre esta decisión. Entre ellos se pueden mencionar: el deseo de evitar la toxicidad, los métodos invasivos o los efectos secundarios; o bien, alcanzar niveles de calidad de vida que no son posibles con las terapias “convencionales” (Berenzon *et al.*, 2009). Otras de las razones descritas por Berenzon son:

encontrar las teorías médicas institucionales simplistas, incompletas o inadecuadas; la facilidad de acceso y costos moderados de los servicios (ya la habíamos mencionado en párrafos anteriores); la curiosidad nacida de anécdotas o testimonios por parte de amigos y familiares que ya han asistido; pensar que van a recibir un trato más cordial y cercano que el otorgado por el médico alópata; y buscar involucrarse más en la toma de decisiones, tanto de la enfermedad como de los tratamientos a seguir. Se asiste en busca de una alternativa al padecimiento. Alternativa en tanto respuesta a lo desahuciado, lo supersticioso, la necesidad de una paz espiritual que llega con el embarazo, con el hijo, con la descendencia propia. Llegan con la “curandera tradicional”, con el chamán, incluso por prescripción de algunos practicantes de la biomedicina.

Una de las respuestas más difundidas desde lo alternativo para el padecimiento de la infertilidad es la “matriz fría”. Para entender este “diagnóstico” se hace necesario ir a los orígenes de estas concepciones populares. Existe la creencia a nivel mundial de que el cosmos está dominado por una polaridad “frío-caliente” y la misma es aplicada a la naturaleza de las enfermedades en el contexto mexicano. La polaridad frío-caliente, por lo general no hace referencia a las verdaderas propiedades térmicas de los elementos. Lo que los brujos destacan es la necesidad de mantener un equilibrio de temperaturas en el organismo, para preservar la salud.

La polaridad frío-caliente representa entonces una apreciación general de la naturaleza en la que se han clasificado los elementos conforme a dichas categorías. Por ejemplo: los días y el sol son calientes, mientras que las noches se perciben como frías y así sucede con todos los elementos de la naturaleza y de la vida del hombre en general, donde también se contemplan las enfermedades. Entre las patologías⁴⁷ consideradas calientes se encuentran el embarazo, la menstruación y el parto. Esta creencia está muy difundida entre los practicantes de la medicina tradicional y en la población en general. Por esta razón una vez

⁴⁷ Si bien la autora entiende que éstos no son patologías, sino procesos fisiológicos del cuerpo humano y totalmente naturales, se les llama patológicos o enfermedades en aras de mantener la hilaridad del discurso. En acotación de esto se tienen autores que recogen en sus trabajos etnográficos a estos procesos como enfermedades del cuerpo, a partir de las referencias de los propios sujetos de estudio.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

que el embarazo no ocurre o no llega a buen término, se les dice a las mujeres que tienen la matriz fría. Y los remedios están en el orden de consumir alimentos calientes y no bañarse durante el período menstrual. Estas descripciones también hacen volver la mirada hacia la categoría de género, a través de cómo hay procedimientos descritos propiamente para las mujeres y otros para los hombres. La forma en la que el cuerpo se presenta en la vida cotidiana (femenina o masculina) define por sí misma las rutas a seguir para no pocos procesos de salud-enfermedad.

-¿Cómo es eso de la matriz fría? Por favor explícame más-. Es que las mujeres deben tener el cuerpo caliente, el cuerpo de la mujer debe estar caliente para el embarazo. El cuerpo de la mujer es caliente, no es frío, si está frío entonces está enfermo. Por ello los embarazos y otras cosas se mal-logran. El mío se enfrió, sabe por qué, pero está frío, y hay que calentarlo, pueden ser muchas las causas, pero está frío y hay que calentarlo -¿Cómo lo calientan?- Usando los remedios de mi pueblo, mi abuela sabe, ella sabe lo que hace, con sus bebidas, sus hierbas y sus rezos. (Lola).

Mira te voy a comentar, yo siempre escuché a mi abuelita decir que una no debe andar descalza y yo las he visto andar descalzas a muchas mujeres, hacer el quehacer de la casa sin huaraches. Eso está mal hija, no debe andar usted descalza, tampoco debe andar a la noche y con la cabeza descubierta, te enfrías, se te enfría el cuerpo, el cuerpo de la mujer debe estar caliente, así es como mejor está preparado para ser madre. Los vientres, a los vientres les entra frialdad por los pies y eso a veces se nos olvida, hay que usar calcetín y cubrirse la cabeza. (Curandera tradicional 1).

Sí estoy segura que eso es lo que tengo y debo quitar esa frialdad, para ello me tomo mis tés de hierbas. Los compro en una farmacia naturista. Éstos ayudan a relajarme y a que mi panza se ponga caliente, las mujeres no debemos estar frías, yo recuerdo que eso me hablaba mi madre. Bueno pues mi madre hablada de eso,

de que cuando era yo chica, una escuincle, me gustaba andar descalza y limpiaba la casa descalza y siempre me llamaban atención, mi madre pero también mi abuelita el resto de las mujeres que eran más grandes que yo, por ello me inclino a pensar que tal vez tengan razón y por ello no quedo embarazada yo. (Rebeca).

En este punto es posible volver sobre el discurso y sobre el género como categoría de análisis. Se distingue una similitud en el discurso desde personas procedentes de distintas creencias mágico-religiosas: la frialdad en el vientre y la necesidad de que las mujeres se identifiquen con el calor⁴⁸.

A continuación se exponen algunas de las técnicas terapéuticas o tratamientos al interior de la medicina alternativa y complementaria. Los brujos hacen uso de varios recursos herbolarios en infusiones y bálsamos; pero también existe una amplia gama de estas presentaciones con productos de origen animal, vegetal y mineral. Además de éstas es necesario señalar otros procedimientos que gozan de gran legitimidad y validez entre las comunidades de curanderos y sus usuarios. Los mismos no están certificados; sin embargo, son muy convencionales. Para este momento se describe al soplido o rociado, al barrido o escobillado, la succión, el estrujamiento, la limpia y la introducción de la mano. No son pocas las voces que denominan a estas terapéuticas “terapias ilusorias”, en tanto elemento sobre el cual recae la eficacia simbólica de la curación (Zolla, 2008).

Para el enfrentamiento de la infertilidad como dolencia, también son desplegadas oraciones y rezos los cuales acompañan las sesiones de terapias expuestas con anterioridad. Los rezos tienen varias fuentes de procedencia entre ellas la Biblia. Los curanderos en una suerte de sincretismo religioso también apelan a los Salmos, bajo la creencia de que “sin la voluntad

⁴⁸ El ciclo de la vida tiene una dualidad frío-caliente, así lo reflejan las reflexiones sobre la medicina tradicional mexicana, en su diccionario enciclopédico. Existe una predestinación fría o caliente referida por algunos grupos indígenas. La cualidad de una persona puede cambiar, aunque sea por un periodo determinado. Para el caso de las mujeres hay un evento en sus vidas que conlleva a un cambio fundamentalmente caliente: el embarazo. Una de las grandes constantes de tal clasificación es señalar a las embarazadas como calientes (las mujeres que nacen o son excesivamente frías, son estériles). Por ejemplo, entre los tzeltales y los tzotziles se manifiesta claramente la idea del cambio de estado a lo largo de la vida. Recuperado de: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=fr%C3%ADo-calor>

de Dios hasta los recursos médicos más avanzados resultan poco efectivos” (Curandera tradicional 1).

Los practicantes de la medicina alternativa exponen que una oración puede tener un poder de curación comparable a cualquier otro recurso terapéutico, con la ventaja de que consigue alcanzar los espacios del espíritu, inalcanzables por medio de los medicamentos clásicos, todo ello dominado por la premisa de que *“todas las enfermedades comienzan en el alma”* (Curandera tradicional 1).

Pero sobre todo es la fe y el rezar, rezar mucho a los santos, sobre todo a Santa Rita, Santa Rita es patrona de víctimas de abusos, personas en soledad, pero sobre todo contra la esterilidad, enfermedades del cuerpo, causas desesperadas y pérdidas, matrimonios con dificultades, infertilidad, viudas, padres. A Santa Rita es la oración es la indicada para pedir en situaciones de enfermedad, como la infertilidad y en los pleitos de pareja. A Santa Rita la reconocemos entre nosotros los sanadores como la abogada de los casos desesperados, socorredora en la última esperanza, refugio y salvación en el dolor. Usted le pide con fe y de seguro recibirá. (Curandera tradicional 1).

En una mirada analítica a los Salmos, se encontró que entre otros asuntos también hablan de enfermedades y partes del cuerpo. Según los sanadores del cuerpo: “para escoger el más adecuado, conviene realizar una lectura general de los Salmos con el propósito de encontrar la frase adecuada que se adapte a las necesidades de cada uno” (Curandero tradicional 2). Habiendo arribado a este punto se piensa que es conveniente exponer el común denominador entre sanadores que sería “curar con la palabra”. Para este momento estamos hablando de las prácticas, usos y beneficios de otros tipos de medicinas fundamentadas en lo mágico-religioso.

En su paso por la vida el hombre ha buscado en los elementos de la naturaleza la vía de obtener curación y/o mantener en forma saludable al cuerpo. Pero también se ha valido de

las creencias religiosas y de la superstición para conseguir tal fin. En este contexto, la religión católica ha jugado siempre un papel importante a la hora de tratar las enfermedades, o todo lo que el ser humano concibe como anomalía para el cuerpo. Estas prácticas, aún en el día de hoy, aún con la industrialización de la vida en la tierra, se continúan realizando y son muy difundidas y aceptadas como medicina popular.

Por ello para la presente investigación se considera factible el análisis de la importancia de la religión católica, como práctica de medicina alternativa ante procesos de infertilidad. La necesidad de tener en cuenta al catolicismo como una práctica médica al interior de lo alternativo, deviene del contexto donde se establece el presente estudio.

La impronta de esta práctica se piensa que puede estar fuertemente asociada con la postura de la Iglesia Católica frente a los TRA. Esta institución rechaza ese tipo de terapias, calificándolas de antinaturales. Para el catolicismo toda fecundación fuera del acto sexual comporta un modo no humano, no natural e incompatible con la dignidad del nuevo ser concebido. “El acto conyugal significa no sólo el amor, sino también la fecundidad potencial, y por esto no puede ser privado de su pleno y adecuado significado mediante intervenciones artificiales”⁴⁹.

Coincidimos con autores sobre el origen de las creencias curativas desde el catolicismo. Según Díaz (2016) “radica en el propio concepto del catolicismo, que siempre se ha mostrado como una religión sanadora”. En apoyo a esta idea nos basamos en los textos bíblicos donde no faltan las referencias hacia actos de sanación, de curación, en no pocas veces a partir de milagros. Para el caso que nos interesa en este estudio pudiéramos citar a la personalidad de María, la cual quedó embarazada y dio a luz a Jesús. Los textos bíblicos y su sucesiva lectura durante generaciones han logrado formular y difundir la creencia, basada en los poderes tanto de Dios, de la Virgen, como de los santos, de lograr interrumpir favorablemente los padecimientos físicos y mentales del cuerpo. Aparejado a esta creencia

⁴⁹ Así se expresó el Papa Pablo VI en *Humanae Vitae*: Catequesis del 22 de agosto de 1968. Recuperado de: https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/audiencias/1968/documents/hf_jp-ii_aud_19680822.html

está el continuo recordatorio de que las patologías, los males que experimenta el ser humano son también un castigo divino por los pecados cometidos. El remedio a estos padecimientos es uno solo: la oración y la penitencia.

Tratando de darle un fin a estas aproximaciones a los métodos, usos y beneficios de la medicina complementaria y alternativa dejamos establecido que los pueblos siguen siendo creyentes al menos en su propia identidad. Estas creencias, en tanto opiniones, organización de valores, dan sentido a su quehacer y les permite entender la realidad social donde se desarrollan. La búsqueda de soluciones al interior de procesos religiosos parecen necesarias, al menos como una forma de cuidar la salud psicosocial e individual.

“La salud, en efecto, es parte integral del fenómeno social y no una variable independiente que pueda considerarse aislada de su contexto. Esta verdad, aparentemente exagerada por no ser explícita en nuestra cultura, adquiere su sentido cabal cuando contemplamos las ideas y patrones de acción que respecto a salud y medicina tienen las comunidades indígenas del país y nos encontramos en la imposibilidad de separarlas de las creencias, valores y significados morales, religiosos y sociales que integran y dan una firme cohesión a esas sociedades” (Zolla, 2008).

La mayoría me decía que encendiera veladoras y le rezara a la santísima virgen que como dicen en las escrituras salió embarazada por obra y gracia del Espíritu Santo, pero yo no soy católica, yo no profeso esa religión entonces me cuesta trabajo creer en ello, pero a pesar de ello igual y ponía mis veladoras, pero no daban resultado, me decía una tía que yo no le ponía fe y por ello no pasaba nada, no se me concedía el deseo debido a que yo no le ponía fe, no le ponía corazón y tal vez tenía razón, pero yo sí le ponía fe, yo sé que sí, cómo no hacerlo si es mi sueño adorado. Mi infertilidad tiene una causa biológica, es una mal formación de mi cuerpo, de mis órganos reproductores. Pero ésa es la explicación científica, pero yo en cambio tengo una explicación más espiritual y era lo que te decía sobre mi necesidad de buscar explicaciones y ayuda sanadora para mi alma en la religión

budista. El médico me cura y la espiritualidad me cuida mi alma, necesito que las dos estén bien para poder concebir a mi hijo, sé que no hago nada estando bien físicamente si mi alma no está bien. (Rosa).

Entre los entrevistados existe la idea comúnmente compartida de que ante una sospecha de infertilidad se debe buscar ayuda siempre. No se debe aceptar a la infertilidad como del orden natural de la vida, pues según sus concepciones aprehendidas no lo es. En algunas de las narraciones se enuncia la búsqueda de ayuda profesional⁵⁰ de manera obligatoria. Un aspecto a resaltar es que hemos encontrado opiniones dentro del gremio médico que apoyan la idea pero al mismo tiempo incitan a sus pacientes a acudir a los remedios caseros, naturales, como paliativos. Algunos hasta conocen a personas practicantes de lo que ellos mismos reconocen como *medicina alternativa* y comparten el contacto con sus pacientes. Debido a ello nos apoyamos en la idea de que el comportamiento humano social descansa en gran medida en la regulación cultural de las acciones que se institucionalizan.

En no pocas ocasiones he compartido esta mi experiencia con mis pacientes, les he dicho que vayan que acudan al templo, a la casa de Dios, o que lo hagan desde su casa, pónganse las manos en el corazón y recen mucho mucho, pidan con mucha fe, que Dios es sabio y todopoderoso y hace milagros. (Médico 1. Especialidad: Medicina Interna. Clínica privada).

Los aguascalentenses conciben a Dios como el padre, como un maestro, como un amigo y como un compañero amoroso y que tiene la capacidad de ocuparse de todos los seres humanos (Patiño & Zalpa, 2014: 98). Entonces hablar con Dios es bueno, es aconsejable. Hablar con Dios significa encontrar refugio y consuelo, hallar la paz para el alma. Dios puede hacer milagros, por eso es bueno hablar con él, compartirle nuestros pesares. A través de Dios y de la religión se puede encontrar la paz y la felicidad, así como satisfacer las

⁵⁰ Llamam profesional a las prácticas procedentes del Modelo Médico Hegemónico. Aunque para algunos el término “profesional” engloba las prácticas médicas y las alternativas, en este último caso haciendo referencia a que dentro del ámbito curativo alternativo buscan a los brujos y/o sacerdotes con mayor fama en la sociedad.

necesidades de seguridad y protección (Patiño & Zalpa, 2014: 93). La presencia de Dios, significa compañía, y así olvidar un poco la idea de soledad producida por la imposibilidad reproductiva. Del texto *Creer y practicar en México*, se extrae la idea de que los aguascalentenses comparten las creencias propuestas por la Iglesia Católica, sin embargo, no son asiduos practicantes. Entonces cabría preguntarse si la práctica se acentúa una vez que aparece la crisis de sentido. El aguascalentense, “se encomienda a Dios, a la Virgen y los Santos en sus necesidades” (Patiño & Zalpa, 2014: 99).

Sí, yo también les he recomendado a mis pacientes que vayan, que se den una vuelta con personas que practican otras cosas diferentes de nosotros. Usted sabe, yo siempre he pensado que la medicina científica, ésta que llevamos a cabo aquí, la que practicamos nosotros, yo siempre he pensado que es la mejor, es la mejor de las soluciones para todos los males y sobre todo para el problema de la infertilidad. Pero nunca está de más darse la vuelta por otras instancias diferentes. -Perdón ¿A cuáles instancias se refiere?- Yo hablo de la iglesia y además tengo sabido que en Aguascalientes, allí en la parte alta del mercado Terán, allí hay hierbas, brujos y muchas cosas que les pueden ser útiles. Mira yo pienso que si bien no les hace, pues mal tampoco. (Se sonríe). Yo no creo mucho en estas cuestiones del más allá, pero sí se los recomiendo a mis pacientes. Cualquier ayuda de donde venga es bienvenida y ello les trae calma y eso es bueno. Yo sí, yo sí mando a mis pacientes allí con otras instancias. También otros compañeros de trabajo lo hacen. Ellos me lo han confesado y yo les he confesado a ellos. (Médico 2. Especialidad Ginecoobstetricia. Clínica privada).

Al respecto, en la teoría construccionista, encontramos: “La distribución social del conocimiento de ciertos elementos que constituyen la realidad cotidiana puede llegar a ser sumamente compleja y hasta confusa para el que mira desde afuera. No sólo carezco del conocimiento que se supone necesario para curarme de un malestar físico, sino que tal vez carezca hasta del conocimiento para discernir, de entre una desconcertante variedad de

especialistas, cuál es el más indicado para tratar mi dolencia. En estos casos, no sólo me hace falta una opinión autorizada, sino también una opinión previa acerca de cuál es la opinión autorizada. Así pues, la distribución social del conocimiento arranca del simple hecho de que no sé todo lo que saben mis semejantes, y viceversa, y culmina en sistemas de idoneidad sumamente complejos...” (Berger & Luckmann, 2001: 65).

Mira que yo tenga sabido, todo el tiempo se está cuidando a las mujeres, incluso desde pequeña se nos enseñan ciertas cosas que debemos llevar a cabo con nuestros maridos, para que todo vaya bien en la relación. Pero en específico como actividad muy específica te puedo mencionar las celebraciones por Semana Santa⁵¹. Esta celebración la hacemos buscando celebrar a la naturaleza a la Diosa de la Fertilidad Takutsi. Esto es importante para que favorezcan las lluvias, el buen tiempo, que el sol no nos falte, recuerda que la noche es fría y eso no es cosa buena, el sol es cosa buena. Es una fiesta principal debido a que es para propiciar una buena siembra, lo cual es fundamental para la vida y para la reproducción de la comunidad. (Lola).

También existen diversas ideas relacionadas con el embarazo, entre éstas, se considera que los efectos de fenómenos naturales, como la exposición a un eclipse, puede tener como consecuencia que el neonato nazca con deformaciones. Como protección, la creencia generalizada dice que el uso de un listón rojo atado en la cintura, a veces junto con una moneda, puede evitar este efecto. Durante el embarazo, además, existen algunas prohibiciones, por ejemplo en el consumo de algunos alimentos, entre ellos los que tengan sabores agrios, porque, se considera que pueden dañar al bebé. La orientación sobre lo que se debe hacer y no en estos casos, también corresponde a los médicos indígenas tradicionales.

⁵¹ Muchas de las tradiciones festivas de los huicholes está regidas por el calendario católico. Tomado de Neurath, J. (2003). *Pueblos indígenas del México contemporáneo*. Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx>. ISBN 970-753-009-X. En México, esta celebración tiene un matiz diferente en algunas comunidades indígenas, sobre todo a partir del sincretismo religioso que se mantiene vivo pues al mismo tiempo que se conmemora la Pasión, la Muerte y la Resurrección de Jesús de Nazaret, se festeja a la naturaleza y a la fertilidad en una matriz cultural aborígen.

Este conjunto de conocimientos tradicionales acumulados a través de los años, son una muestra del patrimonio y mandato culturales construido por los Pueblos Indígenas. Los mismos dan cuenta del universo que han construido en relación con su entorno social y natural y que en particular también representan una contribución a las prácticas de atención a la salud. Por ello, la necesidad de destacar la importancia de la difusión de estos conocimientos y del desarrollo reciente de enfoques de salud intercultural que aspiran a reivindicar el valor de estas prácticas culturales de los Pueblos Indígenas, conjuntando los conocimientos de dos o más tradiciones culturales, como son la medicina indígena tradicional y de la medicina conocida como occidental.

¿Cuáles prácticas? El cuerpo, en tanto elemento sexuado, también marca distinción en las prácticas.

Desde los primeros resultados obtenidos comenzamos a dar cuentas sobre cómo la categoría “género” había emergido en nuestro análisis. La misma tiene un fuerte vínculo con todas las dimensiones que hemos estado analizando en nuestro estudio. Pensamos que esta marcada correspondencia está dada a partir de que la reproducción humana se define invariablemente por la presencia de gametos masculino y femeninos. Sin éstos no es posible la vida.

Pero al género como categoría de análisis no sólo llegamos a través de la explicación biologicista. También es posible sumarle explicaciones desde el cómo se ordena la vida socialmente. Sobre esta premisa con anclajes socioculturales partimos de la idea de que el cuerpo además de la presencia física-biológica también “es una construcción simbólica”. Esta última idea la encontramos en Le Breton (2002: 13). Siguiendo en este sentido Mary Douglas nos lega que “... el cuidado que le otorgamos en lo que atañe al aseo, la alimentación o la terapia, la teoría sobre sus necesidades con respecto al sueño y al ejercicio, o las distintas etapas por las cuales ha de pasar, el dolor que es capaz de resistir, su esperanza de vida, etc; es decir todas las categorías culturales por medio de las cuales se le perciben deben de estar perfectamente de acuerdo con las categorías por medio de las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuales percibimos la sociedad ya que éstas se derivan de la idea que el cuerpo ha elaborado” (Douglas, 1988: 89).

Si un apartado anterior lo dedicamos al cuerpo, reconociendo a éste como recinto del padecimiento, orquestado en gran medida por la categoría género; vamos a ver cómo las prácticas también sostienen esta premisa a partir de la diferenciación genérica de que es posible percibir al interior de las mismas. Los significados de la infertilidad que se obtengan desde el cuerpo, femenino o masculino, también dan sentido a las prácticas, marcando una individualización de las mismas. Los tratamientos destinados a las mujeres y los tratamientos destinados a los hombres. Los análisis de los óvulos y los análisis de los espermatozoides, pasando por el registro de una mayor variedad de tratamientos para las mujeres que para los hombres, tanto en el orden alopático, como el orden no alopático.

Como explicamos, el género mismo emergió como categoría de análisis. Sin embargo, hemos vuelto a él una y otra vez a partir del papel tan importante que juega cuando de salud reproductiva se habla. Cuando nos adentramos en los análisis y procesamiento de la información levantada encontramos que esta categoría también está muy presente en las prácticas. En las conversaciones con los prestadores de servicios de salud, en la revisión de los documentos, en las narraciones de los sujetos de estudio se encontró una constante alusión a procedimientos que están muy bien delimitados.

Roberto, fue uno de los primeros en versar sobre este asunto. Él mismo reconoce que si su esposa accediera a los tratamientos, ya habrían logrado el embarazo. Él alega que los tratamientos en la reproducción asistida están más desarrollados para las mujeres que para los hombres. Todo ello nos devuelve a la construcción social de que la infertilidad es un asunto femenino (Héritier, 1996), no masculino. Aún cuando la misma literatura médica ha probado que se comportan epidemiológicamente en iguales porcentajes (WHO, 2011).

Quando llego a la clínica me entrego en sus manos, pero sólo me sacan sangre, pues como ellos mismos dicen que no hay mucho que hacer con los hombres, los

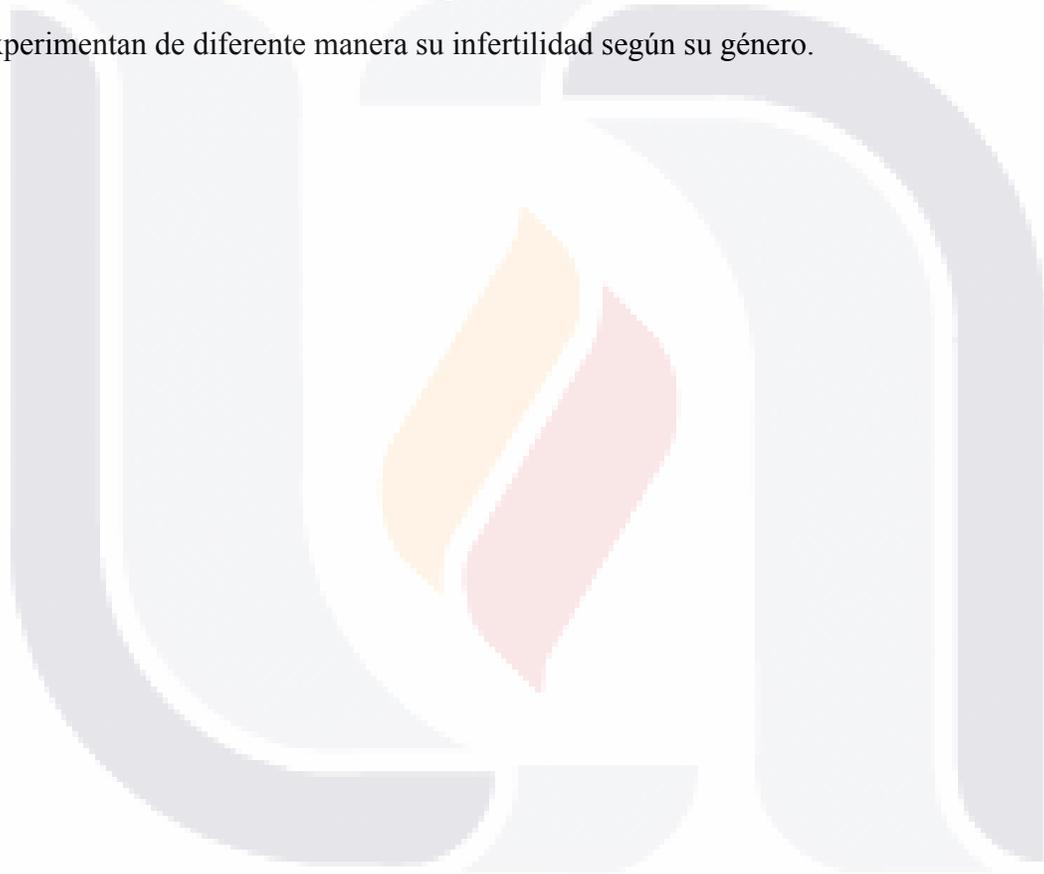
TRA están más ampliamente desarrollados para las mujeres, a ellas sí que les hacen de todo, pero para los hombres no es mucho lo que pueden modificar. Por eso yo sé que si mi esposa decidiera ir a terapias conmigo ya estaría resuelto el problema, pero ella no quiere que le toquen su cuerpo, ella lo tiene como un templo sagrado y cuida mucho de lo que come y practica ejercicios. Yo también, somos personas muy sanas, por eso es que en parte no entiendo por qué tengo un cuerpo enfermo, pero yo sí que voy y que me hagan lo que ellos crean que es necesario. (Roberto).

Además del reporte en el orden de la medicina hegemónica, es posible el registro del conocimiento de las terapias diferenciadas genéricamente desde lo alternativo. Rosa explica:

También me hacían sugerencias (familiares y amigos) de que no anduviese sin zapatos, descalzada, eso no pues se enfriaba la panza, eso estaba mal y ahí me tienes a mí todo el tiempo con zapatos, ni para levantarme de la cama e ir al sanitario me iba sin zapatos y mucho menos en época de invierno, ni loca hacía yo eso. Otra persona me sugirió que me parara de cabeza cuando terminara de tener relaciones con mi marido, eso sí nunca lo pude hacer, pues no, eso no me salía, me daba miedo caerme. Pero fíjate que sí sentía que tenía más sentido que todo lo anterior que me habían dicho; sin embargo, como te digo eso nunca lo pude hacer, y eso me frustraba un poco, creo que todavía lo podría intentar, pararme de cabeza, pero mejor no (se sonríe). También me hablaron de muchos té y bebidas calentitas, todo para mantener caliente el cuerpo, y yo sí recuerdo que mi abuelita decía que las mujeres que no parían era porque tenían el cuerpo frío, la matriz fría, yo siempre me reí de esos comentarios, pero ahorita estoy por creer que hasta tenía razón por yo reírme ya no se me dio a mí el ser madre. (Rosa).

Es posible la clasificación de todos los tratamientos expuestos en párrafos anteriores. Se pueden clasificar también según la forma en que el cuerpo se presente en sociedad, según el

sexo de cada persona. El cuerpo, en tanto elemento sexuado, también marca distinción en las prácticas. En estudios similares al nuestro arribaron a la conclusiones en el mismo orden (Chávez, 2008; Díaz, 2012). A través de las narraciones de los entrevistados se pudo percibir un trato diferencial hacia el cuerpo infértil, según fuese hombre o mujer. También se pudo concluir que se tiene una mayor cantidad de alternativas de tratamientos para las mujeres con respecto a los hombres. Ello permite decir que la construcción social de la infertilidad también está regida por dimensiones genéricas. Los sujetos viven y experimentan de diferente manera su infertilidad según su género.



VII. A manera de conclusiones. Balances y horizontes

En estas últimas líneas se formularán los juicios finales desde el conocimiento construido a través del estudio aquí desarrollado. La presente tesis tuvo como objetivo el análisis de la construcción social de la infertilidad como fenómeno del padecer desde la perspectiva de los sujetos con una condición de imposibilidad reproductiva. Seguido de este objetivo se redactaron cuatro preguntas que fungieron como detonantes de la investigación, a las cuales se suscribieron otras donde indagamos por cuestiones más específicas al interior de las generales. A partir de estas preguntas se configuró un marco teórico y metodológico que permitiera analizar y discutir las vivencias de los sujetos que permanecen en una constante búsqueda de solución ante un fenómeno de infertilidad.

Las propuestas teóricas estuvieron ancladas a los postulados construccionistas desde los autores Berger y Luckmann. También a los referentes sobre el cuerpo y a los procesos de salud-enfermedad, articulados todos por un enfoque sociocultural. A su vez, para los anclajes metodológicos empleamos la propuesta de Kleinman para el análisis del padecimiento. Desde este autor fue posible detectar una estrategia metodológica que apuesta por la trayectoria del padecimiento. La misma fue adoptada, permitiendo analizar al padecimiento y cómo se construye éste. Dicha apuesta estuvo basada en la necesidad de explicar el padecimiento desde las vivencias del sujeto, las cuales están atravesadas por mandatos culturales relacionados entre sí; entiéndase: género, familia, entre otros. La congruencia de los mismos conformó una oportunidad de recabar información respecto de los procesos de salud-enfermedad que se orientan más allá de las visiones biologicistas. El abordaje metodológico también se justifica desde la teoría, donde se destaca la necesidad de estudiar las rutas del padecer en interacción con aquellos que la viven. Por ello se emplearon los métodos narrativos. Los significados de la infertilidad se redactan desde la mirada del sujeto y el contexto sociocultural.

Para el desarrollo de nuestra investigación partimos de una hipótesis previa. A pesar de los cambios vertiginosos que se registran en la sociedad aguascalentense que van desde: la

identidad de género, reconfiguración del concepto de familia, aumento de la diversidad religiosa, hasta la política de industrialización del estado, hay elementos, factores socioculturales que siguen siendo constitutivos en las personas. Es posible vislumbrar características, rasgos que continúan igual de establecidos y consolidados. La maternidad y la paternidad siguen siendo entendidos como institución y parte del significado de “tierra de gente buena”. Para corroborar la premisa punto partida realicé entrevistas a personas que permanecen en una constante búsqueda del embarazo, a partir de una sospecha o diagnóstico por infertilidad.

Un elemento que constituyó centralidad fue el estudio del contexto donde viven las personas que accedieron a participar. Fue necesario investigar qué constituye social y culturalmente a México y dentro de él a Aguascalientes. Se realizó entonces una aproximación a las características del escenario. Esta aproximación permitió comprender los significados sobre la infertilidad, así como las rutas del padecer develadas por los sujetos infértiles. La doctrina de la Iglesia Católica continúa siendo un referente en la vida de las personas. Se sigue promulgando la importancia del matrimonio y la constitución de la familia como pilar en la sociedad.

En las reflexiones finales de este ejercicio podemos decir que se habla de infertilidad como condición biológica del cuerpo, pero en su dimensión sociocultural, se habla de considerar la posición que tiene el sujeto en el contexto social: si es mujer, si es hombre, su rango étéreo, entre otros factores, sus creencias y prácticas religiosas. Se habla, según Rosaldo (1993) de tener en cuenta la posición del sujeto dentro de un determinado campo de relaciones sociales, y agregaríamos las relaciones culturales, lo cual permite captar la experiencia emocional del individuo.

Reflexiones finales sobre la infertilidad como “rutas del padecer”

Si bien partimos de la idea de que la infertilidad no es una patología y tampoco causa la muerte, para algunos sujetos se vuelve una necesidad el darle una solución. Se trabajó bajo

la correspondencia de una propuesta teórica y metodológica, la cual dio como resultado la respuesta a las preguntas de investigación que guiaron el estudio. Sin embargo, también fue posible realizar y reportar otros hallazgos los cuales pueden conducir a nuevos horizontes para investigaciones relativas a la temática.

Desde el nivel analítico y desde la perspectiva de los sujetos a partir de sus narraciones fue posible levantar la construcción social de la infertilidad en tanto fenómeno del padecer. Desde la vuelta al sujeto se pudo dar cuenta de los significados que puede generar el fenómeno de la infertilidad. Cómo estos significados se construyen en común acuerdo con los conocimientos que el individuo tenga de la vida cotidiana.

Nuestra investigación permitió reconocer que para algunas personas las creencias, los significados, las cuestiones socioculturales en sí, son determinantes para entender a la infertilidad como un padecimiento. Estos mismos factores también juegan un papel esencial ante la búsqueda de solución. Desde este análisis es concluyente que las decisiones del sujeto infértil están determinadas, en gran medida, por su contexto sociocultural.

Durante un proceso de imposibilidad reproductiva las personas acuden a diferentes prácticas para encontrar solución. Las prácticas van a estar orientadas por la cosmovisión del sujeto. Por esta razón ponemos en cuestionamientos a los modelos médico hegemónico y curativo alternativo (MMH y MCA) descritos en la literatura como clasificación de las mismas. Las prácticas serán hegemónicas o alternativas según del lugar desde donde se construya el conocimiento. Por esta razón una de las recomendaciones de la presente investigación es la re-denominación de dichos modelos. Finalmente entendemos que, todas las vías a las que acuden los sujetos, para el logro de un embarazo, constituyen alternativas para el tratamiento de aquello que les afecta en su vida cotidiana.

Cuando los individuos optan por una práctica u otra encuentran dimensiones socioculturales las cuales son determinantes en los procesos debido a que pueden ayudar o retrasar el resultado deseado: un hijo vivo. Entre estas dimensiones están la edad, el género,

el nivel socioeconómico. Pensamos que también pueden estar asociadas otras dimensiones, por cual sería recomendable una profundización en el tema, así como la implementación de estudios similares en otras poblaciones. Tal vez sería recomendable en otros estados del país e incluso varios estudios que luego permitieran realizar comparaciones entre las diferentes regiones en que se divide México.

Se podría plantear un cuestionamiento: ¿de qué manera los significados y prácticas que los sujetos hacen y tienen (producen) realmente o permiten dar cuenta de la construcción social de la infertilidad? Comenzamos por decir que los significados sobre la infertilidad se heredan desde los mandatos culturales de género, de familia, de religión, de maternidad/paternidad. Recordemos que los mandatos culturales forman parte del conocimiento a disposición en la vida cotidiana, conocimiento que para algunas personas no se discute, no se cuestiona. Estos significados son los que van configurando las prácticas, las cuales también significan. Desde este planteamiento tenemos entonces que por un lado están los significados de la infertilidad, como cuestión inaceptable, condición vergonzosa, como contrapuesto de la realidad máxima heredada que habla de una necesidad de reproducción. Por otro lado están las prácticas orientadas justamente por esos significados, la misma práctica contribuye a legitimar esos significados. La práctica está orientada bajo la consigna de buscar una solución, de buscar un embarazo, de buscar un hijo y que esa búsqueda sea constante, insistente. En la práctica los sujetos despliegan todo lo que tienen a su alcance, en tanto alternativas para la solución. A través de los significados y de las prácticas se construye socialmente la infertilidad. El sujeto infértil aprende estos significados y prácticas en común acuerdo con el resto de los actores sociales, a través de un proceso de interacción.

El modelo propuesto para la investigación expuso al género como marco de reflexión necesaria tanto para los hombres como para las mujeres ante un proceso de infertilidad como fenómeno social que éste es. El género configura la vida de las personas. Una premisa importante de la cual partimos es que la vida social y el comportamiento de los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sujetos en el contexto de la cotidianidad son restringidos en diversas formas por lo que se considera un comportamiento aceptable, cuya pauta la establece también, el género. Éste se expresa en igual medida cuando de asuntos de reproducción humana se trata. El género destaca entonces como cuestión de suma importancia en los estudios orientados por las ciencias sociales sobre temáticas relacionadas a los procesos de salud-enfermedad.

De esta misma manera y en este mismo sentido se considera asertivo la inclusión de los hombres como sujetos de estudio. Cuando dejamos a los hombres fuera de los programas o investigaciones sobre reproducción humana, no escuchamos lo que ellos experimentan y piensan en relación con un sinnúmero de cuestiones. Nuestro estudio decidió la inclusión de los hombres y mostró que el género es una producción relacional de significados y prácticas que conforman la experiencia subjetiva; es decir, "la información de las mujeres es necesariamente información sobre los hombres" (Lamas, 1996: 5; Scott, 2008). Respecto de ello la recomendación es ampliar las discusiones, políticas y programas a la inclusión de los hombres, en aras de no descuidar aspectos que desde el punto vista cultural también son importantes.

Los significados sobre la infertilidad permiten jugar con la posición de la naturaleza de lo social, por lo que se puede concluir que la reproducción biológica y la diferencia sexual son asumidos como dominios que aseguran la continuidad social. Si lo anterior lo reflejamos en la conformación de los géneros, indudablemente atravesada por el eje cultural, podemos decir que a pesar de los cambios registrados en la sociedad aguascalentense, a la mujer se le continúa relacionando con el orden de la naturaleza, por su capacidad reproductora y al hombre con el orden cultural, por su "capacidad productiva" (Bestard, 1998: 179). Precisamente el análisis desde el género nos permite entender esos significados. Ello abre caminos para comprender los comportamientos y las emociones generados por el sujeto infértil desde su proceso de infertilidad y en general comprender los significados sobre lo que se entiende como saludable en el tema de la reproducción humana.

Entre las experiencias de prácticas se comprende y reafirma al parentesco. El mismo proyecta una posibilidad de cumplir con lo socialmente determinado la maternidad y la paternidad. Y aunque el parentesco tiene una definición desde los lazos de consanguinidad, también es una construcción sociocultural, a partir de la cual el sujeto infértil puede re-dimensionar a la familia como institución legítima en la vida de los hombres y las mujeres.

Los sujetos de estudio manifiestan unanimidad sobre el significado de la infertilidad, independientemente de las variables socio-demográficas que muestran algunas diferencias entre ellos. Ello permite expresar la centralidad de la familia como institución y como forma monolítica de vivir, al menos así está entendido. De hecho, las relaciones al interior de la familia de los sujetos de estudio subrayan lo importante y significativo de la constitución de la misma. Es notorio el ideal de familia tradicional a partir de la no separación de los conceptos sexualidad-género-reproducción.

La infertilidad se entiende y se vive como un proceso de salud-enfermedad en la vida cotidiana. Por lo tanto el cuerpo representa centralidad, también, en los procesos de imposibilidad reproductiva. El cuerpo marca un signo insoslayable, interpelando al individuo como actor responsable de cumplir con las construcciones sociales a las cuales se inscribe. Nuestra investigación reportó la centralidad desde dos posturas: la biológica y la sociocultural. Sin embargo, a partir de pincelar la discursividad alrededor del fenómeno pensamos que la centralidad del cuerpo está dada por el universo simbólico que se teje sobre el mismo. La semiosis social es entonces otra dimensión sobre la cual se considera pertinente perfilar otros estudios. Es en la semiosis donde también se construye y se comparten los significados de la realidad de la vida cotidiana.

La infertilidad es un asunto que responde a políticas culturales. Los sujetos lo viven de forma que sus prácticas respondan a lo que política y culturalmente es aceptado y esperado. La infertilidad se reafirma como padecimiento desde una construcción de los significados a partir de dimensiones sociales y culturales. Esta construcción se da producto de la

intersubjetividad, por lo tanto es necesario entender a la construcción como un fenómeno relacional, fundamentado por la socialización de temas, argumentos y explicaciones.

El significado de la infertilidad como padecimiento se construye desde las percepciones objetivas en diálogo con las percepciones subjetivas, reguladas por el contexto sociocultural donde se desarrolla la vida del sujeto. Nuestra investigación apunta a sostener o proponer como respuesta a la pregunta central y objetivo de investigación, que la construcción social sobre la infertilidad, desde la infertilidad (y sólo desde ahí, no desde la fertilidad, ni de la no maternidad/paternidad voluntarias) se hace siempre y únicamente desde la apropiación profunda de los mandatos culturales en juego, entre ellos de género, de familia y de maternidad/paternidad.

Desde una postura crítica exponemos el lugar, el peso, el uso, y la potencia explicativa de los conceptos: significados, emociones, género, sociocultural y cuerpo, en relación directa a la pregunta y objetivo de la investigación. ¿Qué tanto ayudan para acercarse a la construcción social de la infertilidad? Partimos de reconocer que existe un cuerpo físico que manifiesta una imposibilidad reproductiva; desde ahí se derivaría en una competencia de las ciencias médicas a partir del componente biológico. Al cuerpo físico es al que intervienen con tratamientos. Sin embargo, ello trasciende a una competencia social a partir de que también podemos señalar la existencia de un cuerpo genérico. Cuerpo genérico que interpela al cuerpo físico. Este cuerpo genérico se construye desde lo sociocultural.

Los sentimientos y emociones del sujeto infértil a través del cuerpo están sustentados de acuerdo al género y el género está sustentado también por lo contextual. El cuerpo será la herramienta indicada para consolidar la individualidad en el marco de una estructura social, más allá de las diferencias anatómicas y fisiológicas del hombre y de la mujer. Las diferencias anatómicas y fisiológicas también han sido establecidas desde las creencias y los mitos. A decir de Chávez (2008) “el mito legitima el orden social establecido”.

El cuerpo funciona como unidad biológica, la que a su vez se encuentra imbuida por los influjos de un contexto sociocultural en específico, en este caso podríamos entender el significado que el sujeto infértil le otorga a la presencia de la infertilidad en su vida. Según los autores, Le Breton (2002) y Chávez (2008), en el contexto sociocultural están legitimadas expresiones corporales de acuerdo a situaciones o vivencias individuales, por lo tanto estamos en presencia de relaciones entre los conceptos: significados, emociones, género, sociocultural y cuerpo en torno a la construcción de la infertilidad como un padecimiento.

Finalmente, podemos esgrimir que lo que los sujetos ponen en juego, ante un fenómeno de infertilidad son estrategias y prácticas que les permitan mantenerse dentro de la estructura social concebida para el contexto sociocultural de Aguascalientes. El sujeto en su vida cotidiana despliega estrategias que le permitan permanecer en el contexto sociocultural con el que se identifica, al cual cree pertenecer. A pesar de la imposibilidad reproductiva y de los cambios sociales, los sujetos no buscan salirse de los dictámenes de la estructura social. Lo que se busca es intentar reproducir lo aprendido. Lo que se busca es permanecer, allí donde está el sentido de pertenencia. Por ello la incesante búsqueda de solución, la incesante búsqueda de un embarazo. Para ello se acude a todas las estrategias y prácticas disponibles en el contexto, aun cuando ello implique transgredir algunos postulados religiosos y creencias. Este pensamiento, apoyado en los relatos de los sujetos de estudio, fundamenta la articulación teórica y metodológica de nuestra investigación. La infertilidad se construye como padecimiento poniendo en juego concepciones desde lo privado y lo público, desde lo subjetivo y lo objetivo. Ver anexo G. La infertilidad, para algunas personas abre un caja de Pandora, a partir de los conceptos expresados anteriormente. El padecimiento se amalgama, se construye a partir de tensiones entre cuestiones legales, genéricas, financieras, sociales, objetivas y también subjetivas, o sea percepciones propias del sujeto, cómo se describen y se sienten así mismos a partir de cómo sienten que se les ve desde lo social.

Al ser éste un espacio para las consideraciones finales, creemos apropiado exponer que los resultados de este ejercicio trajeron certezas, pero también surgieron interrogantes al calor de los marcos interpretativos. ¿A quién perjudica un proceso de infertilidad? ¿Para quién representa un problema de salud? No es un problema para el gremio médico en general, ni en los servicios estatales, ni en los servicios privados; tampoco para aquellas personas que trabajan las terapias llamadas “alternativas”. La infertilidad es un problema para el que así la comprende; para el que así la entiende y para el que así la vive, como un padecer y la desea solucionar. Ello parte de la aprehensión hacia la fertilidad y la fecundidad como universos simbólicos, además de percibir al cuerpo con un funcionamiento determinado en el ciclo de la vida, un funcionamiento bio-socio-cultural.

Reflexiones finales desde la teoría y la metodología

Respecto del marco teórico-metodológico, exponer que la combinación de los fundamentos construccionistas con los métodos narrativos mostraron ser útiles para el estudio de los fenómenos sociales donde se ponen de manifiesto los temas reproductivos. Dicha afirmación, a partir de pensar que la publicación de los resultados de este estudio pueden contribuir a la ampliación del conocimiento en esta área. En ese mismo sentido, contribuir a mejorar la calidad en los servicios brindados por el personal médico, en cualquiera de las instancias a donde se dirija el sujeto.

El modelo explicativo para el padecimiento propuesto por Kleinman, se pudo adaptar y aplicar al análisis de las percepciones y construcción de sentido respecto de episodios específicos del padecer. A través de las narrativas se puso de manifiesto la trayectoria y tratamiento de la infertilidad, cuando ésta es construida como un padecimiento. A través de las narrativas se pudo evidenciar las rutas del padecer. La infertilidad, entendida como enfermedad, no es sólo un evento orgánico, biológico; para algunas personas acarrea una desestructuración de la propia identidad de género y de la vida en general. Y de pronto el cuerpo y el padecimiento se vuelven el centro de atención, dejando de lado ideales, proyectos, incluso algunas actividades de la vida cotidiana. En síntesis, las narrativas, como

apuesta metodológica, permitió la construcción social de conocimientos científicos a partir de las voces de los participantes.

Estas reflexiones finales se piensan como el espacio idóneo para destacar la oportunidad que brindan los métodos narrativos para la recuperación, comprensión de las vivencias y percepciones relacionadas a los procesos de salud-enfermedad. A partir del empleo de este método se crea un vínculo sujeto/investigador el cual estriba en forma positiva sobre varios aspectos. Entre ellos la sistematización de la información; la valoración de los entornos cotidianos donde el investigador puede comprender mejor las experiencias de las personas; la reflexividad, en tanto toma de conciencia por parte del investigador y de los sujetos de investigación y como proceso vital en el cual ambos se cuestionan y se observan a sí mismos.

Último juicio y pensamiento crítico

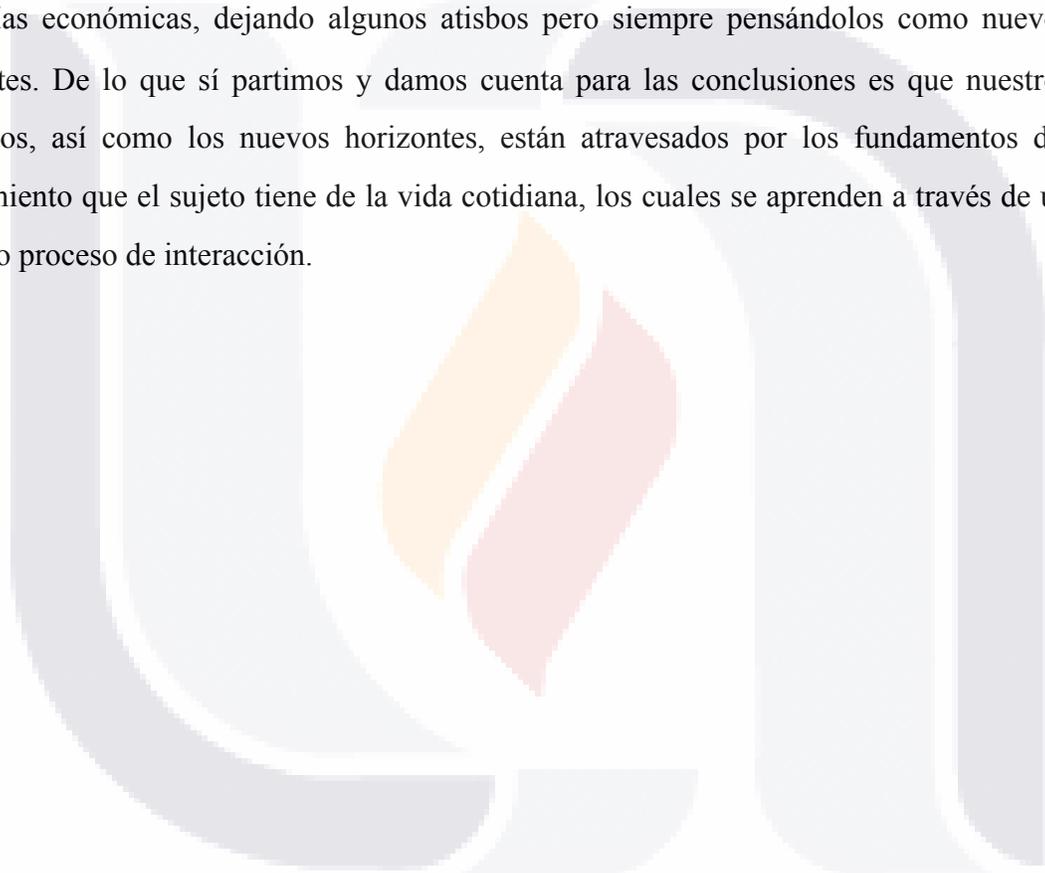
Como sucede en toda investigación, los cuestionamientos de arrancada, las cuatro preguntas de investigación iniciales, conllevaron a otras. Éstas fueron emergiendo durante el trabajo de campo y posteriormente en el análisis. A ellas intentamos darle respuestas. Sin embargo, a otras los dejamos como puertas abiertas a las que insistimos en llamar nuevos horizontes. ¿Qué otros aspectos se pueden estudiar teniendo a la infertilidad como fenómeno sociocultural?

A la agenda de temas en el tintero le podemos sumar la adopción de hijos como alternativa para lograr tener una familia. Analizar más profundamente qué se tiene cuando no se tienen hijos. Esta pregunta es válida tanto para las mujeres como para los hombres. A partir de ella hacer una mirada más profunda desde aquellas personas que ven a la imposibilidad reproductiva como la posibilidad de una realización personal en varios sentidos: profesional, espiritual, por ejemplo. O sea, hablar de la infertilidad desde el sujeto infértil que no está en una búsqueda constante del embarazo. Este mismo estudio proponerlo igualmente desde el género, cómo se vive desde lo masculino y cómo se vive desde lo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

femenino. Pensamos que valdría la pena hacer esta mirada a los aspectos relacionados a la reproducción humana, en aras de contribuir a seguir borrando la brecha de desigualdad, y orientado hacia la equidad de género.

Entre estas nuevas interrogantes para futuros estudios se inscriben también los aspectos socioeconómicos que invariablemente están vinculados a los procesos de infertilidad. A partir de las propias narraciones de nuestros sujetos de estudio fuimos adentrándonos en las categorías económicas, dejando algunos atisbos pero siempre pensándolos como nuevos horizontes. De lo que sí partimos y damos cuenta para las conclusiones es que nuestros resultados, así como los nuevos horizontes, están atravesados por los fundamentos del conocimiento que el sujeto tiene de la vida cotidiana, los cuales se aprenden a través de un continuo proceso de interacción.



Bibliografía

Aceves, J. (2000). *Historia Oral. Ensayos y aportes de investigación*. México: CIESAS.

Agar, L. (2004). La ética en ciencias sociales en el contexto de la globalización: de la investigación cuantitativa a la cualitativa. *Acta biotech*, 10(1), 65-68. Recuperado de: <http://www.actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/viewFile/16783/17480>.

Alvarado, G.M. (2006). La infertilidad como enfermedad y como experiencia de vida. *Nueva Época/Salud Problema*, 11(20), 27-34.

Amuchástegui, A. (1998). La dimensión moral de la sexualidad y de la virginidad en las culturas híbridas mexicanas. *Relaciones*, 19, 102-133.

Arranz, L., Blum, B. & Ito, S. (2001). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Un enfoque cualitativo. *Salud Mental*, 24(5), 30-36. ISSN: 0185-3325. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58252406.pdf>.

Arranz, L., Ruiz, J., Aguirre, W., Gaviño, F., & Gaviño, S. (2009). Estrés percibido en mujeres a quienes se realizarán tratamientos de reproducción asistida y sus parejas. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 4(3), 117-120. ISSN: 1665-7330. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47312183003.pdf>.

Atkinson, P & Hammersley, M. (1994). Ethnography and Participant Observation. En Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of qualitative research* (105-117). CA: Sage. Recuperado de: <http://www.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Guba%20&%20Lincoln%201994.pdf>.

Badinter, E. (1993). *XY La identidad masculina*. Madrid: Alianza Editorial.

_____ (2003). *Hombres/Mujeres. Cómo salir del camino equivocado*. Buenos Aires: FCE.

Barroso, G. (2010). Alertan por tasa de infertilidad. *El Agora*. Recuperado de: <http://www.elagora.com.mx/Alertan-por-tasa-de-infertilidad.html>

Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2001). *El normal caos del amor, las nuevas formas de la relación amorosa*. Barcelona: Paidós.

Beltrán, M. (1985). Cinco vías de acceso a la realidad social. *REIS*, (29), 7-42. ISSN 0210-5233. Recuperado de: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_029_03.pdf

Bénard, S. (2009). ¿Forasteros?: inmigrantes urbanos mexicanos. En Bénard, S. & Sanchez, O. (coords.), *Vivir juntos una ciudad en transición. Aguascalientes frente a la diversidad social*. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Bentle, G. R., & Mascie-Taylor, C. (2000). *Infertility in the modern world: present and future prospects*. Cambridge: University Press.

Berenzon, S., Navarro, S. & Saavedra, N. (2009). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Ment*, 32(2). ISSN: 0185-3325. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212275003.pdf>.

Berger, P. & Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bertaux, D. (1996). Historias de casos de familia como método para la investigación de la pobreza. *Revista de sociedad, cultura y política*, 1(I). Recuperado de: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2015/10/D-Bertaux-1.pdf>.

Bestard, J. (1998). *Parentesco y modernidad*. Barcelona: Paidós Básica.

_____ ; Orobig, G.; Robot, J. & Salazar, C. (2003). *Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones*. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona.

Blank, F. (1999). Psicoanálisis y nuevas técnicas reproductivas. *Debate Feminista*, 10(19).

Blázquez, M.I. (2005). Aproximación a la Antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, (42). ISSN: 1695-9752. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62304208>.

Bocchetti, A. (1992). La indecente diferencia. *Debate Feminista*, 3(6), 219-249.

Borja, J. & Castells, M. (1997). *Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información*. Madrid: Taurus.

Bouguerra, M. (2001). En la jungla farmacéutica. *Le Monde Diplomatique*, II(21).

Bourdieu, P. (1986). Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En Alvarez-Uría, F. & Varela, J. (Eds.), *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid: La Piqueta.

_____ (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

_____ (2007). *El sentido práctico*. Argentina: Siglo XXI.

Bretherton, R. (2009) Valores y cambio social. En Bénard, S. & Sanchez, O. (coords.), *Vivir juntos una ciudad en transición. Aguascalientes frente a la diversidad social*. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Calero, J. L. (1999). Salud reproductiva: ¿Estamos educando bien? *RevSexol Soc*, 5(13), 33-35.

Calero, J.L. & Santana, F. (2006). La solución ante la infertilidad: Representaciones de un grupo de varones atendidos por este padecimiento. *RevCubEndocrinol*, 17(2). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol17_2_06/end02206.htm

Calero, J. L. & Santana, F. (2006^a). La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. *Rev Cubana Endocrinol*, 17(1).

Caloca, E. (2015). Significados, identidades y estudios culturales: Una introducción al pensamiento de Stuart Hall. *Razón y Palabra*, 19 (92), 1-32.

Cardaci, D., & Sánchez, A. (2007). ¿Cómo es mi cuerpo ahorita? Enfoque biomédico y construcción social de la gestación. *Revista de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario*, 3-14.

Cardaci, D., & Sanchez, A. (2009). "Hasta que lo alcancemos..." Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas. *Alteridades*, 19(38), 21-40. ISSN: 0188-7017. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74714814003.pdf>

Cardaci, D. & Sánchez, A. (2011) La fertilización asistida en la agenda del los grupos feministas mexicanos. *La ventana*, 4 (33). ISSN 1405-9436. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362011000100010.

Castañeda, E. (1998). *"Bendito sea el fruto de tu vientre"*. Representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de esterilidad en la ruta del padecer. (tesis de maestría). CIESAS, México.

Castañeda, E. & Bustos, H. (2001). La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. *PerinatolReprodHum*, 15(2), 124-132. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2001/ip012c.pdf>.

Castañeda, E. (2005). *Hipooligoastenoteratozoospermia*. Representaciones y prácticas de médicos y parejas pacientes en torno a la infertilidad masculina (tesis doctoral). CIESAS, México.

Castañeda, L. I. (2016). *La configuración de la identidad de género en mujeres profesionistas no madres en Guadalajara, México*. (Tesis de doctorado). CIESAS, Guadalajara, Jalisco.

Castilla, C. (2011). Rezar para sanar: el recurso mágico-religioso en la búsqueda de la salud. *Revista de Humanidades*, 18(6).

Castillo, M.C., Satiesteban, E.L., Verdecia, Y., Diegue, K. & Castillo L.B. (2013). Efectividad de la acupuntura en la infertilidad masculina. *Multimed*, 17(3). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133e.pdf>.

Castro, R. (2011). Sociología de la salud en México. *Política y Sociedad*, 48(2), 295-312. doi: 10.5209/rev_POSO.2011.v48.n2.5. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/download/36637/35478>.

Chávez, M. (2004). Presencia de infertilidad: actores o sujetos en la actualidad. *Cuicuilco*, 11(31). ISSN: 1405-7778. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35103110.pdf>.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2015). *La situación demográfica de México 2015. Conoce los fenómenos poblacionales más relevantes y los desafíos que enfrenta el país*. Secretaria de Gobernación. Recuperado de: <http://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2015>.

Csordas, Th. (1994). Introduction: the body as representation and being-in the- word, En Csordas, Th. (edit.), *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self* (1-24). Estados Unidos: Cambridge University Press.

Cyrulnik, B. (2001). *La Maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia*. Barcelona: Granica.

Dalla Zuanna, G. (2006). Mobilità sociale e fecondità. En Fazio, I. & Lombardi, D. (Eds.), *Generazioni. Legami di parentela tra passato e presente* (109-124). Roma: Viella.

D'Aloisio, F. (2009). Un hijo único, máximo dos. Un estudio sobre la baja fecundidad en Nápoles. *Alteridades*, 19(38), 7-19.

De Alencar, E. (s. f). *Creencias y rituales en el ciclo vital de la mujer: una breve mirada simbólica*. Recuperado de: http://www.naya.org.ar/congreso2004/ponencias/eloine_alencar.doc

Dellacqua, M. (2005). Un problema de ética aplicada: la fertilización asistida a la luz de la ética convergente. *Revista Científica de UCES*, 9(1), 65-88. Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/334/Un_problema_de_ética_aplicada.pdf?sequence=1

Díaz, L. (2016). Las prácticas religiosas en la medicina popular del siglo XVIII. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5594879.pdf>.

Díaz, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura. Psicología del mexicano 2*. México: Trillas.

Díaz, Z. (2012). *Representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud*. (Tesis doctoral). ENSAP, La Habana, Cuba.

Díaz, Z., Aguilar, T. & Linares, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 655-665.

Donati, P. (1994). *Manual de Sociología de la Salud*. Madrid: Díaz Santos.

Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales. Expresiones en cosmología*. Madrid: Alianza Editorial.

_____ (1999). *Implicit Meanings: Essays in Anthropology*. London y New York: Routledge.

Durkheim, E. (1992). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Akal.

ENSAR. (2003). *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*. Recuperado de: <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/?id=57:encuesta-nacional-de-salud-reproductiva-ensar-2003&catid=1>.

Fagetti, A. (2006). *Mujeres anómalas. Del cuerpo simbolizado a la sexualidad constreñida*. Puebla: BUAP.

Fajreldin, V. (2006). Antropología Médica para una Epidemiología con Enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina. *Ciencia & Trabajo*, 8(20), 95-102.

Fernández. M., Herrera M.P. & González, I. (2002). Infertilidad como evento paranormativo: Su repercusión familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 18(2), 117-120. ISSN 1561-3038. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200002.

Fernández, H., Geréz, S., & Pineda, A. (2015). La reproducción asistida. *Rev Ciencias Médicas*, 69(1), 367-373. ISSN 1561-3194. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000200019.

Ferrajoli, L. (2006). La cuestión del embrión: entre el derecho y la moral. *Debate feminista*, 17(34).

Firouz, F. & Boivin, J. (2010). *Fertility. The real story*. Merck Senoro S.A. Gineva, Chemin des Mines 9, CH-1202. Geneva Switzerland. Recuperado de: http://www.icsicommunity.org/_files/f/1452/Fertility%20-20The%20Real%20Story.pdf.

Flores, M.M. (2011). La cultura y las premisas de la familia mexicana. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3(2), 148-153.

Flores, N., Jenaro, C. & Moreno, C. (2008). Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 205-212. ISSN: 0214-7823. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77829207.pdf>.

Foucault, M. (2003). Suplicio. En Foucault, M. *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión* (6-66). Argentina: Siglo XXI.

Fuller, N. (2001). *Masculinidades. Cambios y permanencias*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica de Lima.

García, D & Díaz, Z. (2011). Apuntes teóricos para un estudio de la reproducción humana desde la antropología aplicada a la salud. *Rev. Catauro*, 12 (23).

García, R. & Rangel, E. (2010). Curanderismo y Magia. Un análisis semiótico del proceso de sanación. *Culcyt//Antropología* 7(38/39), 5-15. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3739085.pdf>.

Gargallo, F. (1993). Nuevas técnicas reproductivas: el debate de las italianas. *Debate Feminista*, 4(8).

Garza, S. (2015). *Aumentan casos de pareja con infertilidad en México*. Recuperado de: <http://pulsoslp.com.mx/2015/06/18/aumentan-casos-de-parejas-con-infertilidad-en-mexico/>.

Geertz, Cl. (2003). *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa.

Gerrity, D. (2001). A biopsychosocial theory of infertility. *Family Journal*, 9, 58-151. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1066480701092009>.

Giambroni, C., Cortejarena, A. & Budich, P. (2002). Sexualidad y fertilidad. Parejas ESCA ¿ESCA? relaciones sexuales? *Revista Argentina de Sexualidad Humana*, 16, 15-20.

Giddens, A. (1987). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Madrid: Biblioteca de Sociología.

Goffman, E. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

_____ (1987). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca de Sociología.

González, J.C. (2010). Masculinidad y paternidad. En González, J C. *Macho, varón, masculino. Estudio de masculinidades en Cuba*. La Habana, Editorial de la mujer.

González, I. & Miyar, E. (2001). Infertilidad y sexualidad. *Rev Cub Med Gen Integr*, 17(3), 5-291. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_3_01/mgi16301.pdf.

Granados, F. (s.f.). *Sufren de infertilidad 1.5 millones de parejas en México*. Recuperado de: Azteca Noticias: <http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/salud/45305/sufren-infertilidad-15-millones-de-parejas-en-mexico>.

Greil, A. (2002). Infertile Bodies Medicalization, Metaphor and Agency. En Inhron, M. & Van Halen F. (Eds.), *Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies* (18-101). USA: University California Press.

Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1994). Paradigms and perspectives in transition. En Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (Eds.), *Handbook of qualitative research* (105-117). CA: Sage.

Gutierrez M., Percivalle G., Marin S., Mackey M. E., Solari L. & Botti G. (2017). Validación del índice de fertilidad en endometriosis (EFI) para predecir el embarazo en una población infértil. *Rev. Méd. Rosario*, 83, 18-25. Recuperdo de: <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/ddb57dGutierrez.pdf>.

Hamui, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18(52), 51-70. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300005&lng=es&tlng=es

Henning, S. (2003). La transición de la fecundidad en el mundo. *Seminario La fecundidad en América Latina: ¿Transición o Revolución?* Santiago de Chile: CEPAL.

Héritier, F. (1996). *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Ariel.

Hernández, M. A. & Narro, L. (1987). *Cómo somos los mexicanos*. México, D.F: Centro de Estudios Educativos, A.C./ Consejo nacional de Recursos para la Atención de la Juventud.

Hernández, Ó. M. (2008). Estudios sobre masculinidades. Aportes desde América Latina. *Revista de antropología experimental*, 8: 67-73.

Hernández, R. & Coello, S. (2001). *El paradigma cualitativo de la investigación social*. Las Villas: Feijóo.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2010). *Población general y censo de hogares, 2010*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>

_____. (2015). *México en cifras*. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras>.

_____. (2016). *Encuesta Nacional de los Hogares*. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enh/2016/default.html>

Inhorn, M. (1994). Interpreting Infertility: Medical Antropological Perspectives. *Social Science and Medicine*, 39(4), 459-461. Recuperado de: <http://www.popline.org/node/284739>.

Iriart, C. & Rios, L. (2012). Biomedicalización e Infancia. *INTERFASE Comunicação Saúde Educação*, 16(43), 23-1011. ISSN 1807-5762.

Jacobs, G. (2001). The Physiology of Mind-Body Interactions: The Stress Response and the Relaxation Response. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7(1), 83-92. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11822639>.

Jarque, J. (2011). ¿Crece la infertilidad? *La Vanguardia*. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20110916/54215194005/crece-la-infertilidad.html>.

Juárez, N. (2017). De “negro brujo” a patrimonio cultural: circulación transnacional de la “tradición orisha”. *Desacatos*, 53, 74-89. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n53/2448-5144-desacatos-53-00074.pdf>.

Kertzer, D. I. (1995). Political-economic and Cultural Explanations of Demographic Behavior. En Greenhalgh, S. (Ed.), *Situating Fertility. Anthropology and Demographic Inquiry* (29-52). Cambridge: Cambridge University Press.

Klein, I. (2008). *La ficción de la memoria. La narración de las historias de vida*. Buenos Aires: Prometeo.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, Healing and the human condition*. EEUU: Basic Books.

Kohler, C. (2000). Even if I don't have children (we) can live. Stigma and Infertility in South India. En Cheryl, M. & Linda, G. *Narrative and Cultural Construction of Illness and Healing* (128-152). Berkeley: University of California Press.

Kuthy, J., Martínez, O. & Tarasco M. (1999). *Temas actuales de bioética*. México: Porrúa.

Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría 'género'. *Nueva Antropología*, VIII(30), 173-198.

_____. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Revista Cuicuilco*, 7(18), 95-118.

Laurell, A. C. (1994). La Salud de derechos social a mercancía. En Laurell, A. C. (coord.), *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud* (9-33). México: Universidad Autónoma Mexicana Unidad Xochimilco.

Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión. ISBN 9789506023331.

Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Serie Antropología, Ediciones del Sol.

Lévi-Strauss, Cl. (2002). *Mito y significado*. Madrid: Antropología, Alianza.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Livi Bacci, M. (2001). Too few children and too much family. *Daedalus*, 2, 139-155.

Llavona, L.M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Rev Papeles del Psicólogo*, 29(2). ISSN: 0214-7823. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1582>.

López, N., Palacios, S., Chinchilla, N., & Beunza, M. (2011). Retraso de la edad de la procreación e infertilidad. El recurso a la reproducción asistida y selección de embriones. El problema generacional. *Cuad. Bioét*, XXII, 40-325. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/875/87519895012/index.html>

López, V. (2014). Epidemiología de la infertilidad. Influencia de los factores ambientales. *Revista Iberoamericana de la Fertilidad y Reproducción Humana*, 33(1). ISSN 1695-3703. Recuperado de: <http://www.revistafertilidad.org/rif/articulo/pstrongepidemiologiacutea-esterilidad-influencia-factores-ambientalesstrongp/169>.

Lucerito, F. S. (2007). Reflexión ético jurídica sobre las técnicas de reproducción asistida. *IUS. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C.*, 20, 97-113. ISSN: 1870-2147. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293222932006>.

Luna, F. (2013). La infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo. *Revista de Bioética y Derecho*, 28, 33-47. ISSN: 1886-5887. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n28/articulo3.pdf>.

Martí, A. (2011). *Maternidad y Técnicas de Reproducción Asistida. Un análisis desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias*. España: Department de Filosofia i Sociologia. Universitat Jaume. Castello.

Martí, J. (2013). Presentación social del cuerpo, poscolonialidad y discursos sobre la modernidad. *Revista Latinoamericana de estudios sobre el cuerpo, emociones y sociedad*, 80-92.

Menéndez, E. (2009). De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas. *Salud Colectiva*, 5(2), 155-179. ISSN: 1669-2381. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/731/Resumenes/Resumen_73111763002_1.pdf.

Miller, P. B. (2005). Flexible versus rigid intrauterine insemination catheters: A prospective, randomized, controlled study. *Fertil Steril*, 83 (5), 6-1544. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15866596>.

Minello, N. (2002). Masculinidad/es. Un concepto en construcción. *Nueva Antropología* XVIII (61): 11-30.

Modena, M.E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. (110). México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Moi, T. (2005). *Sex. Gender and the body. The student edition of What is the woman?* New York: Oxford University Press.

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz S.E., Stein M. & Ganiats T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63, 30-126. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14751363>.

Montes, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. (Tesis de doctorado). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Cataluña. ISBN: 9788469077825. Recuperado de: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/8421>

Montesinos, R. (2004). La nueva paternidad: expresión de la transformación masculina. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 2(4), 197-220.

Morán, C., Huerta, R., & Madero, J. I. (2000). El papel actual del tratamiento tradicional de la infertilidad frente a las nuevas técnicas de reproducción asistida. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 51(1), 29-32.

Moreno, A., Guerra, D., Baccino, G., Tirado, M., Gil, M., Dolz, P. & Giménez, V. (2008). *Importancia de los aspectos emocionales en los tratamientos de reproducción asistida*. Madrid: Merck Serono.

Moynihan, R. & Cassels, A. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, (321), 886-890.

Muldorff, B. (1973). *La paternidad*. Madrid: Guadarrama.

Naciones Unidas. (2014). *La situación demográfica en el mundo, 2014*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Nueva York. ST/ESA/SER.A/354. Recuperado de: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>.

Nettleton, S. (2013). *The sociology of health and illness*. UK: Polity Press.

Olavarría, J. (2000). Ser padre en Santiago de Chile. En Fuller, N. (ed). *Paternidades en América Latina* (129). Lima: Fondo de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Olivius, C., Friden, B, Borg, G. & Bergh, C. (2004). Psychological aspects of discontinuation of *in-vitro* fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 81, 82-276.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. ISBN 978 92 4 350609 8. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>.

Padilla, Y. (2013). Creencias y tolerancia religiosa en Aguascalientes: una aproximación histórico y social. En Patiño, ME (coord.), *Creencias y prácticas religiosas en*

Aguascalientes: ensayos interpretativos (78-101). Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Parada, L. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2(1), 58-149. ISSN: 1794-9998.

Patiño, M. E. (2013). Las creencias y las prácticas religiosas a través de las encuestas en México; un acercamiento desde las cifras. En Patiño, M. E. (coord.), *Creencias y practicas religiosas en Aguascalientes: ensayos interpretativos*. Aguascalientes, Ags.: Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Patiño, M. E. & Zalpa, G. (2014). Cultura religiosa en Aguascalientes. En de la Torre, *et al.* (ed). *Crear y practicar en México: comparación de tres encuestas sobre religiosidad*. Aguascalientes, Ags.: Universidad Autónoma de Aguascalientes; México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Coordinación de Difusión; Zapopan, Jalisco: El Colegio de Jalisco.

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.

Pelton, S. & Hertlein, K. (2011). A proposed life cycle for voluntary childfree couples. *Journal of Feminist Family Therapy*, 23, 39-53.

Pérez, E. (1997). *Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la Reproducción. Un enfoque integral*. México: SALVAT.

Pérez, C., Ramírez, M.L., Miranda, A., Pichardo, M. & Contreras, N. A. (2013). Factores asociados a la infertilidad en grupos de parejas mexicanas. *RevInvestMedSurMex*, 20(1), 4-7. Recuperado de: [http:// medicasur.org.mx/pdf-revista/RMS131-AO01-PROTEGIDO.pdf](http://medicasur.org.mx/pdf-revista/RMS131-AO01-PROTEGIDO.pdf).

Pérez D, Zabala MC, Van der Stuft P, Castro M, & Lefèvre P. (2016). A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. *Implementation Science*, 1191. DOI 10.1186/s13012-016-0457-8.

Pérez, I. (2011). *Vivencias de la sexualidad en parejas con problemas de fertilidad*. (Tesis). Universidad de Almería, España.

Pérez, J. (1996). Presentación. *Alteridades*, 6(12), 3-4. ISSN: 0188-7017. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711374001.pdf>.

Peterson, B.D., Newton, C.R. & Rosen, K.H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59-70. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12698599>.

Pinilla, D. (2012). *Masculinidades: un acercamiento a los grupos de hombres por la igualdad en el estado español*. (Tesis de maestría). Universidad de Zaragoza, España.

Ramírez, V. (2013). *Una aproximación sociocultural a la no maternidad voluntaria*. (Tesis de maestría). ITESO, Tlaquepaque, Jalisco.

Ricoeur, P. (1981). The Narrative Function. En Ricoeur, P. *Hermeneutics & The Human Sciences. Essays on Language, Action and Interpretation* (274-296). Cambridge: J.B. Thompson. Cambridge University Press/Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

Rivera, G. (1995). *Nombrar el mundo femenino*. Barcelona: Icaria.

Roa, Y. (2008). Los psicólogos y la infertilidad. *Psicología y salud*, 18(001). ISSN: 1405-1109.

Rodríguez, D. (2011). Nuevas técnicas de reproducción humanas. El útero como objeto de contrato. *Biblioteca Jurídica Virtual*, (11). Recuperado de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/derpriv/cont/11/dtr/dtr5.htm>.

Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (2006). *Metodología de la investigación cualitativa*. La Habana: Félix Varela.

Rodríguez, V. (2005). Terapias mente-cuerpo: una reintegración de mente, cuerpo y espíritu. *Revista de Ciencias Sociales*, III-IV(109-110), 183-190. ISSN: 0482-5276.

Rome, N. (2006, 28 de noviembre). Childless: somber chance, some by choice. *Washington Post*. Recuperado: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/11/24/AR2006112400986.html>

Rosaldo, R. (1989). *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*, México D.F.: Grijalbo.

Ruz, M. (1998). La semilla del hombre. Notas etnológicas acerca de la sexualidad y reproducción masculina entre los mayas. En Lerner, S. (ed.), *Varones sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación* (193-221). México: COLMEX.

Sánchez, A. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México-Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.

Salles, V. (1998). Las familias, las culturas, las identidades (notas de trabajo para motivar una discusión). En Valenzuela, J. M. & Salles, V. (coords.), *Vida familiar y cultura contemporánea* (79-120). México: CONACULTURA.

Schütz, A & Luckmann, T. (1977). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.

Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social: introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós.

Schwarz, P. (2010). Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (6), 83-104. E-ISSN: 1984-6487.

Scott, J. (2008). *Género e historia*. México: FCE, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. ISBN 978-970-721-414-9.

Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S. K., Bankole, A., Shah, I. H., & Åhman, E. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 652-632. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61786-8.

Shilling, Ch. (2012). *The body and Social Theory*. London: Sage.

Spar, D. (2005). Reproductive tourism and the regulatory map. *New England Journal of Medicine*, 352, 531-533.

Stark, L., & Kohler, H. (2002). The public perception and discussion of falling birth rates: the recent debate over the low fertility in the popular press. *Population Research and Policy Review*, 21(6), 535-574. Recuperado de: https://www.demogr.mpg.de/en/projects_publications/publications_1904/mpidr_working_papers/the_public_perception_and_discussion_of_falling_birth_rates_the_recent_debate_over_low_fertility_265.htm

Stolkiner, A. (2012). Subjetividad y Derechos: las organizaciones de usuarios y familiares como nuevos actores del campo de la salud mental. *Revista Intersecciones*, 2(4).

Strathern, M. (1992). *Reproducing the future. Anthropology, kinship and the New Reproductive Technologies*. New York: Rutledge.

Sundby, J. L., Schmidt, K., Heladas, S., & Bugge, T. T. (2007). Consequences of IVF among women: ten years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28(2),115-20. Recuperado de: [http://research.ku.dk/search/?pure=en/publications/consequences-of-ivf-among-women-10-years-posttreatment\(5717a140-20ec-11dd-bc23-000ea68e967b\)/export.html](http://research.ku.dk/search/?pure=en/publications/consequences-of-ivf-among-women-10-years-posttreatment(5717a140-20ec-11dd-bc23-000ea68e967b)/export.html).

Tarrés, M. I. (2007). Las identidades de género como proceso social: rupturas, campos de acción y construcción de sujetos. En Guadarrama, R. & Torres, J. (coords.), *Los significados del trabajo femenino en el mundo global* (25-40). Barcelona: Anthropos-Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa.

Taylor, S. & Bogdan, R. (1992). La entrevista en profundidad. En Taylor, S. & Bogdan, R (coords.), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (101-132). Barcelona: Paidós.

Terzioglu, F. (2007). Anxiety of infertile men who undergo genetic testing for assisted reproductive treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28(3), 147-53. Recuperado de: <http://www.popline.org/node/190145>

Toledo, A. & Sequera, JA. (2015). La Producción de sentido: semiosis social. *Razón y Palabra*, 88. Recuperado de:http://www.razonypalabra.org.mx/N/N88/Varia/40_ToledoSequera_V88.pdf.

Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. España: Siglo XIX.

_____ (1993). Demanda de un hijo y deseo de ser madre. *Debate feminista*, 4(8).

Turner, B. S. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en Teoría Social*. México: Sociología, Fondo de cultura económica. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/31813317/El-Cuerpo-y-La-Sociedad-Turner>.

UNICEF-UDELAR. (2003). *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*. Recuperado de: http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf

Valadés, D. (2009). *Intervención en la presentación del libro Constitucionalidad de la ley sobre aborto en la ciudad de México*. Recuperado de: <http://www.gire.org.mx>

Valencia, I. (2002). *Reproducción humana e infertilidad*. Quito: CEMEFES.

van Balen, F., Verdurmen, J. & Ketting, E. (1997). Choices and motivations of infertile couples. *Patient Education and Counseling*, 31, 19-27.

van Dijk, T.A. (2000). *El Discurso como Interacción Social. Estudios sobre el discurso II. Una introducción multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.

Vázquez, E. K. & Enríquez M. R. (2012). Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores familiares de enfermos crónicos en Guadalajara, Jalisco. *Desacatos*, 39, 57-72.

Verón, E. (1987). *La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.

Vidal, C. (2001). Infertilidad e infertilidad humanas. Abordaje y tratamiento. *Elseiver*, 15(8).

Vite, J. A., Ortiz, D. A., Hernández, I., & Ayala, R. (2005). Análisis epidemiológico de la infertilidad en una población mexicana. *Ginecología y obstetricia de México*, 73, 4-360. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom057d.pdf>

World Health Organization (WHO). (2010). Mother or nothing: the agony of infertility. *Bull World Health Organ*, 88, 2-881. doi:10.2471/BLT.10.011210.

World Health Organization (WHO). (2011). *World Report on Disability*. Geneva: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.

Zalpa, G. (2007). El campo de la vida cotidiana. En Zalpa, G. & Patiño, M E. (coords.), *La vida cotidiana. Prácticas, lugares y momentos* (23-30). Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Zolla, C. (2008). *Antropología médica, salud y medicina en la obra de Gonzalo Aguirre. Cultura y política*. Recuperado de: http://www.nacionmulticultural.unam.mx/portal/cultura_politica/carlos_zolla_2_0081008.html.



Anexos

Anexo A. Carta de aceptación y publicación del artículo.



Instituto Cubano de Investigación Cultural
"Juan Marinello"

La Habana, 3 de abril de 2017

A quien corresponda:

A través de la presente, hacemos constar que el artículo: "Algunas contribuciones conceptuales para entender a la infertilidad como proceso biocultural" de la autora: Lellanis Arroyo Rojas fue ACEPTADO para su publicación en la Revista Perfiles de la Cultura Cubana del ICIC "Juan Marinello", en el Número 21 correspondiente a los meses enero-junio del 2017. El mismo actualmente está en proceso de edición.

Sin más, le saluda,

Msc. Elena Socarrás de la Fuente
Directora

Ave. Boyeros #63 e/ Bruzón y Lugareño. Plaza de la Revolución. La Habana. CP.
10600. Teléfonos: 877-5771/ 861-9479/ FAX: (537) 877-5196
E-mail: cidcc@cubarte.cult.cu

Revista del Instituto Cubano de Investigación Cultural Juan Marinello

Perfiles DE LA CULTURA CUBANA

22 agosto - diciembre 2017

ISSN 2075-6038 RNPS 2222

MATERIAS

- políticas culturales
- patrimonio
- creación artística y literaria
- participación y consumo cultural
- diversidad e identidad
- economía de la cultura
- educación
- comunicación
- medio ambiente
- religión
- historia
- pensamiento
- cultura y desarrollo

Algunas contribuciones conceptuales para entender la infertilidad como proceso biocultural

L. Arroyo Rojas

Some Conceptual Contributions to Understanding Infertility as Biocultural Process

Resumen: A partir de la premisa que sostiene que la reproducción humana está concebida como importante y socialmente determinada en la vida y que una vez que no se produce pueden aparecer adversidades en la existencia cotidiana de las personas, es que el presente artículo ofrece algunos conceptos y teorías procedentes de las ciencias sociales, los cuales creemos oportunos para el estudio de las representaciones socioculturales de la infertilidad. Sobre todo cuando la mayor parte de la producción académica está bajo el lente de las ciencias biomédicas.

Abstract: From the premise that human reproduction is very important and socially determined in life and that once it does not occur, adversities may appear in the daily lives of people; it is that this article provides some concepts and theories from the social sciences, which we believe clues to the study of infertility's sociocultural representations. Especially when most of the academic production is under the lens of biomedical sciences.

Palabras claves: Infertilidad, sociología del cuerpo, representaciones socioculturales.

Keys words: Infertility, sociology of the body, sociocultural representations

Perspectiva teórica y conceptos necesarios para una mirada a la infertilidad como proceso biocultural

El acercamiento que se propone en el presente artículo a las representaciones socioculturales para el estudio de la infertilidad está pensado desde dos referentes teóricos fundamentalmente: la sociología fenomenológica y la teoría de la cultura, esta última se inserta en el megaestructo de la acción social. Luego de analizar la literatura durante una búsqueda de los ejes temáticos desde los cuales había sido abordada la infertilidad en México, se deduce que esta es un fenómeno multicausal y con una multiplicidad de consecuencias. Estos dos elementos no actúan por separado y se pueden ver reflejados en las prácticas y percepciones de las personas ante el padecimiento. Al mismo tiempo están indisolublemente ligados al fenómeno de la elección racional, el cual mantiene una relación dicotómica con los dictámenes de la estructura social y con lo especialmente significativo para las personas que la padecen. Por ello es que se piensa en la necesidad de un registro del fenómeno desde la sociología constructivista, sin perder la mirada en la acción social de la mano de la propuesta teórica de Zalta (Zalta, 2011). Nos apropiamos desde una postura crítica de estas teorías a partir de la intención de conocer las redes semánticas del padecimiento: "palabras, situaciones y sentimientos que se asocian con un padecimiento y dan significado al que lo sufre" (Kleinman, 1988).

Toda la teoría sociológica de la acción social parte de la idea de que la acción no se produce casualmente y no debe ser considerada solo como resultado de fuerzas yacentes en el fondo de la unidad psicossomática de las personas. La acción debe ser considerada como un principio de exteriorización y objetivación constante de las personas socializadas. Las teorías sociológicas referidas a la acción social nos invitan a tener en cuenta que la misma estructura del mundo material que encuentran las personas ya determinadas socialmente es, en todo caso, una estructura socialmente preconfigurada, en cuanto la han elaborado objetivos y valores de generaciones anteriores. Por ello entendemos que los puntos de inflexión, disruptivos producidos por la acción social solo logran algunas modificaciones de la estructura.

La teoría de la acción social que se desea utilizar para esta ocasión tiene sus fundamentos en teóricos fenomenológicos y estructuralistas. En sociología, desde Weber, entendemos que es toda forma de conducta humana, que como actividad, omisión o

AUTOR

número

Normas para la aceptación de originales

Contactenos

Cátedras

- Oralidad
- Gramsci
- Juan Marinello

Premios

- Memoria Anual Nacional
- ALBA

Textos libres

- Título
- Autor
- La Aldaba
- Directorio
- Lectores
- Enlaces

Cubarte

CULTURA CUBANA

CDCC

WWW.CREAR.CU



CLACSO

Anexo B. Ficha de identificación

Título de la investigación: *Infertilidad. La construcción social de un padecimiento.*

Expediente: _____

Fecha: _____

Mujer: _____ Hombre: _____ Ambos: _____ Pareja: _____

Nombre (opcional):

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Residencia actual: _____ años _____

Estado civil: _____

Religión: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Anexo C. Guía para la entrevista en profundidad temática aplicada a los participantes en el estudio

Me gustaría que me platicara ¿cómo se ha sentido durante estos tiempos y qué significa para usted el estar viviendo un episodio de infertilidad?

Proyecto de vida

¿Qué piensas del matrimonio?

¿Por qué quería embarazarse, qué representa ser madre o padre?

¿Qué edad tenía y a qué se dedicaba cuando comenzó a intentar el embarazo?

¿Desde cuándo sintió el deseo de tener un hijo?

¿Qué significa la palabra embarazo?

¿Qué piensa de los hijos?

¿Cuántos hijos planeó tener?

¿A partir de cuándo los comenzó a buscar y por qué?

¿Fue suyo el deseo de tener un hijo o de su pareja o de alguien más? Me refiero a alguien de la familia: madre, padre, hermanos... amigos u otros.

¿Qué significa la palabra familia? ¿Cuál es su idea de familia?

Sospecha de infertilidad

¿Después de cuánto tiempo de intentar tener un hijo se percató que no podía lograrlo?

¿Qué pensó cuando se dio cuenta que no podía lograr el embarazo?

Búsqueda de ayuda

Ante el diagnóstico de infertilidad ¿cuál fue el plan a seguir? Por favor, nárrame la trayectoria que ha seguido y ¿cómo se ha sentido? ¿A dónde acudió: personas, grupos, centros? ¿Con quién? ¿Quién o quiénes lo acompañaron?

¿A qué se dedicaba en ese momento? ¿Qué edad tenía?

¿Qué está significando para usted el hecho de no haber logrado un embarazo?

¿A qué le atribuye usted su imposibilidad de tener hijos? ¿Cuáles han sido las causas en las que ha pensado?

¿Pensó que el problema era suyo o de su pareja?

¿Por qué decidió buscar ayuda?

Servicios de salud

¿Ha tenido acceso a los servicios de salud? ¿Cuál de ellos: servicio privado o servicio público? ¿Por qué?

¿Qué lo hizo tomar esta determinación?

¿Llegó allí de forma espontánea o alguien le sugirió?

¿Cuál fue el procedimiento por el que pasó para el ingreso?

Una vez que ingresó ¿cómo se ha sido el proceso de atención? Nárrame, por favor, ¿cuáles han sido las circunstancias por las que ha tenido que pasar?

Relación médico-paciente

¿Cómo se dirige el médico a usted?

¿Existe plática entre ustedes en la consulta, le deja opinar o tomar decisiones sobre su padecimiento?

¿Le ha dado algunas sugerencias? ¿Cuáles?

¿Le explica lo que usted tiene? ¿Cómo es la explicación?

¿Usted cómo actúa en el momento de la consulta? ¿Hace preguntas, comenta sus dudas, opina o sólo escucha?

¿Después de la consulta cómo se siente?

Diagnóstico, Tratamientos y Cuerpo

Una vez que le entregaron el diagnóstico sobre su estado ¿recuerda cómo percibió su cuerpo?

¿Qué significa para usted y su proyecto de vida una condición de infertilidad?

¿Qué significa la palabra infertilidad, más allá de lo que ya conoce desde el punto de vista médico?

¿Cómo lo calificaría: una enfermedad, malestar, padecimiento, castigo?

¿Ha estado sometida o sometido a algún tipo de tratamiento? ¿En qué consisten?

¿Cómo se ha sentido y qué ha pensado al momento en que está en el proceso de tratamiento?

Antes de entrar o practicar cierto tratamiento ¿en qué se pone a pensar?

¿Cómo percibe su cuerpo en el momento en que está pasando por el tratamiento?

Si tuviera que establecer una similitud ¿con qué compararía su cuerpo?

¿Cómo es tratado su cuerpo por los médicos y para usted qué significa ese trato?

¿Siente dolor?

¿Cómo podría describir ese dolor?

¿Qué significa sentir ese dolor?

¿Después del tratamiento cómo se percibe usted?

Después del tratamiento ¿cómo percibe su cuerpo?

¿Qué significa para usted tener que pasar por tratamientos para poder tener un hijo?

¿Qué significa tener un hijo por medio de tratamientos y no por medio de relaciones sexuales?

Usted como mujer u hombre ¿cómo se ve ante lo anterior?

Lo alternativo

Además del hospital ¿ha explorado usted otras opciones, como búsqueda de solución?

¿Por qué consideró el cambio o la alternancia entre los servicios médicos tradicionales y la medicina curativa alternativa o la opción que haya sido elegida?

Por favor, nárreme sus experiencias previas y posteriores.

¿Hasta dónde le gustaría o está dispuesto a llegar con tal de lograr un embarazo?

Percepción actual sobre el cuerpo

¿Cómo percibe su cuerpo en la actualidad?

Pareja

¿Ha cambiado su relación de pareja desde que se enteraron del diagnóstico de infertilidad?

¿Su vida sexual se ha modificado?

Socios de Relación (Amigos, pareja y familia: vínculos, apoyo o rechazo).

¿En quién se ha apoyado para ser acompañado en este episodio de su vida?

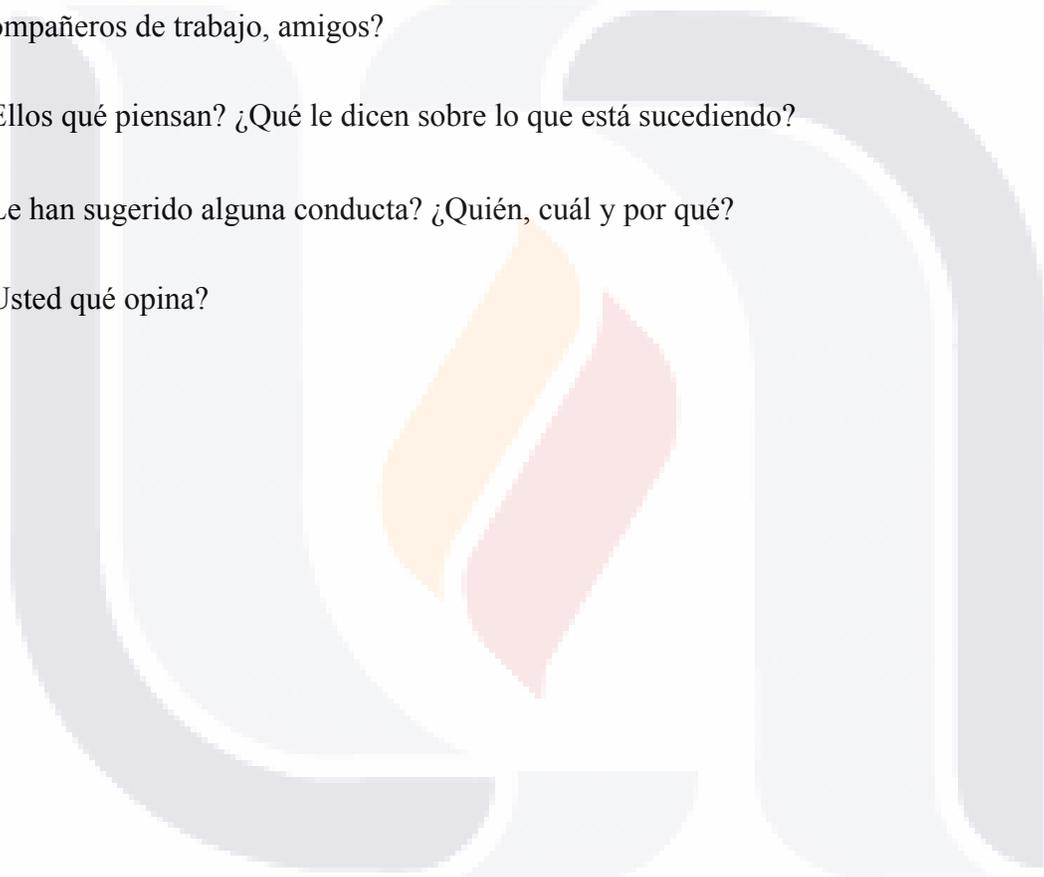
¿Siente que alguien le rechaza por su condición de infertilidad?

¿Usted considera que ha cambiado su vida a partir del momento en que conoce que no puede tener hijos? ¿Cómo se han transformado las relaciones con su pareja, familiares, compañeros de trabajo, amigos?

¿Ellos qué piensan? ¿Qué le dicen sobre lo que está sucediendo?

¿Le han sugerido alguna conducta? ¿Quién, cuál y por qué?

¿Usted qué opina?



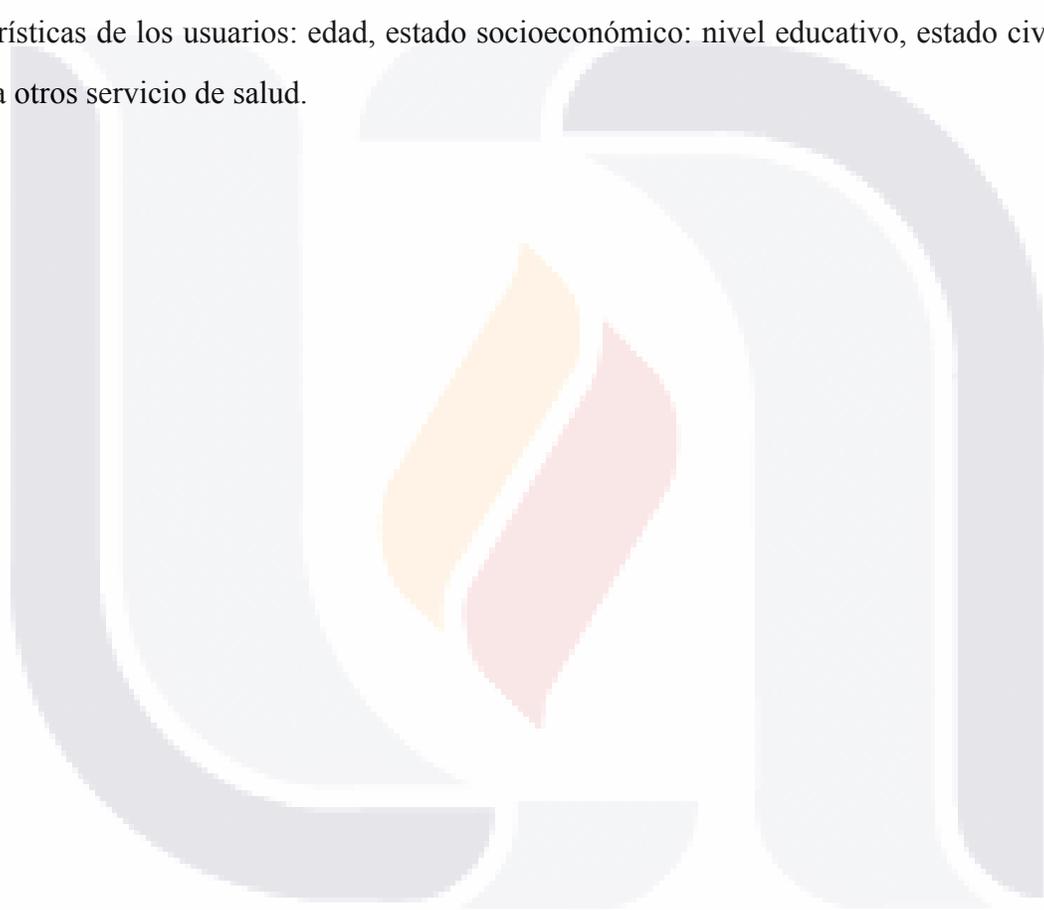
Anexo D. Revisión documental

Analizar la política pública sobre la infertilidad en Aguascalientes.

Procedimiento descrito para los usuarios del servicio del hospital: reglas generales.

Procedimiento descrito para los usuarios del servicio de la clínica privada: reglas generales.

Características de los usuarios: edad, estado socioeconómico: nivel educativo, estado civil, acceso a otros servicio de salud.



Anexo E.

Guía temática. Sistematización de los conceptos claves, así como las categorías sobre las cuales se desarrollaron los análisis de la infertilidad como padecimiento desde el sujeto infértil.

Conceptos claves	Categoría de análisis	Instrumento empleado
Construcción social de la infertilidad como padecimiento	Embarazo	Entrevista/conversación/ revisión documental
Procesos de salud-enfermedad	Familia	Entrevista/conversación
El cuerpo moldeado por el mundo de la vida cotidiana	Significado, creencias, emociones, sentimientos	Entrevista/conversación
	Servicios de salud/ Alternativas de tratamiento	Entrevista/conversación/ revisión documental
	Relación: prestador de servicios de salud-paciente.	Entrevista/conversación
	Género (categoría emergente)	Entrevista/conversación/ revisión documental
	Discurso de los actores sociales (categoría emergente)	Entrevista/conversación
	Parentesco (categoría emergente)	Entrevista/conversación/ revisión documental
	Edad (categoría emergente)	Entrevista/conversación/ revisión documental
	Aspectos socio-económicos (categoría emergente)	Entrevista/conversación/ revisión documental

Anexo F. Carta de consentimiento informado

Título de la investigación: Infertilidad. La construcción social de un padecimiento.

Investigadora Principal: Lellanis Arroyo Rojas. Máster en sociología. Aspirante a Doctor en Ciencias Sociales.

Propósito General de la Investigación: Comprender los significados de la infertilidad y cómo se construyen desde personas que buscan una solución ante su sospecha o diagnóstico.

Introducción: El Centro de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, está interesado en hacer investigaciones que permitan contribuir al conocimiento de las representaciones socioculturales en torno a la infertilidad. Todo ello en aras de comprender mejor los significados y las situaciones que viven las personas con esta condición. Consideramos que la percepción de las personas ante cualquier problemática es muy valiosa, por lo anterior es que deseamos rescatar las distintas opiniones y experiencias que ustedes tienen ante la situación que están presentando. La intención de la invitación a participar en esta investigación es con el sentido de conocer y documentar más acerca de la visión y la experiencia de la infertilidad desde las personas que la viven. Consideramos que conocer los sentimientos, pensamientos y vivencias de las personas que viven estos episodios, puede ayudar a comprender mejor la situación y se espera que los resultados aporten al conocimiento de un fenómeno que ha sido tratado de manera fragmentada, incluso en aras de que se pueda ofrecer una atención más adecuada a las necesidades integrales de los y las usuarias de los servicios médicos.

Procedimientos: Este trabajo se llevará a cabo por personal calificado y entrenado, representado por la Lic. Lellanis Arroyo Rojas, la cual funge como responsable del proyecto. Para su desarrollo se le pedirá que conteste algunas preguntas generales sobre usted, las cuales se corresponden con una entrevista en profundidad. Las preguntas están relacionadas con la situación por la que está atravesando en su vida en estos momentos: su

diagnóstico de infertilidad. Las preguntas están elaboradas de manera que resultará una conversación amplia que abarca algunos aspectos relacionados con el tema de la investigación. Dicha entrevista será grabada, con el fin de poder capturar nuestra conversación de la más íntegra posible. Se aclara que dicha grabación será única y una vez terminado el estudio podemos entregarla a usted, si así lo desea. Toda la información que se genere será confidencial y para usos científicos. Ésta sólo será escuchada o leída por el equipo de trabajo, tampoco se le compartirá la información a su pareja o ninguna otra persona, por fines de confidencialidad. Cabe aclarar que la presente investigación tiene entre otros objetivos la divulgación de los resultados a través de artículos y tesis, sin embargo se le asegura que se va a respetar el anonimato suyo (aunque así no lo desee). En ningún caso se manejará su nombre verdadero y no se dará información que pueda revelar su identidad al exponer el caso.

Beneficios Esperados: Los resultados de la investigación permitirán generar conocimientos acerca de la percepción de la persona infértil y su pareja, de la cualidad de la relación entre el profesional de la salud y la pareja, y de la organización de los servicios.

Riesgos e incomodidades: Tal vez al momento de la entrevista puede resultar incómodo o doloroso, usted puede decidir no contestar y retirarse. Tiene usted la libertad de decidir si participa o no en el estudio y puede usted retirarse de la investigación en el momento en que lo desee.

Contacto, dudas, sugerencias: Si luego de leído el presente consentimiento tiene alguna duda, las puede evacuar conmigo o posteriormente llamando al teléfono: 449 8948093 en el horario de las 09:30 a las 16:00 horas de lunes a viernes. Lic. Lellanis Arroyo Rojas

Consentimiento Dialogado

Declaración de la voluntariedad: He entendido el propósito del estudio que se va a realizar. He leído y/o me han leído, la información sobre el estudio, y he tenido la oportunidad de preguntar sobre cualquier duda que me pudo surgir; a lo cual me han

contestado satisfactoriamente. Además, puedo contactar a la autora de este proyecto, en el momento que así lo desee, dado que ella me ha brindado sus datos personales. De esta manera, yo acepto voluntariamente participar en el estudio (brindar la entrevista), entendiendo claramente que tengo el derecho y la libertad de abandonarlo en cualquier momento sin que ello me afecte de manera alguna.

Al firmar la presente carta, yo acepto que se me han explicado adecuadamente los objetivos, procedimientos y riesgo del proyecto.

Nombre:

Dirección: _____ Teléfono: _____

Testigos

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Relación con la o el participante: _____ Relación con la o el participante: _____

Anexo G.

¿Cómo se construye el significado de la infertilidad como padecimiento desde el sujeto infértil que está en una constante búsqueda del embarazo? Sistematización a partir de los postulados construccionistas, las teorías sociológicas sobre el cuerpo y los procesos de salud-enfermedad y el modelo de Kleinman en diálogo con las narrativas de los sujetos. Lo construcción del significado desde una mirada público y lo privado.

