



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN

“INFERTILIDAD FEMENINA”

**TRABAJO PERIODÍSTICO Y COMUNICACIONAL EN LA
MODALIDAD DE REPORTAJE**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA

EN COMUNICACIÓN Y PERIODISMO

P R E S E N T A

MARÍA CECILIA MEDINA HERNÁNDEZ



FES Aragón

ASESOR: DR. HUGO LUIS SÁNCHEZ GUDIÑO

MÉXICO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

*A Dios y la Virgen de Guadalupe por escucharme en todo momento
y brindarme la fuerza interior que he necesitado.*

*A mis padres por su apoyo y por regalarme lo más hermoso que he
podido ver en mi vida, sus sonrisas y su alegría.*

A mi esposo por su paciencia y su apoyo incondicional.

*A mi hermana Hilda por su fortaleza y, por ayudarme e inspirarme
para la realización de este trabajo.*

*A mis hermanas por alentarme, quererme y apoyarme en todo
momento.*

A mis profesores por compartir conmigo su conocimiento.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| CAPÍTULO I. “ME LLAMO EVA Y QUIERO SER HOMBRE” | 7 |
| 1.1. HABLANDO DE MUJERES Y TRADICIONES..... | 8 |
| 1.2. ESTEREOTIPOS DE LA FIGURA FEMENINA EN LA SOCIEDAD Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... | 17 |
| 1.3. LA MATERNIDAD EN LA SOCIEDAD MEXICANA COMO ROL PRINCIPAL DE LA MUJER..... | 22 |
| CAPÍTULO II. UNA Y MIL ENEMIGAS DE LA CONCEPCIÓN | 31 |
| 2.1. ¿CASTIGO DIVINO? | 32 |
| 2.2. TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD FEMENINA EN LA ANTIGÜEDAD..... | 39 |
| 2.3. ¿Y EN MÉXICO?..... | 43 |
| CAPÍTULO III. INFERTILIS, ERES MUJER, TÚ TIENES LA CULPA | 46 |
| 3.1. INFERTILIDAD, ¿QUÉ ES ESO?..... | 47 |
| 3.2. ¿POR QUÉ?, ¿POR QUÉ? Y ¿POR QUÉ?..... | 50 |
| 3.3. FACTORES QUE LA DESENCADENAN..... | 53 |
| 3.3.1. Edad..... | 54 |
| 3.3.2. Hábitos alimenticios y de ejercicio..... | 57 |
| 3.3.3. Enfermedades endocrinológicas y tiroideas..... | 58 |
| 3.3.4. Estrés..... | 58 |
| 3.4. SIEMPRE ES BUENO SABER CUANDO INICIAR..... | 60 |
| CAPÍTULO IV. OPERACIÓN CIGÜEÑA, LLEGA PORQUE LLEGA | 62 |
| 4.1. EL MOMENTO DE LA VERDAD..... | 63 |
| 4.1.1. Pruebas en casa..... | 64 |
| 4.1.2. Análisis de sangre..... | 65 |
| 4.1.3. Pruebas o análisis con sondas..... | 66 |
| 4.2. LA CIENCIA BRINDA UNA LUZ AL FINAL DEL CAMINO: TRATAMIENTOS Y MÉTODOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA..... | 69 |
| 4.2.1. Inducción de la ovulación..... | 69 |
| 4.2.2. Inseminación artificial..... | 73 |
| 4.2.3. Tecnología de reproducción asistida (ART): IVF y más..... | 78 |
| 4.2.4. Tratamiento alternativo..... | 84 |
| 4.3. DIFÍCIL MANTENER UNA MENTE SANA..... | 87 |
| 4.4. TOC TOC, ALGUIEN LLAMA A LA PUERTA..... | 91 |
| CONCLUSIÓN | 94 |
| ANEXO | 98 |
| FUENTES DE CONSULTA | 101 |

INTRODUCCIÓN

A través de la historia y sus civilizaciones, la mujer siempre ha sido símbolo de fertilidad, en la prehistoria hay numerosas pinturas rupestres y figurillas femeninas redondeadas, que invocaban a la fertilidad y prosperidad. La infertilidad, por el contrario, ha sido uno de los mayores problemas sociales y médicos desde los albores de la humanidad, vivida como una amenaza para la supervivencia del clan y precisa para la transmisión del poder y el mantenimiento de las estructuras sociales.

En México es necesario romper con los esquemas antiguos acerca de la revisión ginecológica que una mujer debe considerar, ya que la infertilidad es uno de los padecimientos que se detectan en muchos de los casos demasiado tarde, provocando severas consecuencias psicosociales.

Hoy en día existe un índice alto de infertilidad femenina debido a diversas causas fisiológicas, como los desequilibrios hormonales, los cuales conllevan a manifestar quistes, miomas, endometriosis, anovulación, entre otros. Cada año surgen dos mil nuevos casos de infertilidad; para el 2005 habían 1.5 millones de parejas infértiles en México.

Saber sobre infertilidad femenina es importante y creo que toda mujer debe estar informada sobre ese mal, ya que desafortunadamente no existe ninguna vacuna para prevenirla ni la certeza de que no se padecerá. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre el 5 y 30% de la población mundial enfrenta problemas para procrear y aunque las causas son impredecibles es importante contar con la información necesaria para saber cómo prevenirla y tratarla. Las causas de la infertilidad son innumerables y en gran medida se desarrolla por la postergación de análisis clínicos y la desinformación, es por eso que debe haber información certera, veraz y al alcance de todo tipo de población.

Considero importante la realización de investigaciones de salud a manera de reportaje para condensar información de modo que las personas ajenas a la materia de salud, logren entender la importancia del cuidado de la salud y así exista la posibilidad de colaborar en la concientización de la sociedad para que el hábito de la prevención se haga evidente.

En el sector salud es fácil notar campañas de control reproductivo con mayores fines hacia la planeación familiar, el cáncer y el aborto, que una sobre prevención de la infertilidad y es necesario saber que las repercusiones sociales que sufre una mujer con el padecimiento de infertilidad son de interés público, de tal manera que como instrumento de la comunicación quise realizar esta investigación y proporcionar datos de interés y apoyo al grupo femenino que está a tiempo de prescindir de un tratamiento exhaustivo de fertilización y brindar alternativas de tratamiento para quien ya la padece.

Este trabajo tiene como objetivos principales exponer datos y descripciones detalladas a cerca del padecimiento de infertilidad; proporcionar información sobre causas, síntomas, análisis y tratamientos, de manera que dicha investigación logre invitar a la revisión continua de la salud reproductiva y colabore en la aceptación del hábito de prevención en cada una (o) de sus lectoras (es); mencionar los métodos de reproducción asistida para la persona infértil.

La infertilidad puede provocar afecciones en la vida cotidiana de la mujer que la padece, ya que, provoca baja autoestima, sensación de impotencia, inferioridad y en muchos casos depresión.

El contenido informativo aquí relatado intenta reconocer a la mujer como un elemento indispensable para la reproducción de la humanidad, por tal motivo es un ser importante en muchas áreas. De manera que este reportaje dedica los dos primeros capítulos a la narración de posiciones sociales y religiosas que ocupa la figura femenina, las cuales brindan pautas determinantes para que las personas del sexo femenino tengan o no prejuicios para explorar su cuerpo.

Exponer la temática de la infertilidad desde un género periodístico como es el reportaje, significa facilitarle a la mujer, hasta donde sea posible, la comprensión de un tema tan delicado como lo es la problemática de la concepción, se trata de explicar lo más claramente posible el asunto ya que la terminología puede llegar a ser confusa para las personas en general.

La información recabada para este trabajo periodístico fue en su mayoría de artículos escritos por especialistas de la medicina reproductiva de diversas instituciones, tal es el caso del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana, ubicado en el D.F.

Este reportaje se ha enriquecido con testimonios y entrevistas de personas de distintos rangos sociales, quienes con el fin de apoyar a la difusión de este problema, cuentan sus experiencias y su recorrido por el tratamiento de infertilidad.

El primer capítulo de este trabajo expone diversas definiciones de mujer; en él se describe el entorno social y los roles de género que existen en nuestro país. Narra cómo las mujeres han sobresalido en áreas laborales y han dejado a un lado la maternidad en medio de un mundo estereotipado donde la belleza, el ámbito laboral y las ganas de libertad le han ganado a la maternidad.

El segundo expone cómo es que la religión, principalmente, ha llevado a la población femenina a reprimir sus instintos más primarios, cuando de sexualidad y sexo se habla existe escándalo y represión. Esto ha llevado a generar tabúes sobre virginidad, decencia y “buen comportamiento”. Pensando en los castigos divinos, las mujeres no se atreven a explorarse y mucho menos a tener la conciencia de una revisión ginecológica adecuada sobre su salud reproductiva.

En el tercero se describe de manera clara la definición y significado de la palabra infertilidad, se menciona la sintomatología que presenta una persona con infecundidad, también se narran las causas que pueden originar el problema.

En el cuarto se describen los tratamientos a los que una mujer infértil puede recurrir: medicamento, cirugía o reproducción asistida (inseminación artificial y fecundación in vitro). Las fuentes principales para este apartado fueron hemerográficas, ya que contiene términos más complejos y los artículos son publicados por los especialistas de la reproducción en un periodo más reciente.

La última parte de este capítulo se reserva para el testimonio de una mujer que ha pasado por este problema y logró llevar un hijo sano a casa, es el espacio para brindar a la lectora, después de una revisión hasta cierto punto atemorizante, una esperanza, una prueba de que sí es posible y que con la ayuda de las técnicas de prevención esta enfermedad puede llegar a ser menos dolorosa y desgastante de lo que es.

Un anexo con un listado de instituciones confiables donde las mujeres con problemas de infertilidad pueden acudir, es la parte final de este reportaje.

CAPÍTULO I.

“ME LLAMO EVA Y QUIERO SER HOMBRE”.

1.1. HABLANDO DE MUJERES Y TRADICIONES

La diferencia y naturaleza biológica, específicamente la capacidad de reproducirse de las mujeres, ha sido utilizada durante siglos en casi todas las sociedades para justificar su subyugación. Se les ha conceptualizado como seres regidos por sus cuerpos, mismos que a su vez se consideran inestables e inherentemente débiles, por lo que en algún momento han sido excluidas de la educación y de la fuerza laboral.

En un país multicultural como México, con 112 millones 336 mil 757 habitantes, de los cuales 57, 481, 307 son mujeres*, es imposible generalizar al tratar de describir a la mujer, “todas son diferentes en su físico y en su esencia”, señala Mari Cruz Aragón, doctora en Antropología Física y miembro académico del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM. “En muchas ocasiones, y de manera inconsciente, la mujer mexicana arrastra su condición de desigualdad jerárquica ante los hombres”; agrega la especialista universitaria.

Mari Cruz asegura que la mujer ha vivido en situación de distinción ante el gremio masculino y no es hasta hace pocos años que las posibilidades para ocupar puestos de poder o de simple capacidad de negociar, quedaron abiertas:

“De hecho, estamos en la apertura del mundo de la mujer, donde su condición resulta favorable dentro de las redes sociales. En nuestro país, la fémina lucha por la equidad de género y cabe mencionar que en ocasiones está en oposición con su mismo gremio. Esta pugna, se analiza por las costumbres o las creencias culturales y sus discrepancias. La mujer es mal vista por otras y enfrenta discriminación o rechazo si no continúa con sus actos la tradición de madre o abuela. Existen lugares donde la visión que se tiene de la chica que va a fiestas, debe ser la de la figura femenina contenida y medida; en lo personal, me parece mejor fémina la que va a fiestas, está libre, no tiene que contenerse; baila, toma y canta sin ningún prejuicio ni atadura”.

De acuerdo con la antropóloga Mari Cruz Aragón, el significado de la mujer no debería verse alterado por los actos que realiza y aunque es evidente que las personas del sexo femenino han intervenido en la economía, la ciencia, la cultura y la estructura social, esto ha sido de manera limitada y poco reconocida:

* INEGI, conteo 2010 disponible en www.inegi.gob.mx

“En el presente existen diversos factores de orden estructural, ideológico y psicosocial que inhiben la participación femenina y le asignan pocos derechos, grandes responsabilidades y escasas posibilidades de obtener reconocimientos justos a su trabajo”.

Si bien la mujer se ha abierto paso en el mundo laboral, es cierto que le cuesta más trabajo obtener un lugar en el campo que a un hombre. En ocasiones, la mujer se ve condicionada por sus atributos y capacidades físicas.

“Sucio, maloliente y atiborrado de hormigas que van y vienen con cargas de más del doble de su peso, está el suelo que lleva a la entrada del metro Chapultepec, donde día a día, he estado parada mirando, pensando y rogando que pase y no pasa nada. ¿Y todo, según entiendo, por ser mujer? –Otra vez tú aquí-, me dice Goyo, un gordo desalineado y sudoroso que insiste en que no debo estar aquí.”

“Llevo casi 30 días con sus mañanas frías y sus tardes de hambre tratando de conseguir un metro cuadrado ¿Qué es tan sólo un metro cuadrado? Quizás no mucho, pero para mí es oportunidad, ganas, trabajo y comida; insisto en que soy un ser humano con necesidades que satisfacer. „Ya vete a tu casa, ten hijos y busca quien te mantenga, no seas pendeja”, es lo que siempre me dice Goyo, el líder del tianguis, yo lo único que quiero es trabajar ¿acaso es mucho pedir? Si necesito ser hombre para poder trabajar aquí y dar de comer a mis hijos, pues entonces me llamo Eva y quiero ser hombre.* ”

Biológicamente las mujeres son distintas de los hombres. Se sabe bien que solamente ellas poseen los órganos propios para función de la maternidad, ¿hasta qué punto la diferencia ha tenido un papel importante en el mantenimiento de la mujer como segundo sexo?

Evelyn Reed, (1905-1979) socialista y feminista estadounidense, pionera en investigar a las ciencias naturales y sociales, dice que las condiciones naturales de maternidad de la mujer se convierten en las cadenas de explotación que aún se conservan. Dada su condición biológica, la fémina ha sido encasillada en los procesos procreadores y apartada de la producción. La diferencia biológica entre hombres y mujeres no determina de manera natural ninguna dependencia ya sea de superioridad o inferioridad.

A pesar de la opinión de Reed, durante años la condición física ha determinado la forma de vida de hombres y mujeres, bien o mal, esto ha excluido a la figura femenina de todo poder laboral y profesional.

* Eva es una mujer de 24 años que busca un lugar para vender zapatitos de bebé para mantenerse. Estas palabras fueron expresadas por ella en una junta de Neuróticos Anónimos el 22 de diciembre de 2009.

La mujer del siglo XIX, por ejemplo, no tenía oportunidad a una educación ni al trabajo, esto perjudicaría su función reproductora, la cual hacía a las mujeres incapaces de jugar un rol diferente al de madre, sin acceso al poder e igualdad. Tal como afirmaba el rectorado de una universidad en 1877:

“La educación es algo muy de desear, pero es preferible que las futuras matronas del Estado carezcan de preparación universitaria a que la tengan al temible costo de una salud arruinada; preferible es que las futuras madres sean robustas, resistentes y sanas a que, por exceso de estudio, implanten en sus descendientes los gérmenes de la enfermedad”.¹

De acuerdo con Jane Ussher, en *La psicología del cuerpo femenino*, las mujeres de esa época eran tachadas de incapaces para la educación, no valía la pena desperdiciar la enseñanza. La ausencia de las féminas en el campo laboral y educacional se describía como una evidencia de su inferioridad intelectual, resultante de la especialización reproductiva femenina. Toda exigencia o rabieta por parte de la mujer era inaceptable y catalogada como de posible enfermedad mental o ginecológica.

“Las viejas están locas”, es una frase popular de los hombres al presenciar algún acto de exigencia sentimental, laboral o social de una mujer. Desde finales del siglo XIX las féminas cuestionaron y desafiaron abiertamente el papel descrito para ellas, por ello eran tachadas de locas, histéricas y neurasténicas, todos los males mentales de las mujeres tenían su origen en la matriz, debido a los ciclos hormonales que causan desequilibrios en el ánimo y el comportamiento. Estos ataques eran utilizados como el único medio de las mujeres para expresar rabia, cólera y energía.

¹ Ussher, Jane, *La psicología del cuerpo femenino*, p. 20.

Los doctores comenzaron a diagnosticar histeria y neurastenia a toda mujer que hablaba de derechos femeninos o que argumentaba alguna acción independiente. “Con la histeria, el culto de la invalidez femenina se llevó a su conclusión lógica”². Las mujeres histéricas eran inapelablemente seres enfermos y el tratamiento médico no era más que coerción y represión, el cual consistía en una serie de inyecciones en el recto, introducción de hielo y agua en la vagina, extirpación de ovarios y aplicación de sanguijuelas en los genitales.

Tras largos años y dolencias físicas, psicológicas y emocionales, para el siglo XX la mujer había ganado espacios en la educación y el trabajo, a pesar de ello y debido a la costumbre y quizás al miedo de incursionar en áreas nuevas, durante los años 60 muchas mujeres rechazaban toda carrera profesional e intelectual, preferían desempeñar su rol de madres y esposas.

En el siglo XXI la situación de la mujer ante el hombre no es tan radical, hoy puede decidir y aunque existe discriminación de género, ha sobresalido y emergido ya de un abandono casero que se proveía ella misma.

La mujer del siglo XXI es polifacética, independiente, preparada, capaz de combinar, gracias a su disciplina y esfuerzo, nuevos retos profesionales y proyectos personales con la maternidad. Y en caso de no querer ser madre no existe ningún diagnóstico de “hormonas rabiosas” que causen el rechazo a los hijos, aunque socialmente existe la crítica y la discriminación.

A lo largo del tiempo la discriminación hacia la mujer ha cambiado de manera sustancial, en los últimos 50 años la función femenina dentro de la sociedad ha dado un giro de 360°, si en el pasado tenía como misión formar una familia, convertirse en señora de fulano y criar hijos dentro de un círculo que no ofrecía ninguna alternativa, ahora la exigencia de la mujer ofrece nuevas posibilidades.

² *Ibidem*, p. 24.

El matrimonio y la familia eran y quizá son aún el proyecto de vida de la mayoría de las féminas —en este sentido, no cabe la generalización absoluta, ya que hay chicas que no contemplan en sus planes la maternidad y en ocasiones tampoco el matrimonio—, aspirar a una familia significa pensar en el futuro. De buenas madres y buenas esposas, crecían buenas hijas, destinadas a tener el mismo camino; afortunadamente la inconformidad se incrementó y las señoras empezaron a demostrar interés por cambiar el sistema, en busca de sentirse útiles e independientes. Dejaron de ser personas sumisas, para convertirse en mujeres, con los mismos derechos que un hombre.³

Actualmente existen mujeres que se desenvuelven y desarrollan en un medio que les estimula al cumplimiento de nuevas metas, los espacios ganados en los terrenos que en un tiempo les fueron vedados y las facilidades que se han generado a través de las nuevas dinámicas, han permitido a las mujeres acceder a nuevos esquemas de realización de sus potencialidades, ellas demuestran en todos los ámbitos la capacidad de acción, que no sólo iguala la capacidad del hombre, en algunas actividades la supera.

Lamentablemente esta evolución no ocurre en todo el mundo, ni en todos los rincones de cada país. México, por ejemplo, es un lugar de ritos, imaginación y sensibilidad, con gente noble y trabajadora; un país de fiestas, santorales, peregrinaciones, chile y pulque; es un espacio donde las costumbres son una religión, la violencia se respira y el machismo sigue vigente. Es hogar de casi 57 millones de mujeres, de las que el 20 % todavía viven como hijas de sus maridos.

De acuerdo con una investigación realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), 20 por ciento de las féminas debe pedir permiso a su esposo para tener

El Inmujeres tiene como objetivo promover y fomentar las condiciones que den lugar a la no discriminación, igualdad de oportunidades y de trato entre los géneros, el ejercicio de todos los derechos de las mujeres y su participación equitativa en la vida política, cultural, económica y social del país.

algún trabajo remunerado, mientras que el 38 por ciento cree que debe cumplir satisfactoriamente todas las órdenes de su cónyuge.⁴

³ Inmujeres, *“Las mujeres y los medios de comunicación”*. pp. 1-4.

⁴ *“El impacto de los estereotipos y los roles de género en México”*. Inmujeres. pp. 2 y 6.

Es necesario que las mujeres se informen, se crean a sí mismas capaces de lograr y alcanzar sus metas. Es prescindible que las mujeres se eduquen y se atrevan a tomar sus propias decisiones para que puedan satisfacer sus necesidades con autonomía, se entiendan, se conozcan y puedan definirse a sí mismas.

Un ser humano que sabe trabajar y realizar cualquier tarea o enfrentar una adversidad, es compromiso, es amor, fuerza, enigma, curvas físicas y emociones condicionadas la mayoría de las veces por movimientos hormonales, ¿es eso una mujer?

“No es sencillo dar una definición de mujer”, asegura la socióloga Ariadna Saviñón, organizadora del 6º Congreso Nacional Desarrollo de la Mujer, quien agrega que “en un país donde es fácil conceptualizar a la población por su ocupación y sus quehaceres, no es de extrañar que las mismas personas, adopten el nombre y vida de su función dentro o fuera de casa, de tal modo que no son mujeres, son mamás, amantes, esposas... todo menos ellas mismas”.

El Congreso Nacional para el Desarrollo de la Mujer se realiza anualmente con el fin de preparar y actualizar a las mujeres que les toca vivir los nuevos escenarios globalizados. Busca motivar, fortalecer e impulsar el trabajo y compromiso femenino para mejorar su productividad, su calidad de vida y la del sistema en que interactúan.

Desde el punto de vista psicológico ¿qué es una mujer?

“Es difícil encontrar una definición no biológica; al intentar hacerla, es fácil caer en adjetivaciones”, señala la psicóloga Marisol Gutiérrez, quien agrega: “una mujer es un ser humano de sexo femenino con alta sensibilidad emocional y capacidades múltiples.”

Marisol Gutiérrez, egresada de la Universidad del Valle de México y especialista en el tratamiento de la depresión femenina opina que:

“No sirve de mucho que sólo unas cuantas sepamos definirnos. Es importante que las mujeres sepan llegar a su madurez emocional para saber que son ellas mismas; sin madurez, no es posible hacer que entiendan su valor como personas; la fémina con emociones estables, es un ente complejo, pero productivo y fácil de adaptarse en sociedad, listo para satisfacer día a día sus necesidades, en toda la extensión de la palabra “.”

Madurez, es un término que se utiliza comúnmente en el vocabulario mexicano, que se refiere al “clímax del desarrollo físico y/o emocional, al que puede llegar un objeto o persona que está en progreso y constante crecimiento”.⁵

⁵ Alonso, Martín, *Diccionario del español moderno*, p.652.

Existen muchas disciplinas a las que concierne el significado y definición de mujer, entre ellas la psicología, antropología, sociología y cabe mencionar también algunas aportaciones de la visión feminista.

Henry Pratt, define a la mujer como “la mitad femenina de la humanidad, es un ser humano adulto de sexo femenino”.⁶ De acuerdo con la perspectiva antropológica de la doctora Mari Cruz Aragón, “una mujer es una construcción que parte de un ser físico, que vive en una atmósfera cultural y a través de la cual va cifrando su ser”.

Gina Verses Ruiz, licenciada en etnología y estudiante de la maestría en Estudios Mesoamericanos en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, asegura que “una mujer es una especie diferenciada por su sexo, educada psicológicamente y terminada de moldear culturalmente, es un ser que está en constante evolución”.

En constante evolución, cultura, físico, educada... son las palabras más utilizadas por los expertos mencionados, hoy en día se puede notar que la definición de mujer ya no es relativa al 100% a su condición biológica, va más allá de senos y caderas curvas. La conceptualización ahora es más rica en descripción de su potencialidad, su lado sentimental y laboral.

Teresa Ordorika, colaboradora en el Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM e investigadora y sub-coordinadora del área de diplomados de género en el Centro de Estudios Interdisciplinarios de Ciencias y Humanidades, asegura que hoy en día uno de los grandes avances del feminismo es que ya no se habla de mujer sino de mujeres:

⁶ Pratt, Henry, *Diccionario de sociología*. p.194.

“Mujer es un concepto que ajusta una naturaleza, engloba, generaliza y borra las diferencias. Definirla es muy general, es como decir que todas son un mismo ser, una hembra sería clon de otra. Actualmente se habla de señoras que tienen condiciones similares, social y biológicamente hablando. Este concepto encierra también sus diferencias como edad, clase y raza. Mujeres es un concepto más rico, incluye características biológicas, condiciones sociales, emocionales y psicológicas”. La académica se pregunta: “qué somos las féminas... es un concepto muy complicado, éstas tienen su grado de irracionalidad, son naturaleza, emoción, amor, gozo, son el cuidado, son las madres, también son arpías, malas, histéricas, entre otras cosas. Hablar de mujeres es muy amplio y no podemos caer en generalidades”.

Jane Ussher, señala en *la psicología del cuerpo femenino* una división de las mujeres:

1. Madonna: describe la mujer *buena*, pura y virginal en su pedestal, inmaculada por el sexo o el pecado.
2. Ramera: consumida por los deseos de la carne, peligrosa e inherentemente *mala*.
3. Femenina: incluye la bondad con los deseos de la carne.
4. Con carrera: maldad, incluye todos los deseos del yo separado”.⁷

Los mitos que rodean al cuerpo femenino se usan como justificaciones para impedir que las mujeres crezcan profesional y académicamente, y así catalogarlas como peligrosas, malas, egoístas y pecadoras. La mujer que se apega al cumplimiento de las limitantes impuestas socialmente, como “la femenina”, de acuerdo a la clasificación de Ussher, bondadosa y maternal, es considerada socialmente correcta.

Esta división de la mujer resulta contradictoria. En la medida en que cada fémina juega roles diferentes en la sociedad, hoy es imposible catalogar a la mujer por sus funciones reproductivas, en momentos distintos de la vida se juegan papeles diferentes de acuerdo al contexto social. Actualmente una mujer es madre, arquitecta, hija, tía, esposa, amante, amiga, novia, licenciada y muchas otras en una sola persona, sólo cambia el tiempo y el espacio.

⁷ Ussher, Jane, *Op cit.*, pp.32-34.

Existen instrumentos que ayudan al modelamiento del comportamiento de una mujer para que sea o no aceptada en sociedad (tomando en cuenta la clasificación de Ussher). La religión, que indica a las mujeres sumisión y abnegación por medio de figuras femeninas descritas en la *Biblia*, ha logrado imponer una imagen de dependencia, de subordinación, de un ser al servicio de otro, de tal manera que la hembra no ha vivido libremente, sino en función del macho; la mujer ha venido siendo lo que otros quieren que sea.

La terapeuta Marisol Gutiérrez, explica que la mayoría de sus pacientes de sexo femenino cree que en la convivencia social y familiar lo más normal e interesante para su vida radica en saber cocinar, limpiar, comprender y escuchar a cada uno de los miembros de su familia, mientras espera el regreso del compañero al final del día.

“Están en un error, tanto el hombre como la mujer, tienen las mismas capacidades para desempeñar funciones del hogar. La casa y los hijos no son exclusivos de las señoras, actualmente hay papás solteros que fungen como padre y madre sin ningún problema. Creo que la sociedad debe terminar con los prejuicios y dejar a cada género libre de funcionar como mejor le parezca”, asegura Marisol Gutiérrez

La socióloga Ariadna Saviñón señala que la mujer de hoy, se debate entre su ser y su querer, por una parte su constitución le exige el desarrollo pleno de su naturaleza, en ella radica la procreación y formación de nuevas generaciones.

“Por otro lado, la necesidad de crecimiento de su ser personal, la persecución de todas sus aspiraciones personales y profesionales. Añadido a esta tensión, se contemplan en la idealidad fantástica proporcionada por los medios masivos de comunicación: la mercadotecnia les ha generado un esquema conceptual, que no admite la imperfección, una obra de arte sin mancha, imposible de ser en la realidad, las somete a tratar de alcanzar objetivos poco reales y maravillosos, tales como obtener una figura extremadamente esbelta, o ser la madre y esposa perfecta con hogar impecable y físico envidiable”, agrega la socióloga Saviñón.

1.2. ESTEREOTIPOS DE LA FIGURA FEMENINA EN LA SOCIEDAD Y EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

En México y en el mundo existen estereotipos marcados tanto para el hombre como para la mujer; es evidente que las costumbres y los medios de comunicación han contribuido para establecerlos y modificarlos. Asimismo, existen roles definidos para cada persona de acuerdo con su género.

“El concepto de género se empleó por primera vez en el ámbito de la psicología médica durante la década de 1950. Sin embargo, fue hasta 1968 que Robert Stoller la desarrolló en una investigación empírica sobre trastornos de la identidad. Stoller demostró en su estudio que lo que determina la identidad y el comportamiento masculino o femenino no es el sexo biológico, sino las expectativas sociales, ritos, costumbres y experiencias que se ciernen sobre el hecho de haber nacido mujeres u hombres. Esta observación permitió concluir que la asignación y adquisición social de la identidad sexual es más importante que la carga genética, hormonal o biológica que los seres humanos traen consigo al nacer; esto significa que las relaciones sociales entre los sexos se pueden desnaturalizar. A partir de este descubrimiento se empezó a comprender que la identidad de las personas y su posicionamiento social, provienen de las representaciones y significados culturales atribuidos a la ‘masculinidad’ y a la ‘femineidad’, así como de los principios sexistas incorporados en las reglas de funcionamiento de las instituciones públicas y privadas”.⁸

Los roles de género son conductas estereotipadas por la cultura, por tanto, pueden modificarse dado que son tareas o actividades que se espera realice una persona por el género al que pertenece. Tradicionalmente se ha asignado a los hombres roles de políticos, mecánicos, jefes, etc., es decir, el rol productivo; y a las mujeres, el rol de amas de casa, maestras, enfermeras y, por supuesto, el reproductivo.

El concepto sexo se refiere a las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres; son características con las que se nace. En cambio el género, es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construye en cada cultura y momento histórico con base en la diferencia sexual.⁹

⁸ Inmujeres, *El ABC de género en la administración pública*. p.7.

⁹ Inmujeres. *El impacto de los estereotipos y los roles de género en México*. p.1.



Martha Lamas es etnóloga de la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) y maestra en antropología de la UNAM, directora de la revista *Debate feminista*, profesora del Departamento de Ciencia Política del ITAM, integrante del Consejo Directivo de GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, de Sociedad Mexicana Pro-Derechos de la Mujer y colaboradora en la revista *Proceso*.

El género responde a construcciones socioculturales susceptibles de modificarse, dado que han sido aprendidas. En consecuencia, el sexo es biológico y el género se elabora en sociedad, de manera que ser biológicamente diferente no implica que se deba serlo en sociedad, de modo que hombres y mujeres son biológicamente distintos, pero iguales socialmente.

El papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.

Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, es posible sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: *ergo*, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público.

Martha Lamas, señala que la dicotomía masculino-femenino, con sus variantes, establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las

personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género.¹⁰

“El hecho de que mujeres y hombres sean diferentes anatómicamente, los induce a creer que sus valores, cualidades intelectuales, aptitudes y actitudes también lo son. Las sociedades determinan las actividades de mujeres y hombres basadas en los estereotipos, de tal modo que se crea una división sexual del trabajo. Dicha división se da desde el momento en que se establece un sexo; en la sociedad, cuando un pareja espera un bebé, los padres, los tíos, amigos y la sociedad suelen asignarles al hombre y la mujer roles y estereotipos.

“Si es niña, esperan que sea bonita, tierna, delicada y se les va enseñando “juegos propios de las niñas”, muy común el de jugar a la mamá, se le compra una muñeca o un juego de té o cocina; y si es niño, que sea fuerte, valiente, seguro y hasta conquistador, y de igual manera se le compran juguetes rudos pesados y de resistencia, tal y como debe ser su vida al crecer. Conforme el bebé crece, en el caso de la niña, se le involucra en actividades que la madre desempeña, como cocinar, lavar y ver telenovelas, mientras que al niño se le enseña al trabajo, a lo rudo y por supuesto no podía dejar de mencionarlo, a no llorar y mucho menos a ser débil”.¹¹

De acuerdo con Martha Lamas, estas son las bases sobre las que se construyen los estereotipos de género, reflejos simples de las creencias sociales y culturales sobre las actividades.

Los estereotipos de género, también conocidos como estereotipos sexuales, reflejan las creencias populares sobre las actividades, los roles, los rasgos, características o atributos que caracterizan y distinguen a lo masculino de lo femenino. Los estereotipos son concepciones preconcebidas acerca de cómo son y cómo deben comportarse las mujeres y los hombres.¹²

¹⁰ Lamas, Martha, *“La antropología feminista y la categoría género, Cuerpo, Diferencia Sexual y Género.* pp.33 y 34.

¹¹ *Ídem.*

¹² Delgado, Gabriela, et. al., *Ni tan fuertes ni tan frágiles, Resultados de un estudio sobre estereotipos y sexismo en mensajes publicitarios de televisión y educación a distancia.* p.28.

En nuestros días, la imagen de lo que son o deben ser las mujeres y los hombres, o de lo que hacen según su condición de género, está determinada en buena parte por los medios de comunicación, éstos elaboran construcciones ideológicas sobre los roles de género y en muchas ocasiones dichas representaciones no concuerdan con la realidad. José Miguel Orihuela, publicista, experto en la elaboración y diseño de catálogos de ventas opina que:

“A lo largo de su historia, los medios de comunicación han reproducido los estereotipos de lo femenino y lo masculino mediante la emisión de contenidos con representaciones sexistas, hasta fortalecer con ello las inequidades entre mujeres y hombres. Es así como los medios insisten en defender los roles tradicionales; por ejemplo, en las revistas y en la publicidad, la imagen de la mujer como objeto sexual es la que predomina y pese a la intención de presentarla en sus roles profesionales, se sigue la representación de la chica más preocupada por su aspecto físico que por el intelectual”.



Por otro lado, las marcas de prestigio, mediante su publicidad, eligen el perfil de mujer que requieren para lograr su objetivo. Existen diversos ejemplos de esto, como los tintes para cabello, las cremas antiarrugas y los productos *light*, que utilizan chicas con belleza física exagerada o mujeres con calidez y semblante maternal de acuerdo al producto.

No está de más mencionar a la chica de hoy, vista como instrumento de bienestar y salud, con una delgadez extrema e innecesaria, para lograr la venta de productos para bajar de peso o ricos en fibra y laxantes.

Los medios insisten en confinarla al ámbito privado, doméstico o familiar, a través de los temas de hogar, moda, cocina y belleza; mientras que a los hombres, se les muestra preocupados por el deporte, la tecnología, la política y las finanzas, entre otros temas.

Los medios de comunicación tienen la capacidad de difundir las transformaciones sociales que están ocurriendo en materia de equidad de género, lo cual puede contribuir a que la población tenga mayor aceptación a estos cambios, ya que los canales de información no sólo se conciben como agentes generadores de estereotipos, sino también como promotores de la diversidad, del multiculturalismo y sobre todo del cambio que tiene que ver con la equidad de género.¹³

De acuerdo con José Miguel Orihuela, los estereotipos se enfocan principalmente en el aspecto físico y en la división sexual de actividades:

“Actualmente, prolifera en la publicidad un estereotipo de mujer que se interesa por la paz espiritual dentro de una ciudad caótica. De manera que está de moda en las mujeres la paz interior y la espiritualidad; asimismo, los medios y principalmente los anuncios comerciales, han difundido esta forma de pensamiento y de vida que ha logrado incluirse en el *modus vivendi* de las damas”.

“La publicidad es un juego mercadológico impresionante —dice— por una parte se encuentra la venta del producto “saludable” y por otro se les vende clases o terapias relajantes que se ponen de moda, al que hacen alusión diversas marcas para sus ventas, por ejemplo: aceite Nutrioli utiliza un maestro de yoga con el fin de denotar salud”.

“Lala pone a hacer sesiones de relajamiento a sus vacas y cereales diversos, incluyen en su empaque CD’s con consejos de meditación y, por supuesto, la mujer en la mayoría de los casos recurre a ambas cosas, compra y acude al gimnasio a las clases de yoga, meditación o relajación; la creación de los estereotipos tiene muchas vertientes, principalmente vínculos con intereses económicos, que finalmente repercuten en la vida social de la mujer”.

Rosalba Rivera, psicóloga y directora de la escuela Siglo XXI, y coordinadora de pláticas de autoestima para la mujer, realizadas en dicho centro de estudios, considera que contrario a lo que algunos medios de comunicación transmiten en varios de sus espacios, la mujer no tiene que escoger entre familia y profesión o entre belleza y maternidad.

“Puede elegir con éxito una vía de equilibrio que le permita formar un hogar y desarrollar paralelamente un trabajo profesional, sólo falta que el gremio femenino lo crea y lo lleve a cabo sin ataduras ni culpas generadas a raíz de la violación de las reglas impuestas por los hombres”.

¹³ Inmujeres, *Las mujeres y los medios de comunicación*. pp. 2-3.

Las normas establecidas por el sector masculino, bajo las que se rige nuestra sociedad, ¿han contribuido a mantener la condición de inferioridad de la mujer en la sociedad?

Adriana Abascal* asevera que “es la propia inseguridad del hombre ante el multifacetismo de la mujer la que trata de crear inestabilidad en el papel que ésta ejerce dentro de la sociedad de hoy en día. Su camaleónica capacidad para ser muchas mujeres dentro de una misma persona, es algo que poco a poco cobra protagonismo en la sociedad actual”.¹⁴

*Ex modelo mexicana ganadora del concurso Miss México y ex compañera de Emilio Azcárraga, ahora escritora y admiradora de la revolución femenina.

Si bien actualmente se están rompiendo las barreras del deber ser o hacer asignadas socialmente a mujeres y hombres, falta mucho por hacer. Aún sorprende a la sociedad ver individuos en oficios que, por tradición, han sido desempeñados por varones, como el de chofer; o viceversa, a un hombre como profesor de nivel preescolar, ocupación que antaño dominaban las féminas.

En la opinión de la psicóloga Rivera, los estereotipos o roles de género, aún coartan el desarrollo profesional de los individuos (casi siempre en detrimento de las mujeres), lo que impide avanzar hacia la equidad de género. Los estereotipos siguen vigentes gracias a que las mujeres y los hombres mantienen latentes los atributos asignados a cada sexo.

Asegura que la cultura, las instituciones, la sociedad y la familia, son constructores de ideas y patrones de conducta y son las señoras y los señores que participan en esos ámbitos, quienes se encargan de darles significado.

1.3. LA MATERNIDAD EN LA SOCIEDAD MEXICANA COMO ROL PRINCIPAL DE LA MUJER

La maternidad es una parte intrínseca de la experiencia de la señora. Ser mujer es sinónimo de ser madre a causa de la central importancia del concepto madre dentro de la identidad femenina que resulta en una simetría ideológica entre mujer y madre.

¹⁴ Abascal, Adriana, *Una mujer; cada mujer: mis arquetipos*. p. 23.

El quedarse embarazada y convertirse en madre se ven como hechos que proporcionan status a las mujeres; supuestamente, una identidad positiva, un sentido de realización y para muchas status de adulta. El hecho de convertirse en madre se ve como la gloria que corona a toda mujer, como el pináculo de su realización: aquello a lo que todas estamos destinadas y en todo caso el único medio de realizarse plenamente.¹⁵

Incluso hoy, cuando eficaces métodos de contracepción proporcionan a las mujeres mayor posibilidad de elección, la mayoría de ellas expresan un deseo de combinar carrera y maternidad.

Las mujeres de hoy buscan combinar una familia con su ámbito profesional, existen casos donde la fémina busca un hijo fuera del matrimonio a fin de no pagar el alto precio de tener un marido, que en muchas ocasiones resulta machista y manipulador.

La soltería es una opción cada vez más frecuente en la sociedad actual. De acuerdo con el INEGI, en 1950 el 50% de las mujeres de entre 15 y 19 años ya estaban casadas y para el 2007 tan sólo se registró un porcentaje del 25% de mujeres con vida conyugal de estas mismas edades.

Muchas mujeres que rechazan el antiguo rol de esposas sometidas y madres abnegadas, eligen esta alternativa. Tienen la ventaja de que su condición de no tener pareja, ya no implica condena social.

“La falta del matrimonio ha traído como consecuencia la negación a la maternidad y es que por un lado la mujer está ansiosa por tener pareja y por el otro, desesperada porque no ha encontrado al hombre de sus sueños, creo que se debe a que hay ideas equivocadas sobre cómo ser adultas y mujeres casadas. Entre las jóvenes se piensa que casarse significa convertirse en señoras aburridas que no hacen nada con sus vidas y a las que el marido ignora después del primer hijo”, asegura la psicóloga Rosalba Rivera.

Una buena parte de las mujeres actuales se rebela contra las actividades domésticas. Se han sentido denigradas en el matrimonio o lo han visto así en sus madres y no lo quieren repetir, por eso muchas prefieren establecer relaciones abiertas y transitorias que no dejen como consecuencia un hijo.

¹⁵ Ussher, Jane, *op cit*, p. 115.

La cultura actual va haciendo del placer algo legítimo, tal vez eso hace que muchos huyan del matrimonio al sentir que “el compromiso para toda la vida” cancela toda posibilidad de satisfacer la expectativa futura de buscar otro compañero.

De acuerdo con el INEGI, en México el 20% de las mujeres entre 20 y 59 años son solteras.

“Si bien las mujeres temen al matrimonio, no es que no lo deseen, sólo que no saben cómo manejarlo. El hecho de que una mujer rechace el matrimonio, no significa que no pretenda hijos, en la mayoría de los casos las mujeres quieren ser madres, aunque no es posible generalizar”, aseguró Miriam González, profesora de Psicología en la Universidad Autónoma Metropolitana.

“Es que las mujeres ya no quieren ser madres de sus hombres...y tampoco quieren ser sus hijas.

¿Y qué quieren ser?

Pares. Aspiran a construir relaciones de igualdad que sean compatibles con el afecto”.

Marcela Serrano, El albergue de las mujeres tristes.

En el mundo existen diferentes roles para la mujer; uno de los más sobresalientes en la sociedad mexicana es el de ser mamá, cuando ella realmente **lo desea**, no importa si tiene pareja o no, lo hace sin importar prejuicios y ataduras sociales. También dentro de una ciudad tradicionalista como México existen las mujeres que no desean ser madres y es ahí donde cabe preguntar: ¿en verdad vale la pena ser madre?

“Por supuesto que sí, es el acontecimiento más maravilloso y sorprendente que una mujer puede tener pese a cualquier obstáculo. Soy madre soltera, no me interesa ser esposa de nadie y en algún momento pensé: ¿qué voy a hacer sola con un bebé? Me asusté y finalmente me di cuenta de que nada te garantiza la presencia de un compañero, si no estás dispuesta a asumir la maternidad sola, creo que es mejor no tener un bebé”, asumió Sarahí Ortega, estudiante de 27 años de Odontología de la UAM Xochimilco, al mismo tiempo que se llenaba de alegría su rostro al recordar a su hijo. Al paso de una larga sonrisa y un profundo suspiro explicó:



“Las satisfacciones que te brinda el ser madre son muchísimas, desde que el bebé te contesta la mirada, hasta que logra decir tu nombre y ves cómo crece un ser humano increíble. Cuando tienes al bebé lo único en que piensas es en ser la madre perfecta para él”.

Sarahí, feliz de tener un hijo de 2 años.

De acuerdo con el libro *Psicología del cuerpo femenino*, de Jane Ussher, el embarazo es pues, innegablemente, un acontecimiento de gran importancia para las mujeres¹⁶; el nacimiento del primer hijo anuncia un completo cambio de circunstancias y estilo de vida, incluyendo relaciones con otras personas y cambio de status ocupacional. 16

Teresa Yago Simón, en su libro *Infertilidad y reproducción asistida*, expresa que la maternidad es una experiencia individual enraizada con lo biológico y lo psicológico, su acontecer va enmarcado en valores, deseos, prescripciones, prohibiciones...que conforman lo que se ha dado en llamar el ideal maternal.

Este ideal es la interiorización de preceptos y exigencias que normativizan la experiencia de la maternidad. Los rasgos que definen a una buena madre y establecen el paradigma del modelo materno son los siguientes:

¹⁶ Ussher, Jane r, *op cit.*, p.116

1. “Disponibile: estar allí donde y cuando los hijos la necesiten.
2. Comprensiva: saber qué es o qué requieren sus hijos aunque éstos no lo expresen claramente; en realidad debe adivinar cuál es la demanda que se le exige, y para ello es preciso un hondo vínculo emocional.
3. Cuidadora: tener la capacidad de responder de manera adecuada a la petición de turno, al servicio solicitado.
4. Cariñosa: tener ganas y sentir placer en ser solicitada y en brindar cuidados”.¹⁷

“La maternidad es un proceso multideterminado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Es un hecho social. El deseo de un hijo no es algo innato y persistente en todos los seres humanos, los factores sociales inciden en las motivaciones individuales.”¹⁸

En México la decisión de la obtención de la maternidad se ha modificado, debido a diversos factores como el económico, social y educativo, entre otros. En los años 60 aún era bien visto que las familias fueran de nueve o más integrantes. La planificación familiar no estaba muy difundida, con el tiempo y la ayuda de campañas de planificación, esto cambió, hoy en día las parejas deciden tener no más de tres hijos.

“No es de la nada que se haya dado una baja en la reproducción familiar, gracias a campañas de planificación utilizadas inicialmente en Europa. Francia fue uno de los precursores de la planificación familiar. Gracias a estas mismas, es que ahora en México se da esta disminución de natalidad, desde mi punto de vista muy favorable para las mujeres: evita en las señoras el desgaste físico excesivo que proporciona nueve embarazos y brinda nuevas alternativas para la superación de la dama en otros ámbitos”, señala la doctora y feminista Teresa Ordorika.

El INEGI reporta que por cada mil mujeres nacen 104 niños; la estadística arroja que el promedio de hijos por mujer en México es de 2.5.

De acuerdo con el estudio *La mujer y las relaciones de género en México*, realizado en 2002 por el Centro de Estudios Interdisciplinarios de Ciencias y Humanidades de la UNAM¹⁹, las causas principales de la baja en la natalidad son diversas; el factor económico es uno de los principales; respecto a la salud de la madre, se dice que no puede someterse a más de tres cesáreas porque su vida

¹⁷ *Ibidem*, p.196.

¹⁸ Yago Simón, Teresa, *Infertilidad y reproducción asistida: relatos entre el sufrimiento y la esperanza*, p.195.

¹⁹ *La mujer y las relaciones de género en México*, realizado en 2002 por el Centro de Estudios Interdisciplinarios de Ciencias y Humanidades. UNAM. pp.109-115.

estaría en riesgo. La sociedad misma, ahora critica a aquella pareja que tenga un número mayor a cinco hijos, asimismo se le tacha de irresponsable o de ignorante ante los métodos anticonceptivos.

La historiadora Simoneta Morselli, opina que:

“La maternidad es la base de la sociedad. En esa medida es muy importante, gracias a ella se crean y conservan las familias y las generaciones. Es prescindible como base de una estructura social en nuestro país y en el resto del mundo”.

La importancia de la maternidad a nivel social es indiscutible. La relevancia de la maternidad en el plano sentimental es subjetiva en la medida de las decisiones y planes de vida de cada mujer. Ser madre es, sin duda, un acto misterioso y maravilloso, según 15 estudiantes de Psicología de la UNAM.*

“Convertirme en mamá fue lo mejor que me pudo pasar, afirma con una gran sonrisa Rebeca Pérez, estudiante de la Facultad de Psicología de la UNAM quien agrega: “al principio me dio miedo y al final mi hijo me dio la fuerza”. Madre de apenas 22 años dice también: “un buen libro siempre ayuda, la maternidad es todo un misterio, yo leí dos, uno es de inteligencia maternal, se llama De cómo ser madres nos vuelve más inteligentes, de Catherine Ellison y el otro La maternidad y el encuentro con la propia sombra, de Laura Gutman. Me sirvieron mucho, el camino de la maternidad es largo y difícil, una mujer no nace sabiendo ser madre, y es necesario formar una familia, para ello hay que buscar asesoría, qué mejor que en los libros”, finaliza Pérez.

El llamado instinto de madre es algo que la mayoría de las mujeres jura poseer, presumen y alardean de dicho don pero... ¿por qué las mujeres quieren una familia?, ¿qué es la familia?, ¿todas la quieren?

De acuerdo con el libro *Infertilidad: fisiología, diagnóstico y tratamiento*, de Pagés, Gustavo, y Aller, Juan, existen 3 tipos de madre:

1. Biológica: la que lleva el embarazo.
2. Genética: la que aporta los óvulos.
3. Social: la que cría al niño.

*Sondeo realizado a 25 mujeres estudiantes de psicología, el 5 de junio de 2009 en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

La familia es importante dentro de la estructura social. Según pensadores del siglo XIX como Engels, consideraron a la familia como una institución social histórica cuya estructura y función vienen determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad global.

La familia es un fenómeno histórico y debe ser considerada como un fenómeno social total, inseparable de la sociedad global.²⁰

En la opinión de la etnóloga Gina Verses Ruiz, la mayoría de las mujeres quiere formar una familia tradicional por cerrarse a un modo de vida aprendido generacionalmente, por seguir esquemas y por miedo a no ser socialmente aceptada:

“Una familia no necesariamente requiere hijos, actualmente hay estirpes diversas, conformadas por 2, 3 o 9 personas que no precisamente son consanguíneos. No es obligatorio que tengamos que ser incubadoras para tener una familia”.

La familia es necesaria para la sociedad y para la mayoría de los individuos, en gran parte para no vivir en soledad, para esto último también existen los amigos, los amantes y los familiares. ¿Por qué las personas desean tener hijos?

En un mundo donde ser mujer es sinónimo de madre, la situación de las féminas que no tienen hijos es interesante. Algunas carecen de hijos por decisión propia, mientras que un grupo más desesperado de mujeres quieren hijos, pero se encuentran imposibilitadas para tenerlos. Las mujeres que no desean hijos, tienen motivos diversos, existe el factor médico, el económico, el social, el cultural y tan sólo por no desearlo.

La doctora Teeresa Ordorika afirma:

“Yo no quiero hijos soy feliz, la señora que no quiere estar embarazada en algún momento de su vida, está en todo su derecho y la que quiera tener nueve adelante, creo que no se necesita ser madre para ser mujer y yo soy una fémina completa”.

No existe evidencia científica que explique satisfactoriamente por qué la gente desea tener hijos. Algunos han sugerido los factores innatos, entre ellos, el instinto maternal; otros motivos son que los hijos proporcionan felicidad o el esposo quiere hijos.

²⁰ Andree, Michel, *Sociología de la familia y del matrimonio*. pp. 5 y 7.

En las páginas del libro de planificación familiar llamado *Sociología de la familia y del matrimonio*, de Michel Andree, se encontraron cuatro razones principales para tener hijos:

1. "Altruista: se refiere a una motivación desinteresada por la paternidad y no al simple anhelo de expresar afecto, preocupación o necesidad de amparar a los hijos.
2. Fatalista: la predestinación expresa la creencia de que la misión del hombre o de la mujer en la Tierra es el procrear y perpetuar la especie; es el orden natural de las cosas.
3. Narcisista: representa el concepto que el hijo reflejará su gloria sobre el padre, será una prueba de su virilidad o feminidad y la afirmación de su capacidad física, biológica o psicológica.
4. Instrumental: el hijo es útil, se le usará como medio para conseguir un fin".

21

"Las mujeres sin hijos constituyen un grupo devaluado en la sociedad, un grupo visto como algo antinatural e irrealizado, al no conseguir ser madres, fracasan como mujeres. A las mujeres que deciden no tener hijos se les ve como personas locas, desviantes o despreciables." ²²

En su mayoría, las mujeres desean hijos, aunque existen féminas que viven felices con su problema de infertilidad, debido a que embona perfecto con su rechazo a la maternidad, tal es el caso de la historiadora Simoneta Morselli Barbieri:

"Yo soy una de las personas que no pueden concebir, me diagnosticaron infertilidad por endometriosis, y eso no me quita el sueño, pienso que no hay que encasillarse, hay muchas formas de realizarse como individuo. Todo radica en la visión que se tenga de la vida y de las cosas. De ninguna manera soy un ser anormal por no querer un hijo, sé que existen calificativos para mujeres como yo, pero hay diversidad, el tiempo ha cambiado y continúa en cambio. No dudo que haya quien sufra ante esta imposibilidad y es totalmente respetable, tan respetable como el no tener el deseo de la maternidad".

²¹ Weiss Pic, Susan, *Estudio social psicológico de la planificación familiar*, pp. 40-41.

²² Usshe, Jane r, op cit, p.136.

La infertilidad es una enfermedad que ataca a hombres y mujeres, consiste en la imposibilidad de concebir un hijo biológico. Sus causas son diversas.

“Esta enfermedad es la peor maldición para una mujer que añora un hijo”, asegura Luisa Sánchez, paciente en tratamiento de infertilidad en el Instituto Nacional de Perinatología, “quiero un hijo con toda mi alma, no sé decir por qué, sólo sé que lo quiero, lo necesito y espero que mi tratamiento resulte efectivo”.

Actualmente la tecnología y la medicina se han unido en el ámbito de la reproducción natural y asistida. Existen muchas formas de tener un hijo gracias a la ciencia, renovación de leyes y a la indiferencia hacia las ataduras sociales; algunas de estas modalidades son: inseminación artificial, fecundación in vitro, renta de úteros, adopción, etcétera.

Hay una historia alrededor de la infertilidad, al tratarse de la sexualidad y reproducción es tema controversial, **su historia es tan antigua como el origen de la mujer misma.**

CAPÍTULO II.

UNA Y MIL ENEMIGAS DE LA CONCEPCIÓN.

2.1. ¿CASTIGO DIVINO?

En México y en muchos países del mundo, sin importar su nivel de desarrollo económico, han existido parejas con imposibilidad para concebir un hijo, dicho impedimento se debe a causas diversas, por ejemplo la edad avanzada, las malformaciones y las enfermedades; entre estas últimas, cabe mencionar la infertilidad, mal que ataca a hombres y mujeres por igual y que tiene remedio si se atiende a tiempo. La infertilidad consiste en la imposibilidad patológica para embarazarse, en la mayoría de los casos reversible, sus causas son diversas y en ellas influyen varios factores, como el social, el religioso, el ambiental y el fisiológico.

En nuestra sociedad, se da por hecho que al unirse en matrimonio se formará una familia y se tendrá el número de hijos soñado y planeado, el dolor llega cuando la pareja se da cuenta de que no será tan pronto como lo esperaban; al obtener un diagnóstico de infertilidad existe la probabilidad de cumplir el sueño de la maternidad mediante alternativas médicas llamadas reproducción asistida, entre las que se encuentran la inseminación artificial y la fecundación in vitro.

Todas estas opciones para lograr la maternidad son calificadas por los religiosos como un acto pecaminoso contra la voluntad del Todopoderoso. Por ello, la iglesia, difunde el sexo como única forma de concepción natural y aprobada por Dios. De esta manera, la religiosidad se convierte irónicamente en un enemigo de la creación humana, al no aprobar todos los medios posibles de propagar la raza. El sexo, la única manera de procrear según la religión, es también un tabú, un tema difícil de abordar y aprobar.

Diversos enemigos de la concepción como tabúes, el tan nombrado qué dirán, la religión y la ignorancia han sido puntos clave en el tratamiento poco oportuno de algunas mujeres, de la sociedad mexicana. Mirar por la ventana del vecino ha sido un acto por demás realizado y hasta parodiado en el medio masivo de mayor impacto, la televisión, particularmente en programas de comedia con chistes que aluden a lo anterior: “Comadre, ¿ya vio a Susanita?, se ve que está embarazada, yo no le vi marido eh, sabrá Dios de dónde se sacó el milagrito”. Parece sólo un chiste, una parodia, algo de lo cual valdría la pena mofarse, siempre y cuando uno no sea el involucrado en la realidad. El qué dirán, junto con los otros

enemigos de la creación antes mencionadas, podrían parecer menos importantes que los factores de orden fisiológico, lo cierto es que son tan significativos que de 10 mujeres que pudieron tener un tratamiento de infertilidad a tiempo, 7 no lo hicieron debido al miedo que les provocaba lo que dijera la sociedad.

“A mis 31 años decidí que quería tener un hijo, hasta ese momento no se me había dado la tan soñada oportunidad de casarme o siquiera de tener un novio o ya sin pedir mucho alguien con quien desahogar mi energía sexual, qué baja autoestima la mía. En fin, lo dicho, no llegó y empecé a buscar un hombre que sólo quisiera hacerme el favorcito, estaba dispuesta a firmar lo que me pidiera para deshacerse de toda responsabilidad paternal, pero ningún „hombre“ se aventó el paquete. Lo único que yo quería era un diminuto espermatozoide, habiendo tantos en el mundo y desmesuradamente desechados en recipientes de látex yo no podía conseguir uno, que pesar el mío. Empecé a dudar, a pensar y a decidir ¿de qué manera yo podía tener un bebé. Contemplé por supuesto la inseminación artificial, la fecundación in vitro, hasta pensé en que mi hermana tuviera un hijo con su esposo y me lo regalara, al fin que ella ya tenía cuatro, imagínate la locura de mi vientre desesperado.

“Finalmente tomé una decisión, me haría una inseminación artificial y pensé ¿qué le voy a decir a las amigas de mi mamá? ¿mi hijo sería un bastardo? ¿y si cuando crezca me reclama ser hijo de una jeringa?, lo peor, las vecinas no pararían de hablar. Y ¿si me lo discriminan?, sin hacer la historia larga, me dieron los 45 años casi 46, en busca de ser firme y hacer efectiva mi decisión de inseminarme, a esa edad era demasiado tarde, dejé de producir óvulos, ya era infértil, el „doc“ me dijo que era un caso de menopausia, no había nada por hacer, salvo adoptar. Mi oportunidad de tener un hijo de manera natural se había ido, ¿acaso la gente me iba a dar a mi bebé? ¿las vecinas iban a darle de beber y de comer? ¿las amigas de mi madre me harán ahora compañía?, a todo eso me respondo NO, pero ya es tarde, es un buen momento para analizar, vean mi ejemplo y no duden, nunca teman hacer lo que les dicta su vientre y su corazón”.*

Hay muchos motivos por los que las mujeres aplazan su maternidad aun cuando la anhelan: trabajo, estudios, miedo al qué dirán, falta de convicción, por acatar peticiones religiosas y temor a la falta de recursos económicos.

* Testimonio tomado de un blog de mujeres con problemas de infertilidad disponible en www.yahoo.com/answers

Una de las razones con mayor auge, de acuerdo con los testimonios de las mujeres que asisten a terapia psicológica en el DIF ubicado en Valle de Aragón 1ª sección en Ciudad Nezahualcóyotl, es la religiosa. De alguna manera la prohibición de la práctica sexual ha llevado a una buena parte de mujeres a aplazar sus funciones maternas al no encontrar una pareja que cumpla sus expectativas sociales y religiosas.

El sexo y la reproducción son algunos de los temas más controvertidos en el mundo, principalmente cuando se habla de religión. Actualmente existe gran variedad de congregaciones, entre las que cabe mencionar, el judaísmo, cristianismo, catolicismo, islamismo, budismo y shintoísmo.

La mayoría de las religiones simpatiza con la idea de propagar la raza de sus seguidores y extender sus creencias de una generación a otra. Desde el punto de vista biológico, para dar vida a un nuevo ser es necesario que exista una relación sexual, la cual no es muy bien aceptada cuando se habla religiosamente, a menos que se hayan cumplido los deseos de las sagradas escrituras, como casarse.



La religión judía es una de las creencias que cada vez más se practica en nuestro país; para los judíos, una de las cosas más preciadas es la vida, para ellos, ser estéril es la peor maldición habida y concebir, la recompensa más grande.

Alejandro Mansvach, judío nacido en la Ciudad de México, asegura que en la comunidad judía el sexo no es condenado ni considerado como un acto pecaminoso:

“El impulso carnal no debe ser suprimido, ya que se reconoce la actividad sexual como un hecho fundamental de la vida y el hombre está obligado a propagar la raza”.

El judaísmo es la más antigua de las tres religiones monoteístas más difundidas (junto con el cristianismo y el islam). Nace en Mesopotamia, hoy Medio Oriente. Su práctica se basa en el Torá, también llamado Pentateuco, compuesto, como su nombre lo indica, por cinco libros. La fe judía se basa en la creencia de un Dios omnisciente, omnipotente y providente, no sólo se le ve como una religión, sino también como una tradición y una cultura. Su símbolo es la estrella de David.

Como se mencionaba anteriormente, existen diversas corrientes religiosas, algunos países son más apegados a estas leyes como China, Japón y Marruecos, por mencionar sólo algunos.

De acuerdo con la revista *Muy Interesante*, en su sección “La religión y el sexo”, actualmente la cultura china es más tradicionalista que la occidental. Hablar de sexo es controversial y frecuentemente considerado de mal gusto, por lo que la educación sexual es precaria.²³

Esto no siempre fue así, durante la dinastía Chou reinaba la doctrina taoísta, una de las ciencias más antiguas, “sus seguidores creían que las glándulas sexuales poseían el poder y la inteligencia de Dios para crear vida y producir energía”.²⁴ Tener relaciones sexuales era bueno para la salud mental, espiritual y física. Este pensamiento catalogaba a la mujer y al hombre mediante la dualidad yin-yan y habitualmente usaba metáforas de la naturaleza para hablar de términos sexuales: las nubes se referían a los óvulos y secreciones vaginales y la lluvia aludía a la eyaculación.

En Asia, según el libro *Buda para todos*, de Jane Hope, en la religión budista, las relaciones sexuales no son un pecado, dado que la creación de un nuevo ser es digna de venerarse. “El deseo y el placer sexual, generan una fuerte energía indispensable para el camino hacia el nirvana” Según la filosofía budista, el sexo es la práctica espiritual de más alto orden.

²³ *Muy Interesante*, “La religión y el sexo”, no. 32. Editorial Televisa. 2003. p.81.

²⁴ Puech, Charles Henri, *Las religiones en la India y el extremo oriente*, pp.268-303.

En Japón, el shintoísmo es considerado la religión más antigua, dejó atrás la mezcla de ritos de fertilidad, alabanza de héroes y la celebración de la naturaleza.²⁵ El cuerpo y sus manifestaciones sexuales son naturales y parte de un ciclo perpetuo de creación. Los miembros más poderosos del shinto son los samurais y su ética no cuenta con un dios que reine y castigue.

Según el Shinto, a todo aquel que estuviera enfermo se le mandaba a un asilo para que practicara la meditación, se consideraba a la enfermedad un castigo natural que caía sobre los culpables, entonces catalogados como pecadores. A causa de lo anterior, la infertilidad no era diagnosticada y mucho menos tratada, en ese tiempo en esta religión daban poca importancia a las enfermedades de las mujeres.

Henry Puech, afirma que el Islam es una de las religiones más estrictas cuando de mujeres se trata, es preciso mantener la virginidad, la pureza y la inocencia. Hablar de sexo pudiera resultar de mal gusto y las relaciones sexuales son consideradas un pecado mortal si se realizan fuera del matrimonio. La misión en la vida de estas mujeres es crear una familia, dar vida y atender al marido. Si alguna mujer islámica resultara estéril, el marido tiene el derecho de regresarla a su casa de manera vergonzosa y sin lugar a un nuevo matrimonio.

En occidente, para el cristianismo, “el nacimiento de Jesús marcó un proceso de renovación, bautizado por los padres de la Iglesia como Nuevo Sol (reminiscencia de los ritos paganos)”²⁶ y paulatinamente la fe cristiana se despojó de los símbolos paganos que coexistieron con el cristianismo a lo largo de los años.

“Piri”, encargado y candidato a pastor del templo ubicado en Ciudad Nezahualcóyotl como parte de la congregación cristiana Ministerios Filadelfia, opina que el sexo entre cristianos es algo que se lleva a cabo exclusivamente dentro de la santidad del matrimonio y cuyo fin único es la procreación:

“La energía sexual es un instinto animal impuro que debe ser refrenado lo más posible, existen diferentes maneras de disfrutar a la pareja, la actividad sexual no lo es todo”.

²⁵ Hope Jane, *Buda para todos*, pp.120-121.

²⁶ Feuerbach, Ludwig, *La esencia del cristianismo*, pp.195-204.

Desde el punto de vista de “Piri”, las relaciones sexuales son importantes en la medida en que se tiene la necesidad de formar una familia. De acuerdo con el *Antiguo Testamento*, la orden de Dios fue reproducirse; en la misma *Biblia*, existen entre sus letras historias de mujeres estériles que por causas diversas no consiguen procrear un hijo.

Tal es el caso de Rachel, mujer de Jacob, que no podía darle un hijo. “Dame un hijo si no me muero”.²⁷ Rachel da su cierva a Jacob para que con ella engendre un hijo, el cual sería para ella. Este método es utilizado en nuestros días, hasta existen grandes negocios con la renta de úteros, por ejemplo en la India hay clínicas especializadas en la renta de úteros. Otro ejemplo es el de Sara, mujer de Abraham, la cual no puede concebir hasta que por medio de la mano divina tiene a su primogénito. Al igual que Sara, está Rebeca, mujer de Isaac, imposibilitada para la maternidad.

¿La dificultad de concebir un hijo es entonces un castigo divino que aqueja a cientos de parejas hoy en día?

“Indiscutiblemente no es un castigo divino, Dios no castiga. La infertilidad, hoy conocida como una enfermedad, es tan sólo una de tantas lecciones para el aprendizaje de la vida que el señor pone en el camino de su hijo, todo tiene un porqué, y la infertilidad es un obstáculo que hay que enfrentar con sabiduría, el creador no te da nada con lo que no puedas luchar. Todas esas circunstancias son pretextos de Dios para enseñarnos a amar sobre todas las cosas, por muy difícil que parezca el problema”. Afirmo Jacqueline Morales, esposa del pastor de la iglesia ubicada en Ciudad Nezahualcóyotl que pertenece a la congregación cristiana Ministerios Filadelfia.

²⁷ *Antiguo testamento*. “Génesis”, pp. 16, 42,49 y 56.

En México la mayoría de la población es católica. Según estadísticas del INEGI, es una de las

De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, elaborado por el INEGI, en México el 88% de la población es católica, el 5.2% es protestante y evangélica, tan sólo el 0.06% es judaica.

religiones con mayor fuerza en nuestro país. El Vaticano, su matriz eclesiástica, se ha encargado de difundir enseñanzas morales y éticas para el buen comportamiento de sus feligreses.

¿Qué opina el catolicismo de los métodos de reproducción asistida?

“Definitivamente hoy en día existe ya un catolicismo muy variado o mixto, según El Vaticano los métodos anticonceptivos y por supuesto los de reproducción asistida no son aprobados, aun así habemos practicantes del catolicismo y de la medicina, Dios nos da los instrumentos para salvar vidas y para crearlas, cabe mencionar que la ciencia, es verdad, ha rebasado los límites y experimentan con cosas sin sentido como la clonación. Pienso que cuando se trata de engendrar una nueva vida, Dios no consigue negarse a ello, además por más que intentes

Los sectores conservadores de la Iglesia Católica han emitido una serie de documentos destinados a pautar los límites de las prácticas científicas, médicas, sociales y jurídicas, en materia de sexualidad y reproducción.

El documento más reciente que El Vaticano emitió para señalar qué prácticas médicas y científicas deben ser categorizadas como ilegales porque van en contra de preceptos bíblicos (desde la interpretación de los grupos conservadores), es la instrucción *Dignitas Personae*, un documento que invita a toda la comunidad católica a que se oponga a las políticas de salud sexual y reproductiva. El documento define las prácticas médicas de reproducción humana como inmorales y no deben ser realizadas: las técnicas de ayuda a la fertilidad (fecundación in vitro, eliminación voluntaria de embriones, inseminación artificial, congelamiento de óvulos, etcétera) y la experimentación genética. Los católicos conservadores señalan que las técnicas de fertilidad y experimentación con genes simbolizan la ruptura de las leyes de Dios.

por todos los medios científicos, si no es la voluntad del Señor no será”, dice en entrevista Regina Olvera, monja católica que labora como enfermera en el Hospitalito Gustavo Guerrero.

Gina Verses Ruiz, etnóloga y maestra en estudios mesoamericanos de la UNAM, opina que la infertilidad ha sido importante desde siempre, ya sea para la conservación de la especie, estructuras sociales, o por la simple adoración a la vida:

“Una de las cosas más importantes para la humanidad es la fertilidad femenina. En culturas de la antigüedad como la vieja Mesopotamia la fecundidad era algo de suma importancia, al grado de que al varón le era permitido adquirir una segunda mujer cuando la primera era estéril y qué decir de la Grecia clásica, donde la esterilidad era producto de la cólera de los dioses. La infertilidad es un padecimiento antiguo, existe casi desde el origen del hombre, por ello vale la pena centrar la atención en ella y conocer su surgimiento y la manera de tratarla por las culturas antiguas y cómo se le ha tratado en nuestro tiempo”.

2.2. TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD FEMENINA EN LA ANTIGÜEDAD

Actualmente el tema reproducción asistida tiene su grado de importancia y existen diversas instituciones para su tratamiento. ¿En la antigüedad la infertilidad era tratada con importancia?

Gina Verses Ruiz afirma que la infertilidad ha sido uno de los problemas sociales y médicos desde los albores de la humanidad. Para los egipcios, el estatus legal de la mujer era semejante al del hombre, posición privilegiada en civilizaciones antiguas. Las parejas se hallaban prolíficas y la infertilidad era un problema legal y cotidiano, no considerado un castigo divino, sino una enfermedad que debía ser diagnosticada y tratada.

Dos papiros de medicina egipcia están particularmente relacionados con la ginecología y la fertilidad: el papiro Kahoun, el texto médico egipcio más antiguo y en verdad el primer tratado de ginecología (1900 a.C.) y el papiro Ebers, el cual fue escrito en la XVIII dinastía (1550 a. C.) y fue el texto más famoso de la época.²⁸

El conocimiento egipcio sobre la anatomía en aquel tiempo probablemente sería algo somero, se utilizaban ya varios términos conocidos hoy en día para la geografía femenina: útero y tal vez cérvix.

En el Kahoun se describen diagnósticos ginecológicos como el que cito a continuación: “si una mujer sufre de sus dientes y sus encías y no logra abrir la boca, seguro se trata de un dolor agudo del útero”²⁹. Para curar este mal se

²⁸ Olivares Mendiola, Jaime, “Esterilidad y reproducción asistida: Una perspectiva histórica” *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, p.16.

²⁹ Nunn, Jhon F., *La medicina del antiguo Egipto*, p. 42.

recomendaba fumigar la vagina, este remedio era utilizado como tratamiento de infertilidad, porque se lograba con él que se produjera la concepción.

“Los egipcios fueron sobresalientes en el diagnóstico temprano del embarazo y la infertilidad, mezclaban granos de trigo con la orina de las mujeres embarazadas”.³⁰

La técnica consistía en que las mujeres grávidas debían orinar diariamente sobre una mezcla de trigo y cebada, esto debía ser guardado en dos bolsas como si fueran arena; si los granos germinaban, estaba embarazada, si sólo crecía el trigo, sería varón, si sólo crecía la cebada, sería mujer. Según Jaime Olivares, en su artículo “Esterilidad y reproducción asistida: Una perspectiva histórica”, los egipcios se ocupaban de saber la fertilidad de la mujer, para la época era algo con gran importancia, la población egipcia desarrolló métodos para el diagnóstico de las mujeres infértiles, aunque tomaban en cuenta que no toda la causa de la imposibilidad para procrear era femenina, el varón juega un papel importante en la formación de un ser.

En el papiro Ebers, se habla acerca de uno de los problemas más comunes de infertilidad, la amenorrea (ausencia de menstruación), “el remedio para este mal era la provocación del vómito, con esto disminuiría la subida de sangre rezagada en el útero”.³¹

Los exámenes que realizaban los egipcios se basaban en el concepto de que los órganos genitales estaban en continuidad con el resto del cuerpo y en particular con el tracto digestivo en mujeres fértiles. La civilización griega tiene un exponente significativo de los estudios sobre infertilidad, Hipócrates (padre de la medicina), quien estaba familiarizado con el tema, tenía varias recetas inspiradas en los egipcios para diagnosticarla.

Para Hipócrates la infertilidad podría ser causada por diversos factores: mala posición del cérvix, debilitación de la cavidad interna debida a un origen congénito o adquirida subsecuentemente a una cicatrización tras úlceras, obstrucción del orificio uterino debido a una amenorrea (ausencia de la menstruación), flujo

³⁰ Pagés, Gustavo, *Infertilidad: fisiología, diagnóstico y tratamiento*, p. 146.

³¹ Nunn, Jhon F., *op.cit*, p. 237.

menstrual excesivo y prolapso uterino (descenso del útero a la vagina hasta salir a veces fuera de la vulva). *

Además de los datos de carácter general, la propensión de la mujer a enfermar ginecológicamente dependería de la edad y de su constitución (color de su piel y sus cabellos, características de su menstuo).

Entre las enfermedades de los genitales externos son mencionadas las úlceras de los labios mayores y menores, el flujo blanco vaginal y la amenorrea, la cual podría producir inflamación y supuración del útero ocasionando la obstrucción de trompas de Falopio y como consecuencia infertilidad.

Otras causas de la incapacidad para procrear, según la medicina hipocrática, son las desviaciones y desplazamientos de útero, la oblicuidad, retroflexión y el prolapso. Si la matriz se fija en el corazón provoca sofocación y el aire va hacia arriba con violencia, la mujer sufre de ansiedad y retortijones.

Cuando la matriz se dirige hacia el hígado, la mujer pierde inmediatamente la voz, sus dientes se aprietan y el color se hace lívido, esto ocurre especialmente a mujeres sin hijos o estériles.³²

Un médico de la escuela árabe fue Avicena (980-1037), escribió alrededor de treinta tratados médicos, de hecho sus no cocidos *Cánones* dominaron la práctica médica en la época medieval. Para Avicena el origen de la infertilidad podía yacer en la mujer o en el hombre, también podía ser causada por anomalía en el tracto genital o problemas psicológicos como la melancolía.

El tratado hipocrático sobre las enfermedades, dice que todo hombre y toda mujer posee cuatro variedades de humor, de los que proceden las enfermedades, estas variedades son: la flema, la sangre, la bilis y el agua. De la alteración de uno de estos humores viene la infertilidad, también el tratado sobre los aires, aguas y lugares menciona la obstrucción de conductos tanto en hombres como en mujeres, testículos y trompas respectivamente.³³

* Conceptos extraídos de *Diccionario Médico*, p. 554.

³² Lain Entralgo, Pedro, *La medicina Hipocrática*, pp. 293-294.

³³ Jesús de la Villa, Polo, *Tratados hipocráticos*, p.2.

Los tratamientos eran numerosos: cuando el cérvix estaba muy cerrado se dilataba con una mezcla de nitro rojo, comino, resina y miel. Los griegos también dilataban el cérvix insertando una sonda de plomo a través de la cual vertían al útero sustancias emolientes.³⁴

En la antigüedad se usaban remedios con especias naturales que provocaban reacciones en el cuerpo, los problemas de salud también han sido tratados mediante la medicina alternativa (acupuntura, homeopatía y por qué no, la hechicería). Un ejemplo de esto son las curanderas, brujas y santeras, mismas que, según Dalia, son una buena alternativa para curar la infertilidad.

“Yo fui con una señora que me recomendaron, una bruja o al menos eso parecía, con sus grandes uñas largas con esmalte azul turquesa, su piel llena de polvos dorados, su cabello largo y teñido o más bien destefido, lo digo por su color amarillento, como si tratara de disminuir la pigmentación natural de su pelo.

“Con una mirada fija, casi desorbitada, me analizó y de inmediato me advirtió que necesitaba un tratamiento para tener bebés, me sorprendí por supuesto, pues no la había visto en mi vida, continuó la sesión con una lectura de mano y después de cartas, pasamos a la limpia y las conclusiones, luego a las recetas y tareas en casa. Quizás la gente me tacharía de loca y crédula, aun así lo intenté. Tomé una mezcla de té durante meses, un tónico „destapa trompas” que olía a drenaje, e inhalé hierbabuena hasta odiar el aroma, no fue más que eso, no fueron más que brebajes y fuera lo que fuere lo habría hecho sin dudarlo, hoy no me arrepiento porque gracias a esa señora de rostro místico logré mi sueño, al término de su receta quedé embarazada de Sony, mi niña, tan anhelada y tan amada”.

Los remedios han estado presentes a lo largo de la historia; los médicos de la Edad Media utilizaban diversas técnicas para diagnosticar la infertilidad, el valenciano Arnau de Villanova insertaba un diente de ajo en la vagina de la mujer y si el olor se transmitía a la boca entonces era fértil, también creía que la obesidad era un factor importante, “la grasa asfixia la semilla del hombre”.³⁵ Entre sus múltiples creencias decía que el excesivo calor o humedad podían provocar la infertilidad, puesto que la gran humedad que está en la mamá puede asfixiar el esperma que recibe, o cuando está caliente la madre alcanza a quemar la semilla.

³⁴ *Ídem.*

³⁵ Olivares Mendiola, Jaime, “*óp. cit.*” *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, p.19.

Un discípulo del médico italiano Vesalio (1514-1564), llamado Bartolomeo, dibujó el útero y sus vasos, y recomendaba a los maridos que tras el acto sexual metieran el dedo en la vagina para favorecer la concepción, éste fue el ancestro de la inseminación artificial.

En 1769 el anatomista italiano Giovanni Battista sumó otras posibles causas de infertilidad: ausencia folicular, anomalías de la

vagina o de los órganos genitales externos, aplasia uterina y derivaciones del útero. Una de las causas era que el espermatozoide no alcanzaba a llegar hasta el útero, no podía recorrer el camino sobre la cavidad vaginal y después introducirse al cérvix. Por ello se iniciaron los estudios y prácticas de la inseminación artificial, la cual fue probada en mamíferos en 1784. Para 1785 el cirujano escocés John Hunter (1728-1793) realizó la primera inseminación artificial, la cual dio como resultado un niño sano ese mismo año.

Hasta ese momento, las causas de la infertilidad eran meramente fisiológicas y anatómicas, durante la segunda década del siglo XX empezó a desarrollarse la endocrinología reproductiva y se utilizaron gonotrofinas para realizar estimulación ovárica

2.3. ¿Y EN MÉXICO?

En el campo de los estudios sobre el México mesoamericano es sabido que la fertilidad ha sido importante para todas las culturas. Se consigue notar en figurillas en el Museo Nacional de Antropología e Historia de Chapultepec.

Según el libro *La dinámica social de los mayas de Yucatán*, de Miguel Alberto Bartolomé, en sus páginas 239-242 los antiguos mayas, grandes navegantes, veneraban a la diosa Ixchel, deidad de la Luna y de la fertilidad, del amor carnal y de la medicina, de los huracanes y de las tormentas tropicales.

Los mayas pensaban que el aire traía consigo los males, por eso había que exorcizarlo.

Maricruz Aragón, doctora en Antropología Física y miembro académico del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM afirma que:

“Se dice que de infertilidad se acusaba a las mujeres y eran ciertamente marginadas, aunque no en todas las culturas de Mesoamérica, por lo que es difícil hacer generalizaciones.

“Como ya se sabe, el pasado mesoamericano encierra muchas más culturas de las que hasta hoy conocemos. Pero una muy sonada y por demás estudiada es la civilización maya, quienes adoraban la abundancia, se tomaban muy en serio los rituales de fertilidad. Los mayas consideraban a las enfermedades un castigo impuesto por alguna ofensa a los dioses.

“Aunque no hay registros bastos sobre la forma de tratamiento o condena para una mujer infértil, sus mujeres trataban de solucionarlo con rituales, cánticos y por supuesto el curandero, quien mataba en la cabeza del enfermo pollos y gallinas para luego dar 13 vueltas en su mismo eje, después se tiraban 13 huevos al monte”.

En la cultura azteca se adoraba a la diosa de la tierra y la fertilidad. Coatlicue era una deidad sedienta de sacrificios humanos, su pueblo azteca no sacrificaba a sus mujeres infértiles, pero sí existía discriminación y pérdida de derechos, maltrato y otros castigos.

De acuerdo con Gina Verses Ruiz, las principales sanciones para un delito azteca eran la mutilación, el destierro, la esclavitud y el despojo de bienes; no está dicho que la infertilidad fuera castigada o considerada un delito para los aztecas, aunque sí era un motivo fuerte de separación y discriminación.

Dando un salto en el tiempo, después de largo período cuando los rituales y los dioses paganos pasaron a segundo plano se dio acceso a la ciencia y a la medicina, con lo cual se fue descubriendo más a fondo el problema de la infertilidad.

En Estados Unidos se empiezan a elaborar diversas investigaciones acerca de la infertilidad, principalmente para descartar obstrucciones tubáricas. Asimismo, se inicia la investigación de la fecundación in vitro, en 1944 se crea la Asociación Americana de Medicina Reproductiva y se perfecciona este método, en 1978 nace la primera niña consecuencia de la fecundación in vitro.

Los avances científicos en cuanto a este tipo de males fueron paulatinos y no fue hasta 1965 que se creó el Departamento de Biología de la Reproducción en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.³⁶ En ese mismo año surgió la Clínica de Planificación Familiar, con la finalidad de realizar estudios básicos y clínicos sobre nuevos métodos para el control de la fertilidad humana y los trastornos de la misma.

³⁶ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, *Memorias de su 60 aniversario*, pp. 507-518.

A la investigación de la reproducción asistida se incorporaron distintos departamentos de disciplinas médicas para su estudio, entre ellas la endocrinología reproductiva, la clínica de diferenciación sexual, la unidad fármaco quirúrgica y el departamento de displasias para la mujer.

En la Clínica de Salud Reproductiva, antes llamada Clínica de Planificación Familiar, existe la realización de diversos análisis para la detección oportuna de agentes que propician la infertilidad, tal como la toma de muestras de secreción cérvico-vaginales, citologías, microbiologías, biopsias cervicales y endometriales, Papanicolaou, colposcopias, sólo por mencionar algunos.

“Para 1994 de una muestra de cien pacientes que acudieron a consulta el 30% presentó problemas de infertilidad y el 20% presentó padecimientos endocrinológicos que afectan al aparato reproductor.”³⁷

En México existen diferentes instituciones en las que se alcanza a adquirir experiencia y especialidad en materia de reproducción asistida. En la Universidad Nacional Autónoma de México se imparten diversos cursos y programas que otorgan títulos a nivel licenciatura, especialización, maestría y doctorado en ciencias biomédicas y biológicas.

Asimismo, se hallan muchas alternativas para atender la infertilidad, hay instituciones dedicadas a su tratamiento: Centro Mexicano de Medicina Reproductiva, Centro de Fertilidad Humana en México, Hospital San Javier, Clínica de Infertilidad, Instituto de Medicina Reproductiva, Clínica de Infertilidad Hospital ABC, Instituto para el Estudio de la Concepción Humana, Clínica de Reproducción Humana y Ginecología, Hospital de la Mujer, Instituto Nacional de Perinatología, Clínica de Especialidades de la Mujer de Sedena, entre otras.

La infertilidad ha sido siempre un tema de atención para la práctica médica y también en el plano social, filosófico y ético. En el mundo, la visión sobre la infertilidad es basta. De acuerdo con sus creencias religiosas y tradiciones culturales, cada pueblo o nación afronta esta enfermedad, que tiene impacto severo sobre la población femenina y las estructuras sociales.

³⁷ *Idem.*

CAPÍTULO III.
INFERTILIS, ERES MUJER, TÚ TIENES LA CULPA.

3.1. INFERTILIDAD, ¿QUÉ ES ESO?

Cuando una mujer decide tener hijos y formar una familia*, suele hablar con su compañero, como parte de sus ilusiones durante el noviazgo, del número de hijos que desea tener después de establecida en matrimonio. Se da por hecho la fertilidad de ambos y que ningún inconveniente dificultará el embarazo y nacimiento de los hijos programados.

Actualmente existen distintas causas del impedimento para la maternidad, entre las que cabe mencionar la matriz infantil, quistes, endometriosis y anovulación. Estas dos últimas son factores que pueden provocar un grado alto de infertilidad.

La infertilidad es una realidad cada vez más avasalladora. Hoy por hoy existen parejas con problemas para concebir que ven cómo pasa el tiempo y el tan esperado bebé no llega. Entonces sobrevienen la duda, la incertidumbre y la gran pregunta: ¿qué hacemos?

En primera instancia la pareja debe asistir con el médico general, dependiendo de la dificultad del problema, los canalizará con un especialista en reproducción humana, quien hará los estudios correspondientes; al saber el resultado preliminar y detectar que en la pareja existe infertilidad, el médico diagnosticará finalmente y se verán frustrados los sueños de maternidad y paternidad de un matrimonio más, que se une al 1.5 millones de parejas aquejadas por este padecimiento en México.³⁸

Una vez establecido el diagnóstico, se presentan la angustia, el miedo y la desesperación, ¿qué es la infertilidad? ¿en qué consiste? ¿cuánto tiempo debe pasar para eliminarla? ¿por qué da infertilidad? ¿quién puede ayudarme? ¿por qué a mí? Estas son las preguntas más frecuentes que se hace una persona

*En este caso, hablando de la familia tradicional conformada por padres e hijos, la etnóloga Gina Verses Ruiz señala que actualmente existe diversidad en cuanto a la formación de un linaje, “una familia no necesariamente requiere hijos, actualmente hay estirpes diversas, conformadas por 2, 3 o 9 personas que no precisamente son consanguíneos”.

³⁸ www.tufertilidad.com.mx. acceso 2010, Tu fertilidad se encuentra encabezado por Alejandra Pastrana, comunicóloga, ex directora editorial de *Crecer feliz y Padres e hijos*, y algún día diagnosticada con infertilidad inexplicable.

diagnosticada con dicho padecimiento de acuerdo con la doctora Pilar Vega, residente del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana (INPer).

Primero se debe comenzar por definir correctamente el padecimiento, La palabra infertilidad viene del latín *in*, que significa no, más *fertilis* que quiere decir fructífero o prolífico, es decir, no fructífero, y está presente en casi todas las culturas del mundo. Según el *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*, de Dorland, la infertilidad es la disminución o falta de la capacidad para producir descendencia.³⁹

Edward Hughes opina que la infertilidad reside en una disminución de la fertilidad o en su ausencia. No implica la existencia de una enfermedad o un proceso irreversible, como el caso de la esterilidad. La infertilidad supone unas estructuras anatómicas adecuadas y una función equívoca, con posibilidad de embarazo, que puede llegar o no a término.⁴⁰

Actualmente dos de cada diez parejas que deciden tener hijos padecen infertilidad, experimentando sentimientos de fracaso, culpa y devaluación. En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que se investigaron 10,000 parejas, se encontró que los problemas de infertilidad se dan de la siguiente manera:

- El factor masculino es responsable en 33% de los casos.
- El factor femenino es responsable del 47% de los casos.
- En un 20% la responsabilidad es compartida por ambos miembros.

En México las encuestas realizadas arrojan las siguientes cifras:

- El factor masculino es responsable en 40% de los casos.
- El factor femenino es responsable del 50% de los casos.
- En un 10% hay un factor inexplicable.⁴¹

³⁹ Dorland, *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*, p. 904.

⁴⁰ Hughes Edewad C., *Terminología en obstetricia y ginecología*, pp. 281 y 282.

⁴¹ "Características del auto concepto en parejas estériles por factor masculino y femenino". *Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana*. Vol.17.no.2.2003.p. 81. disponible en <http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDREVISTA=76&IDARTICULO=21245&IDPUBLICACION=2157> , acceso 2010.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el 10% de las parejas tiene problemas para concebir, mientras que el doctor Jorge Carreño Meléndez asegura en su artículo “Guía clínica de intervención psicológica de la paciente con esterilidad”, publicado en la revista del *Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana*, que el 15% de las parejas en México padece algún problema de fertilidad.

De acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Perinatología, este padecimiento va en aumento, ya que atiende un número mayor a 1,060 pacientes por año.

El doctor Eduardo Berra, colposcopista Y ginecólogo del Hospitalito Gustavo Guerrero, afirma que la esterilidad y la infertilidad son dos cosas diferentes que los pacientes suelen confundir.

“La esterilidad es la incapacidad de un individuo de producir células germinativas, es decir, óvulos y espermatozoides, respectivamente, y por lo tanto jamás tendrá la posibilidad de la concepción, ni de manera natural ni con ayuda de los métodos de reproducción asistida.

“La infertilidad es la incapacidad de quedar embarazada después de un año de tener relaciones sexuales sin ningún tipo de protección. También se considera infertilidad la falta de capacidad para llevar a término un embarazo”.

El Centro de Estudios para la Fertilidad y Atención a la Mujer (CEFAM) establece que hay dos tipos de infertilidad.

Se considera infertilidad primaria cuando una pareja que consigue un embarazo no logra llegar a su término con el nacimiento de un niño sano, y se cataloga infertilidad secundaria, cuando una pareja, tras un embarazo y parto normales, no consigue completar una nueva gestación con un recién nacido sano.⁴²

Debido al estilo de vida que se lleva en un país como México, las causas de infertilidad aumentaron considerablemente, por lo que la medicina, la anatomía y

⁴² www.cefam.com.mx, acceso: 2 de mayo de 2010, página del El Centro de Estudios para la Fertilidad y Atención a la Mujer

la tecnología estrechan lazos para encontrar las causas que impiden la llegada de un bebé.

3.2. ¿POR QUÉ?, ¿POR QUÉ? Y ¿POR QUÉ?

Las causas que producen la Infertilidad son muchas algunas, de las más comunes son:

Disfunción ovulatoria

El sistema reproductor de la mujer no genera las cantidades adecuadas de hormonas para liberar un óvulo sano. Al ovular entre el día 14 y 16 del ciclo, se libera una mucosidad elástica transparente, si no es visible puede haber problema de ovulación.

Problemas del moco cervical

El pH (índice de acidez o alcalinidad) del moco cervical puede ser muy elevado, esto no permite que el espermatozoide sobreviva en el trayecto hacia el óvulo.

Problemas anatómicos

El funcionamiento anormal de la anatomía femenina impide que el óvulo y el espermatozoide se encuentren. El problema más frecuente es la obstrucción de las trompas de Falopio.

Endometriosis

Tejido que se desarrolla fuera del útero, cada mes este tejido responde a los ciclos hormonales: crece y se desintegra, lo cual afecta el funcionamiento de los órganos reproductores.

Infecciones

Enfermedades pélvicas inflamatorias provocadas por bacterias como la gonorrea o la clamidia que puede afectar al útero, las trompas de Falopio o los ovarios. Esto genera dolor pélvico continuo y puede ser causa de embarazos ectópicos, es decir, la implantación del óvulo fertilizado fuera del útero.

Problemas inmunológicos

Fallas en el sistema inmunológico de la mujer pueden provocar pérdidas continuas de embarazos o que los anticuerpos ataquen el espermatozoide.

Estilo de vida

El uso de drogas recreacionales como marihuana o cocaína, así como el consumo de alcohol, tabaco o determinados medicamentos, suele afectar la calidad y el funcionamiento del esperma y del óvulo

Otros problemas

Incluyen la presencia de tejido cicatrizante en la pelvis debido a cirugías o infecciones previas.⁴³

Las causas de infertilidad en las mujeres se distribuyen de la siguiente manera:

- Ovárico 44.1%
- Tubárico 27.6%
- Uterino 12.1%
- Cervical 7.2%
- Vaginal 16.2%
- Psíquico 0.2%
- Ignorado 13.3%

Alteraciones físicas del aparato reproductor femenino

Las fuentes físicas de la infertilidad en las mujeres se concentran en cuatro órganos principalmente:

Trompas de Falopio

Las causas tubáricas, se refieren principalmente a los problemas con las trompas de Falopio, éstas suelen sufrir inflamaciones y adherencias.

La salpingitis o inflamación de las trompas suele darse en su mayoría por estreptococos y estafilococos principalmente. Corren riesgo de presentar trompas dañadas las mujeres que hayan padecido herpes genital, verrugas, gonorrea, tricomonas, clamidia o enfermedad pélvica inflamatoria. Los síntomas más comunes de estas enfermedades son fiebre, fatiga, dolor en la pelvis, flujo purulento, vómitos, irregularidades menstruales y relaciones sexuales dolorosas.

Ovarios

El exceso de vello en la cara, en la parte baja del abdomen, sobre el dedo gordo del pie, alrededor del ano, en ocasiones la piel grasosa y el acné son algunos indicadores de que el ovario no está funcionando adecuadamente y tiene una hormona masculina que causa ese vello; esta hormona es la testosterona.

⁴³ www.ingen.es, acceso: 5 de diciembre de 2010, página del Instituto INEGENES Fertilidad y Genética.

La forma de detectar que los ovarios funcionan es a través de las gráficas de Temperatura Basal Corporal (TBC) que descubren problemas de anovulación (ausencia del ciclo ovulatorio). Alguna situación psíquica puede provocar el entorpecimiento de la función ovárica.

“Mis amigas me decían que a ellas les salía por la vagina una especie de moco blanquizco en ocasiones transparente, pegajoso... no más bien elástico, que es difícil de limpiar cuando una va a hacer pipi. Este líquido, según ellas, me debería salir entre el día 12 y 16 de mi ciclo menstrual. „No vayas a tener relaciones esos días” me decían, „a fuerzitas que quedas embarazada”. Yo hice lo contrario, lo hice una y otra vez, el líquido ovulatorio nunca apareció y mi bebé tampoco, tal vez yo estaba ante un caso de anovulación que no sabía cómo manejar, yo tenía 21 años y ni de broma podía decírselo a mi mamá, afortunadamente mi hermana se dio cuenta de mi incertidumbre y es por eso que estoy en tratamiento”. *

Cérvix

Es una de las zonas más importantes del aparato reproductor femenino, porque interactúa con la vagina y corre el riesgo de contaminarse con gérmenes que asciendan y provoquen un daño tubárico irreversible, de igual manera modifican físico-químicamente la composición del moco cervical.

Este moco es indispensable para la capacitación de los espermatozoides, si es espeso o ácido impide el paso de los espermias hacia las trompas y los mata antes de que lleguen interrumpiendo así el proceso de fecundación.

La ineficiencia del orificio uterino interno, más que impedimento de concepción es una causa de infecundidad. Existen mujeres con un cérvix poco cerrado, lo cual impide que el producto se retenga dentro del útero.

Útero

El útero es la parte del organismo que presenta mayores problemas y es la más importante, porque ahí se desarrolla y alberga el embrión. Las malformaciones

* Ana es una mujer que cuenta su historia en blogs de internet, un espacio creado por y para mujeres con problemas de concepción. <http://gbooks1.melodysoft.com>

uterinas son las más problemáticas y casi todas son congénitas y divididas en simétricas y asimétricas.

Dentro de las simétricas están las siguientes:

- División externa del útero: se crean dos cavidades distintas y de acuerdo al grado de separación se clasifican en arqueado o arcuato, bicorne y didelfo.
- Sin división externa: úteros septados parciales o completos, son anomalías frecuentes, generalmente asintomáticas y se descubren incidentalmente.

Los tumores y quistes en el útero, sobre todo entre los 30 y 40 años, causan niveles elevados de estrógenos, obesidad y anovulación ⁴⁴, esto impide que se implante el embrión, provoca partos prematuros y alteraciones fetales.

El útero infantil es otra causa de esterilidad. Por la variante del tamaño o proporciones del útero, a pesar de su enorme capacidad de expansión no le ayudará a retener al bebé.

Según el doctor Eduardo Berra, la endometriosis es otro de los problemas más frecuentes de infertilidad en las mujeres, generalmente inicia en el útero y termina extendiéndose a ovarios y trompas. En sus fases más crónicas alcanza hasta los intestinos. Este padecimiento se produce por fragmentos de endometrio que se adhieren en el útero mes con mes. La mujer sangra en pequeñas cantidades que cicatrizan, formando cada vez más tejido y con ello se llega a obstruir las trompas, impidiendo el paso de los espermatozoides y óvulos.

3.3. FACTORES QUE LA DESENCADENAN

Los hombres o las mujeres pueden tener diversos problemas que pueden provocar infertilidad, estas dificultades pueden ser anatómicas, fisiológicas, genéticas y hormonales.

⁴⁴ Raab, Diana, *Como lograr embarazarse y cómo permanecer embarazada*, p.311.

También existen factores externos al cuerpo humano que pueden provocar la imposibilidad de la concepción, tales como malos hábitos alimenticios y de ejercicio, consumo de drogas, factores ambientales como la contaminación o la exposición a sustancias tóxicas y por supuesto la situación emocional de la persona influye de manera considerable en su reproducción.

Es importante tomar en cuenta estos factores, ya que suelen avisar, dan signos de la presencia o posible incurrancia de la infertilidad.

Para las mujeres la infertilidad relacionada con la edad es el resultado de la disminución de la reserva ovárica. Las mujeres nacen con un número finito de óvulos; los hombres, por el contrario, son capaces de producir espermatozoides a lo largo de toda su vida, pero la calidad de estas células puede bajar. Por eso es necesario que los dos integrantes de la pareja sean revisados, para saber en dónde radica el problema.

Según datos del Instituto de Infertilidad y Genética (INGENES), el riesgo de aborto es de 9.5% en mujeres jóvenes, sin embargo, éste se eleva con la edad, aumentando hasta el 11% a los 30 años y alcanzando el 33% en las mujeres de 40 años en las mujeres de más de 40 años el riesgo de aborto aumenta hasta el 50%. Gracias al Diagnostico Gestacional Pre Implantatorio se puede erradicar en un 75% el riesgo de pérdida de embarazos.



3.3.1. Edad

Según el doctor Alfonso Reyes, biólogo de la reproducción del Hospitalito Gustavo Guerrero, existen diferentes motivos por los que no siempre se ven cumplidos los sueños reproductivos tal como se concibieron:

El Hospitalito Gustavo Guerrero es una institución dedicada al cuidado de la salud, actualmente ofrece diversas especialidades y estudios de laboratorio. Esta fundación fue instaurada en 1930 por Rafael Gustavo Guerrero. Se ubica en Herreros no. 68, colonia Morelos. Para consulta de especialistas, la entrega de fichas es de 6:30 a 13:00 horas.

“Las enfermedades sistémicas y deficiencias hormonales han sido las principales desencadenadoras de la infertilidad, padecimiento que consiste en la imposibilidad para procrear un hijo en un periodo menor a seis meses de relaciones sexuales sin protección.

“La infertilidad es un malestar tratable y en muchos casos curable. Las causas son diversas, no es propia de un género; ataca a hombres y mujeres por igual aunque he escuchado pacientes hombres que le dicen a sus esposas ‘tú eres la mujer, tú tienes que tener al bebé, tú no puedes, eres tú no soy yo, **tú tienes la culpa**’ ”.

¿La edad es un factor importante para la fertilidad de la mujer?

Según el doctor. Berra, actualmente las mujeres ya no son madres conscientes a edades tan menores, la maternidad hoy tiene un rango de 30 a 40 años, por motivos de profesión o simple temor a la responsabilidad:

“La impresión fuerte viene cuando deciden ser madres y se encuentran con un problema de infertilidad a causa de la edad y disminución de hormonas. Dejar la maternidad para luego, es una de las causas por las que no se da tratamiento oportuno a las pacientes que padecen infertilidad.

“Llegan al consultorio con 39 o 42 años de edad y el tratamiento no se vuelve muy prometedor. En algunas instituciones se manejan rangos de edad para poder dar tratamiento a una mujer infértil, por ejemplo el Instituto Nacional de Perinatología atiende pacientes con este problema de no más de 38 años; entre mayor edad, menor posibilidad de un tratamiento positivo. El proceso es desgastante, requiere de empeño y fuerza de voluntad, la invasión de hormonas es muy agresiva y no es fácil pronosticar la fecundación, el procedimiento puede tardar semanas, meses o años y nunca ser efectivo”, finaliza el doctor Berra.

| |
|---|
| En México se detectan al año más de 2 mil casos nuevos de infertilidad. |
|---|

Para Berra la edad ideal para tener un hijo es de 22 a 28 años, en este rango, la mujer, en la mayoría de los casos, ha llegado a la madurez física y emocional requerida para incubar y cuidar un producto.

“Yo retardé mi maternidad por puros prejuicios, como no me había casado, no tenía derecho a ejercer mi sexualidad”, dice en entrevista Vanesa Galicia, quien agrega: “en mi familia son muy religiosos y ni pensar que diera mi virginidad sin casarme a cualquier fulano que luego me iba a dejar.

“Para no hacer cuentas largas, me dieron los 36 años y seguía virgen, sin novio, marido, ni hijos. Fue entonces cuando decidí que quería una inseminación artificial y acudí al Instituto Nacional de Perinatología. El tratamiento me destruyó en algún

La Misión del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, es la resolución de los problemas nacionales de salud reproductiva y perinatal de alta complejidad, a través de la investigación científica básica, clínica, epidemiológica y médico social. Fomenta la formación académica y desarrollo de recursos humanos, con sólida preparación técnica, ética y humanística.

momento, no quería seguir, mis emociones se desequilibraron, lloraba unas veces, otras, estaba muy contenta. Ahora puedo decir, que no hay que dejar la maternidad para luego, en caso de que se desee un bebé”, afirma Vanessa, una mujer delgada, no muy alta, viste falda a los tobillos, una blusa blanca impecable de manga corta y zapatos bajos. Profesa la religión evangélica testigos de Jehová y se encuentra feliz de tener un hijo sano de 3 años de edad.

“Hoy, a mis 41 años, tengo a mi hijo Alex, mi tratamiento fue largo, duró 5 años, aunque dicen que hay mujeres que tardan mucho más”, -ríe- “a mí me pareció eterno”.

¿Y la familia?

“Mi familia se opuso, dicen que mi hijo es de algún fulano desconocido, no me importó, quise tener un hijo y eso fue lo que hice, tuve el anhelo y aquí lo tengo, eso es lo que realmente importa”.

Vanessa tuvo la experiencia de la infertilidad a raíz de una creencia religiosa. Existen varias opciones que utilizan las mujeres para postergar la maternidad. A consecuencia de los cambios sociales, las constantes crisis económicas y el deseo de la mujer por desarrollarse profesionalmente, han cambiado la perspectiva para dejar de ser madres abnegadas y amas de casa perfectas. A causa de lo anterior, muchas mujeres han pospuesto el matrimonio y con ello el deseo de la maternidad.

Cuando una mujer llega a los 35 años de edad, sus óvulos ya casi no se producen, éstos pierden propiedades y la fecundación es cada vez menos probable.

3.3.2. Hábitos alimenticios y de ejercicio

Vivimos una época de belleza exterior muy exigente, es tiempo de mujeres esbeltas con mayores posibilidades laborales y sentimentales, es por ello que existe un bombardeo de dietas para bajar de peso, tips y técnicas para evitar la acumulación de grasa, lo cual es sano, en la medida que esto lo requiere. Lo negativo es cuando las mujeres no identifican lo que está cerca de dañar su salud física, mental y reproductiva. La falta o el exceso de grasa en el cuerpo provocan periodos irregulares y por lo tanto mayores probabilidades de infertilidad. Los tejidos grasos del cuerpo almacenan y transforman las hormonas, incluyendo los estrógenos, y al no tener la grasa suficiente no se producen las hormonas necesarias. El cuerpo, según el ginecólogo Eduardo Berra, necesita contar con un 22% de grasa aproximadamente.

Otro origen de esta enfermedad es el ejercicio excesivo, esto altera el ciclo menstrual y causa amenorrea (ausencia del ciclo menstrual). Un ejemplo de esta situación son las corredoras de atletismo y las bailarinas de ballet.

“Me llamo Minú, soy profesora ballet y danza contemporánea en el INBA, no tengo hijos porque cuando me di cuenta ya era demasiado tarde, pasé un tiempo muy prolongado con amenorrea, sin atención médica. Tenía una gran carrera, con presentaciones en Bellas Artes y con el cobijo del grupo de bailarines del Ballet de México que manejaba Amalia Hernández, ahora comandado por su hija. No le di importancia, tenía jornadas extenuantes de trabajo físico, esto además de la imposibilidad de concebir, me provocó un problema de tiroides con el cual por ahora no me es posible la actividad física en exceso”.

Minú presenta un caso de infertilidad combinado por tres factores, la edad, el excesivo desgaste físico y delgadez extrema, ella no atendió el síntoma de amenorrea, lo cual provocó endometriosis crónica que obstruyó por completo sus trompas de Falopio.

Otro punto importante a destacar en contrapeso al caso anterior, es el grave problema de obesidad. En México existe un gran número de mujeres en edad fértil que presentan sobrepeso. La adiposidad puede provocar cáncer de endometrio y ovarios. Las mujeres expuestas a estos tipos de cáncer son las que

presentan un índice de masa corporal (IMC) mayor a 25. Este riesgo lo corren 2 de cada 5 mujeres.⁴⁵

3.3.3. Enfermedades endocrinológicas y tiroideas

“La disfunción tiroidea provoca alteración en el ciclo menstrual, se vincula con infertilidad, irregularidad menstrual y aborto espontáneo”.⁴⁶ Las anomalías de tiroides pueden ser hipotiroidismo, hipertiroidismo, tiroiditis posterior al parto y auto inmunidad de tiroides. Todas estas se vinculan al aumento de peso, disminución de la libido y la fertilidad, estreñimiento, ansiedad, temblores y sudoración excesiva.

3.3.4. Estrés

La tensión emocional ocasiona en las trompas de Falopio espasmos que impiden la implantación del ovulo y una liberación adecuada de gonadotropinas GnRH ⁴⁷ (hormona secretada por el hipotálamo que estimula la glándula pituitaria para segregar otras hormonas), además de que puede provocar anovulación.

Aproximadamente un 15 % de las parejas que consultan por infertilidad no tienen una causa fisiológica aparente que pueda explicar el problema. Algunas de estas parejas podrían estar afectadas por el estrés, cayendo en un ciclo vicioso: el estrés causa infertilidad, y la infertilidad causa estrés. Para superar esto, hace falta el apoyo emocional.

Aunque la infertilidad no es un problema de salud que ponga en peligro la vida, tener hijos es considerado por la mayoría de las personas como un objetivo esencial de su existencia y no lograrlo causa estrés.

⁴⁵ Rivera Domarco, Juan, et. al. “Estado de nutrición de las mujeres en edad reproductiva: Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999” Encuesta Nacional de Perinatología y Reproducción Humana 2002; vol.16 no. 2; abril- junio. 2002. p.10.

⁴⁶ Ayala Ruiz, Aquiles., *ABC de la infertilidad*, p 83.

⁴⁷ Raab, Diana, *Como lograr embarazarse y permanecer embarazada*, p. 308.

Existen algunas evidencias de que el estrés puede alterar la fertilidad, según la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva.⁴⁸

Los altos niveles de estrés pueden cambiar los niveles hormonales en las mujeres, causando ovulación irregular y espasmos en las trompas de Falopio, lo que puede alterar la fertilidad. También se ha encontrado que en pacientes con altos niveles de estrés se producen contracciones uterinas, que aunque la mujer no las sienta, pueden afectar la implantación de los embriones. En hombres, los niveles altos de estrés pueden disminuir la producción de espermatozoides.

De acuerdo con el doctor Javier Siles, ginecólogo egresado de la UNAM, una pareja puede pensar que su infertilidad es causada por estrés, si:

- Tiene pérdida de interés en sus actividades regulares.
- Siente depresión por períodos prolongados de tiempo.
- Se ha alejado de sus amigos, de su familia y colegas.
- Tiene dificultad para concentrarse o pensar en otra cosa que no sea su problema de infertilidad.
- Altos niveles de ansiedad.
- Si disminuye la habilidad para cumplir tareas.
- Si tiene cambios en sus hábitos de sueño (dificultad para dormirse, despertarse antes de tiempo, dormir más de lo usual).
- Si tiene cambios en el apetito o peso (aumento o disminución de peso).
- Si aumenta el uso de drogas o alcohol.
- Si tiene pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
- Si tiene pensamientos persistentes de pesimismo, culpa, amargura o rabia.

Además de los aspectos fisiológicos que pueden alterarse por estrés, hay otros problemas como el desempleo, que pueden causar una crisis en la vida que hace que las parejas tengan baja frecuencia en las relaciones sexuales, lo cual provoca que tengan menor probabilidad de lograr el embarazo.

⁴⁸ "El estrés puede alterar la fertilidad", disponible en www.centrodefertilidad.com/articulos, acceso 2010, página del Centro de Fertilidad Humana en México.

¿Cómo tratar estos casos de infertilidad por estrés?

“Es evidente que debe haber comunicación con la pareja. Por cursi que parezca, hay que practicar la amistad, distraerse yendo al cine, la playa, etc. practicar algún deporte, hacer yoga o meditación, o acudir a terapia cognitiva, que es una terapia de modificación del pensamiento que establece la relación del contenido del pensamiento, las emociones y el comportamiento. Para esto deben acudir a un consejero profesional o un grupo de apoyo que sea recomendado por su médico”, asegura Javier Siles.

3.4. SIEMPRE ES BUENO SABER CUANDO INICIAR

Los estudios para diagnosticar infertilidad, se inician después de presentar indicios de la presencia del padecimiento:

- Si la mujer tiene menos de 35 años, se inician luego de un año de relaciones sexuales no protegidas.
- Si la mujer tiene 35 años o más, el estudio se inicia a los 6 meses de exposición.
- Si tiene más de 40 años los estudios se inician de inmediato.
- Si hay sospecha de alguna patología que se asocie a la infertilidad, como trastornos del ciclo menstrual, cirugía pélvica anterior, sospecha de endometriosis o de problemas, los estudios se inician de inmediato.
- Si el componente de ansiedad es muy grande, el estudio se inicia de inmediato sin importar la edad. ⁴⁹

La infertilidad femenina puede manifestarse sin síntomas o puede presentar uno o varios de los siguientes:

- Vello facial excesivo.
- Menstruaciones abundantes, irregulares o ausentes.
- Menstruaciones dolorosas acompañadas de coágulos.
- Emisión de líquido por los senos.
- Cólicos menstruales severos.
- Dolor excesivo durante la relación sexual.
- Manchado color café al pasar el periodo menstrual.
- Inflamación abdominal baja persistente.

⁴⁹ Pages, Gustavo, *Infertilidad: fisiología, diagnóstico y tratamiento*. p.169.

- Flujos vaginales abundantes.
- Cambios importantes en el estado de ánimo en el periodo menstrual.
- Dolor de cintura.
- Hemorragias genitales anormales.
- Náuseas, vómito o mareo cuando va a llegar el período.⁵⁰

Se toma en cuenta lo anterior una vez que la concepción no se ha dado. La labor del médico es evaluar el grado de gravedad del problema. El estudio consiste en la realización de un historial médico y sexual, examen físico, evaluación ovulatoria, examen hormonal, sonografía pélvica o transvaginal, histerosalpingograma, entre otras pruebas específicas que dependen de la condición del paciente.

Una vez realizado el diagnóstico, el médico determina el curso del tratamiento basándose en la edad del paciente, su estado de salud, su historial médico, la causa del desorden, su tolerancia a medicamentos y sus preferencias.

Los tratamientos se dividen en dos grupos, de baja complejidad y de alta complejidad. En el IMSS el 80 por ciento de los casos se tratan con procedimientos de baja complejidad y sólo el 20 por ciento restante se atiende en hospitales particulares, debido al elevado costo del tratamiento.⁵¹

Hoy en día, con los avances tecnológicos que existen, realmente es muy rara la pareja que no puede embarazarse, se hallan otros tratamientos de alta complejidad conocidos también como técnicas de reproducción asistida que permiten el embarazo.⁵²

⁵⁰ www.drqdiaz.com/eco/infertilidad.shtml . Dr Gonzalo E. Díaz M, 02 de marzo 09. 16p. acceso 2009. Ocasio Benítez, Víctor M., médico generalista, especialista en medicina sistémica. www.adaptogeno.com/art_opinion/art250.asp. "Infertilidad femenina: causas, diagnóstico y tratamiento sistémico". Fecha de publicación: 07/11/07. acceso 2010.

⁵¹ Sánchez Rivera, Elvira. Becerra, Mauro "La maternidad, una opción de vida de cada mujer. La ciencia rompe con las limitaciones biológicas". http://magazinemx.com/bj/bjfiles_archivo/fertilizacion/causas.html Noviembre 2007. Acceso 2010. <http://institutomexicanodeinfertilidad.com/index.php> Instituto Mexicano de Infertilidad

⁵² *Ídem.*

CAPÍTULO IV.
OPERACIÓN CIGÜEÑA, LLEGA PORQUE LLEGA.

4.1. EL MOMENTO DE LA VERDAD

Debido a su complejidad y a la dificultad para prevenirla, diagnosticarla y tratarla, la infertilidad constituye un problema de salud pública que se presenta a escala mundial. Más de 80 millones de personas (aproximadamente de ocho a 12 por ciento de las parejas de todo el planeta) son o han sido infértiles.⁴³

Los tratamientos para la infertilidad a través de la reproducción asistida constituyen un campo de análisis privilegiado para explorar el proceso de medicalización de los cuerpos de mujeres y hombres, y examinar las implicaciones socioculturales de la tecnología aplicada a la reproducción humana.

Desde la segunda mitad del siglo XX, se produjo en forma vertiginosa una serie de importantes avances en el campo de la biología de la reproducción. A partir de la década de los sesenta comenzaron a desarrollarse distintas medidas terapéuticas para resolver la infertilidad: la administración de fármacos para estimular la ovulación y la utilización de nuevas técnicas quirúrgicas para reparar lesiones en las trompas de Falopio. Un hito en esta evolución lo constituyó, en 1978, el nacimiento en Inglaterra del primer bebé concebido mediante el empleo de técnicas de laboratorio. En medio de polémicas, celebraciones y condenas, el uso de la fertilización in vitro experimentó una significativa expansión. En 1981 se obtuvo el primer éxito en Estados Unidos, y 20 años después más de 40, 000 personas habían nacido en ese país por ese procedimiento.⁴⁴

Así pues, se denomina reproducción asistida a cualquier método artificial que se usa para mejorar las probabilidades de lograr un embarazo. Las técnicas empleadas pueden ser de baja o alta complejidad. Entre las primeras se encuentran la inducción de la ovulación por medios farmacológicos; la hiperestimulación ovárica controlada, a través de la cual se selecciona y madura más de un óvulo para incrementar la probabilidad de embarazo; y la inseminación

⁴³ Cardaci, Dora y Sánchez Bringas, Ángeles / Profesoras-investigadoras del Departamento de Atención a la Salud y del Departamento de Política y Cultura, respectivamente, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, "Hasta que lo alcancemos...Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas". p. 22.

⁴⁴ *Ibidem*, p.24.

artificial intrauterina, que consiste en la preparación artificial del semen y su introducción en la cavidad intrauterina por medio de un catéter.

Las técnicas de reproducción asistida complejas se usan con mayor frecuencia para tratar la infertilidad causada por daño o bloqueo de las trompas de Falopio, infertilidad masculina e infertilidad persistente, en la cual no han tenido éxito otros tratamientos. Una de las técnicas más conocidas y utilizadas es la fecundación in vitro (fiv), procedimiento mediante el cual un espermatozoide fecunda el óvulo.

Dora Cardaci y Ángeles Sánchez, en su artículo "Hasta que lo alcancemos...Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas", afirman que ambas técnicas se utilizan sólo si se tiene la certeza de la presencia de infertilidad, hay que evaluar primero al paciente y luego identificar el problema, posteriormente se elige el tipo de tratamiento a seguir.

Hoy en día existen numerosas pruebas que pueden llevarse a cabo para evaluar la fertilidad, algunas de ellas, se pueden llevar a cabo en casa. Otras, son más complejas y es necesario realizarlas en un laboratorio médico por un especialista en fertilidad.

4.1.1. Pruebas en casa

Las pruebas que pueden realizarse en casa son sencillas de conseguir, generalmente están al alcance en farmacias de prestigio como la Farmacia San Pablo, Farmacia París, Farmacia de Dios y Farmacias Especializadas.

Uno de los más accesibles y que ayudan a la economía es la medición de la **Temperatura Basal Corporal (TBC)**. Para realizar esta prueba es necesario tomar la temperatura a primera hora de la mañana, todos los días, antes de levantarse de la cama, pues la temperatura corporal tiende a aumentar imperceptiblemente cuando se genera la ovulación. Para ello se utiliza un termómetro digital, el cual se encarga de medir la temperatura con una precisión en grados de 1/100.

Otra prueba efectiva y no muy conocida es el llamado **Predictor de Ovulación**, que funciona de manera muy similar a las de embarazo y se encarga de medir los niveles de hormona luteinizante (HL) presentes en la orina, la cual aumenta durante la ovulación. Si no existiera un incremento de dicha hormona, se podría hablar de un trastorno o desorden ovulatorio. Esta prueba puede conseguirse en las farmacias antes mencionadas a un costo aproximado de 385 pesos.

La prueba de Hormona Folículoestimulante (FSH) casera se encarga de evaluar la cantidad de óvulos que la mujer posee en un momento preciso, determinando cuándo aumentarán los niveles de la hormona folículoestimulante. Esta prueba puede realizarse de manera sencilla en el día 3 del ciclo menstrual, utilizando una cinta o tira reactiva de prueba de FSH, que se puede encontrar en cualquier farmacia de prestigio.

También existe el **OV Watch** (reloj de fertilidad u ovulación) que es un tipo de prueba relativamente nueva. Se encarga de evaluar la fertilidad de las mujeres. En lugar de detectar los volúmenes de hormona luteinizante presentes en la orina, se encarga de detectar la cantidad de iones de cloruro de sodio liberados por la piel. Durante el transcurso de su ciclo menstrual, el organismo produce niveles fluctuantes de iones de cloruro de sodio. Al menos seis días antes de ovular, surge un incremento de estos iones

4.1.2. Análisis de sangre

El Perfil Hormonal es el análisis más frecuente al que recurren los especialistas en primera instancia el tener sospecha de infertilidad en el paciente. Según el doctor Berra, ginecólogo y colposcopista del Hospitalito Gustavo Guerrero, este método permite la medición de niveles de hormonas en la sangre, así puede detectarse falta o exceso de alguna hormona y de ese modo recetar medicamento adecuado.

En cuanto al análisis de sangre, hay cuatro posibilidades más para detectar alguna falla en la ovulación:

Prueba o Análisis de FSH del Día 3: Ésta se lleva a cabo el tercer día del ciclo menstrual. La prueba o Análisis de FSH del Día 3 se encarga de medir los niveles de hormona folículoestimulante presentes en su cuerpo. Altos niveles de FSH podrían afectar negativamente la calidad de sus óvulos.

Prueba de Estradiol del Día 3: Debe ser realizada durante el tercer día del ciclo menstrual; evalúa la cantidad de estrógeno presente en el organismo. Demasiado estrógeno podría afectar negativamente la calidad de los óvulos.

Prueba o Análisis para Medir el Nivel de Progesterona en Plasma: Este análisis determina los niveles de progesterona en el organismo. Dado que los niveles de progesterona se incrementarán hacia el final del ciclo menstrual, esta prueba debe realizarse justo antes de que comience el período. Si los niveles de progesterona fueran bajos, probablemente estarían indicando la existencia de algún problema ovulatorio.

Prueba de Hormona Luteinizante (HL) y de Hormona Foliculoestimulante (FSH): Evalúa los niveles de la hormona luteínica y de la hormona folículo estimulante. Altos niveles de HL y de FSH sugerirán que se tienen dificultades de infertilidad causados por problemas en ovarios (falla ovárica primaria).⁴⁵

4.1.3. Pruebas o Análisis con sondas

El doctor Berra señala que:

“Estas pruebas suelen realizarse cuando los estudios de sangre no han arrojado la causa de infertilidad, o cuando el medicamento recetado no ha surtido ningún efecto positivo al embarazo, la mayoría de las pacientes son sometidas a alguno de los estudios con sonda ya que, la causa de la infertilidad regularmente no es por desequilibrio hormonal sino que se debe a factores más complejos”.

⁴⁵ www.umm.edu/esp_ency/article/001191sym.htm Página de University of Maryland Medical Center.

La **Biopsia Endometrial** es uno de estos análisis, el cual se realiza utilizando una pequeña muestra del tejido endometrial extirpado durante el día 21 del ciclo, una biopsia permite al doctor contar con un análisis detallado del desarrollo endometrial. Los resultados arrojados por la biopsia podrán mostrar si la membrana es lo suficientemente gruesa como para que pueda llevarse a cabo la implantación. Esta prueba es sumamente útil para aquellas mujeres que hubieran experimentado múltiples abortos espontáneos.

Uno de los estudios más sencillos dentro su clasificación se encuentra el **ultrasonido abdominal/pélvico**, no duele y se realiza colocando una sonda de mano/portátil en la parte superior del abdomen. En él las ondas sonoras de alta frecuencia saldrán del cuerpo para poder producir una imagen. Esta clase de ultrasonido proporciona una imagen general del estado en el que se encuentra la zona pélvica.

El **Ultrasonido Transvaginal** es similar al ultrasonido abdominal, excepto por el hecho de que la sonda deberá ser insertada dentro de la vagina. Debido a que la misma podrá llegar más cerca de su estructura pélvica, la imagen producida por las ondas sonoras será mucho más clara y definida que la producida por un ultrasonido abdominal. Las pruebas de ultrasonido son usualmente utilizadas para controlar el desarrollo de los folículos durante uno de sus ciclos. Las mismas también podrán ser empleadas para diagnosticar la presencia de fibromas o de quistes ováricos.

Para realizar un **sonohistograma** se utiliza agua o alguna solución salina estéril para poder inflar el útero. Esto permite tener una imagen más clara y detallada del mismo.

Ya entrando más a la complejidad, vale la pena mencionar la **Laparoscopia**, que es un procedimiento quirúrgico realizado con el uso de anestesia; en él se inserta un pequeño tubo iluminado a través de la incisión realizada justo debajo del ombligo para obtener una imagen más precisa y clara de ovarios, útero y trompas de Falopio. Es posible insertar pequeñas herramientas o instrumentos quirúrgicos dentro del tubo para corregir cualquier clase de problema que pudiera detectar. La misma es muy beneficiosa para localizar la presencia de tejido cicatrizante, obstrucciones o bloqueos, anormalidades y endometriosis.

La **Histeroscopia** es relacionada con la laparoscopia, se emplea un telescopio con fibra óptica para poder examinar el útero y los órganos que lo rodean. El dispositivo de visualización se inserta a través de la vagina, pasando por el cuello uterino y el útero. Una vez más, será posible insertar instrumentos pequeños dentro del tubo para poder corregir cualquier clase de problema que pudiera presentarse o detectarse durante la operación.

El procedimiento que utiliza un dispositivo de monitoreo y visualización similar a los empleados en la laparoscopia y en la histeroscopia es la **falloposcopia**. Para poder realizar este procedimiento en particular, se inserta un telescopio dentro de la vagina, el cual irá subiendo por el cuello uterino y el útero, hasta llegar al interior de sus trompas de Falopio. La falloposcopia ha demostrado ser muy efectiva para tratar algunos problemas causados por obstrucciones, es uno de los estudios mas precisos.

La **Histerosalpingograma** es una clase especial de máquina que permite tomar radiografías del útero y trompas de Falopio. Antes de que se tomen dichas radiografías, se inyecta un tinte radiográfico especial formulado a base de agua o de aceite dentro del útero y trompas de Falopio. Este tinte permite identificar cualquier clase de problema que pudiera haber en los órganos a través de los rayos X. Este dispositivo es frecuentemente utilizado para localizar obstrucciones.⁴⁶

Una vez que el diagnóstico está hecho, existe infertilidad y la causa es determinada por medio de los análisis realizados. Lo que produce es elegir un tratamiento. Se recomienda iniciar con los menos agresivos, quizá el problema sea de solución rápida.

La infertilidad se diagnostica a base de lo arrojado en los análisis clínicos, estos mismos señalan la causa del padecimiento, de acuerdo a ésta se decide el tipo de tratamiento.

⁴⁶ *Ídem*

4.2. LA CIENCIA BRINDA UNA LUZ AL FINAL DEL CAMINO: TRATAMIENTOS Y MÉTODOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Los tratamientos de la infertilidad pueden parecer complicados e intimidantes, pero en realidad muchas de las técnicas utilizadas para mejorar las posibilidades de un embarazo exitoso son bastante simples. A fin de reducir el estrés, que puede afectar negativamente la eficacia de los tratamientos de la fertilidad, es importante que los pacientes obtengan la mayor cantidad de información posible sobre las causas de la infertilidad y los tipos de tratamientos disponibles.

Los tratamientos de la infertilidad pueden clasificarse en tres categorías básicas:

4.2.1. Inducción de la ovulación

La mujer en un ciclo normal libera un óvulo (ovocito) 14 días antes de su siguiente menstruación, un óvulo cada ciclo. En los procedimientos de reproducción asistida se aconseja realizar una estimulación ovárica controlada, la cual tiene como objetivo provocar el desarrollo de varios folículos ováricos para la producción de una mayor cantidad de óvulos maduros, aumentando con ello las posibilidades de éxito en cada ciclo. La inducción de ovulación se realiza con hormonas similares a las que la mujer produce, a dosis por arriba de lo normal. Hay mujeres que responden de una manera exagerada al medicamento (hiperestimulación ovárica). Las complicaciones de la hiperestimulación ovárica pueden manifestarse con dolor abdominal, bochornos, mareo, edema (hinchazón) de extremidades inferiores; se han reportado casos de abdomen agudo.

A calendar for the month of December. The days are arranged in a grid. The 7th and 8th are highlighted in red and yellow respectively. The 20th, 21st, and 22nd are highlighted in green. The 14th, 15th, and 16th are highlighted in light blue. The 1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th, 6th, 9th, 10th, 11th, 12th, 13th, 17th, 18th, 19th, 23rd, 24th, 25th, 26th, 27th, 28th, 29th, 30th, 31st, and the 1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th, 6th, 7th, 8th, 9th, 10th, 11th, 12th, 13th, 14th, 15th of the following month are shown in grey.

| Diciembre | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----|----|
| 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |

Es importante saber monitorear el ciclo de ovulación. Se cuenta desde el primer día de menstruación, los días 14, 15 y 16, son los más fértiles de la mujer, en este rango de tres días se deberá observar la liberación de líquido elástico transparente.

Sin embargo, a las dosis habituales y con el seguimiento folicular se minimizan las probabilidades de complicaciones; en caso de la menor sospecha de dificultades se suspende el ciclo de tratamiento.⁴⁷

Este método incluye la administración de medicamentos para la infertilidad, a fin de inducir la ovulación. El tratamiento de la fertilidad con inducción de la ovulación es especialmente útil para las mujeres con ciclos menstruales irregulares.

Existen varios tipos de medicamentos para la fertilidad, la mayoría están compuestos por hormonas que tienen el propósito de estimular el aparato reproductor de una mujer.

Una de las formas en las que se pueden clasificar los medicamentos para la fertilidad es de acuerdo con su vía de administración, es decir, si una medicación para la fertilidad se inyecta o se administra de otro modo (vía oral, como pulverizador nasal, etc.). Los medicamentos inyectables para la fertilidad normalmente vienen en una ampolla o vial y pueden presentarse en forma líquida o en polvo. Muchos medicamentos para la fertilidad se presentan en polvo con los diluyentes correspondientes (en general, agua o una solución salina) que deben combinarse antes de administrar las inyecciones para la fertilidad.

Los medicamentos para la fertilidad también pueden clasificarse según el tipo de hormona controlada o la parte del proceso reproductor en que intervienen, como una mayor ovulación con medicamentos como Clomid, donde la medicación está diseñada para estimular. Según la medicación para la fertilidad y el tratamiento utilizado, se puede usar un calendario de fertilidad a fin de coordinar las dosis con el ciclo menstrual.

⁴⁷ www.reproduccion.com.mx/insem.html, página del Instituto de esterilidad y salud reproductiva, S.C.

Existen cuatro principales clasificaciones de los medicamentos para la fertilidad:

1. Progesterona

La progesterona es una hormona que el cuerpo produce naturalmente y que desempeña un papel importante para ayudar a que una mujer quede embarazada. El tratamiento con progesterona está indicado para casos en los que la concepción es difícil debido a que el cuerpo de la mujer no produce una cantidad suficiente de la hormona. Se puede utilizar progesterona complementaria para imitar un ciclo menstrual regular e incrementar las posibilidades de una fertilización exitosa. Este medicamento para la fertilidad puede administrarse por vía oral, a través de una inyección o mediante supositorios y geles vaginales.

Las desventajas del tratamiento con progesterona incluyen la posibilidad de náuseas, constipación, dolor de cabeza, somnolencia, sensibilidad mamaria, molestias articulares y depresión. Algunas pacientes atendidas para la fertilidad pueden requerir una supervisión especial cuando reciben el tratamiento con progesterona, incluidas aquellas mujeres con antecedentes de asma, epilepsia, migrañas y problemas cardíacos.

2. Gonadotropinas

Si una mujer no puede quedar embarazada debido a bajos niveles producción de la hormona luteinizante (LH) o la hormona folículoestimulante (FSH), o si se está sometiendo a un tratamiento de fertilización in vitro, se pueden administrar gonadotropinas, a menudo en combinación con otros medicamentos para la fertilidad. Estas hormonas vienen en dos tipos de medicamentos: recombinantes y de origen urinario. Los dos medicamentos para la fertilidad pueden ser eficaces y se administran por vía inyectable.

3. Agonistas GnRH

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) son medicamentos para la fertilidad que se utilizan comúnmente con la fertilización in vitro, a fin de incrementar las posibilidades de embarazo. Se emplean para controlar la producción de la hormona luteinizante y la hormona folículoestimulante (las hormonas que controlan la ovulación). En primer lugar, las

incrementan y luego las suprimen. Los agonistas GnRH le dan al especialista en fertilidad un mayor control sobre el ritmo ovulatorio, que es importante para la IVF (fertilización in vitro).

4. Antagonistas GnRH

Los antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina tienen el mismo efecto que los agonistas GnRH, es decir, impedir la liberación de la LH y la FSH para que el médico pueda controlar la ovulación con mayor eficacia. Un mayor control sobre el ritmo ovulatorio permite a los médicos especialistas en fertilidad una mayor precisión en el momento de la recuperación de óvulos y otros procedimientos relevantes. La ventaja de los antagonistas GnRH es que pueden administrarse durante un período menor que los agonistas y, a la vez, proporcionan los mismos resultados. Los efectos secundarios informados de los medicamentos para la fertilidad GnRH incluyen: dolor abdominal, náuseas, dolor de cabeza, hemorragia vaginal y, en raras ocasiones, síndrome de hiperestimulación ovárica (OHSS), una afección en la que los ovarios se inflaman y se agrandan.

El citrato de clomifeno (Clomid®) y las gonadotropinas son dos ejemplos de medicamentos para la fertilidad específicos que a menudo utilizan las mujeres que desean quedar embarazadas. Estos medicamentos están asociados con tasas de éxito bastante elevadas y ayudan a millones de mujeres a lograr embarazos exitosos.

Citrato de clomifeno (Clomid®)

Conocido por las marcas Clomid®, Serophene® y Milophene®, el citrato de clomifeno es una medicación para la fertilidad que se utiliza para estimular la ovulación. El Clomid® es un medicamento para la fertilidad muy conocido que se introdujo en los estudios clínicos en 1960. El medicamento se toma por vía oral durante cinco días al mes. Al manipular la liberación de las hormonas LH y FSH, el clomifeno incrementa las posibilidades de ovulación de una mujer entre 70 y 90 por ciento. Las candidatas adecuadas incluyen a las mujeres que ovulan con poca frecuencia o que no ovulan en absoluto, las que padecen síndrome de ovario

poliquístico (PCOS) y quienes se están sometiendo al tratamiento de fertilización in vitro.

Como se ha utilizado durante tanto tiempo, los efectos secundarios del Clomid® están bien documentados. Los más comunes, que afectan del 10 al 14 por ciento de las pacientes, son el aumento de tamaño de los ovarios y los sofocos. Menos del seis por ciento experimenta distensión o molestias abdominales y pélvicas, náuseas y vómitos, molestias en las mamas y problemas de la visión, que incluyen visión borrosa, destellos de luz y partículas flotantes. Menos del dos por ciento experimenta dolor de cabeza o hemorragia uterina anormal. Su médico controlará cualquier efecto secundario del Clomid® y, si es necesario, le indicará alguna medicación alternativa para la fertilidad.

Gonadotropina menopáusica humana

La gonadotropina menopáusica humana (hMG) a menudo se utiliza como alternativa en caso de que el citrato de clomifeno no funcione eficazmente. Al igual que el clomifeno, la hMG controla y produce las hormonas LH y FSH para inducir la ovulación. Este medicamento para la fertilidad puede ser eficaz para las mujeres con bajos niveles de estrógeno, PCOS, defectos de la fase lútea, infertilidad inexplicada y aquellas que van a someterse a la IVF. La tasa de éxito para la inducción de la ovulación es normalmente del 75 por ciento o mayor.⁴⁸

4.2.2. Inseminación artificial

El siguiente paso cuando la medicación no ha sido efectiva es la inseminación artificial. La inseminación artificial es un procedimiento utilizado en los programas de reproducción asistida como primera alternativa en el manejo de las parejas estériles con cuando menos una trompa uterina permeable que no hayan logrado

⁴⁸ www.docshop.com/es/education/fertility/treatments/drugs, página de un foro de dudas sobre fertilidad y medicina.

un embarazo tras la aplicación de tratamientos convencionales tendientes a la corrección de los factores causales de esterilidad.

Este método de tratamiento de la infertilidad implica la inyección de espermatozoides en el aparato reproductor de la mujer para facilitar la fertilización. La inseminación artificial también puede requerir el uso de medicamentos para la infertilidad.

Los objetivos principales de la inseminación artificial son:

- Asegurar la existencia de óvulos disponibles.
- Acercar los espermatozoides al óvulo en el aparato genital femenino.
- Mejorar e incrementar el potencial de fertilidad de los espermatozoides realizando una serie de procedimientos de laboratorio al eyaculado, llamados en conjunto **CAPACITACION ESPERMÁTICA**.

La inseminación artificial se realiza en aquellas parejas que no se han podido embarazar debido a que:

- La mujer tiene algún problema a nivel del cuello del útero como: alteración en el moco cervical, presencia de anticuerpos antiesperma, estenosis (estrechez), secuelas de conización, tratamiento con láser o criocirugía, etc.
- El hombre muestra alteraciones en el semen como son disminución del número de espermatozoides y/o de su movilidad, reducción en el volumen del eyaculado, aumento excesivo en el número de espermatozoides, malformaciones anatómicas de su aparato reproductor o alteraciones funcionales de la eyaculación.
- La pareja presenta una esterilidad inexplicable (aquella en que todos los estudios demuestran normalidad pero no se logra la fecundación).

De acuerdo con Gonzalo Moctezuma Barragán, la inseminación artificial puede ser **homóloga**, donde se utiliza el semen de la pareja, o **heteróloga**, que es cuando se emplea semen de un donador (semen congelado de banco) cuando la

mujer es viuda, soltera o divorciada, y se indica cuando el varón no tiene espermatozoides o cuando es portador de alguna enfermedad hereditaria.⁴⁹

Dependiendo del sitio donde se deposite el semen, la inseminación artificial puede ser intravaginal, intracervical, intrauterina, intraperitoneal o intratubaria.

Con la inseminación intrauterina se obtiene la mejor tasa de embarazo, entre el 20 y 25% de probabilidades por intento. Se recomiendan cinco ciclos consecutivos de inseminación artificial para agotar las probabilidades de éxito.⁵⁰

El doctor José Alberto Valdez Ortega menciona en su artículo "Tasa de embarazos en pacientes sometidas a inseminación intrauterina en una unidad médica de alta especialidad" que la tasa de embarazo acumulativa por el método de inseminación se ha reportado en 15.8% para el primer intento, 28.6% en el segundo y 38.1% en el tercero.⁵¹

Para incrementar el porcentaje de éxito se recomienda aumentar la cantidad de óvulos en el tracto genital femenino estimulando los ovarios con medicamentos que inducen ovulación múltiple (estimulación ovárica). El seguimiento folicular indicará el momento de la ovulación y el día óptimo para la inseminación.

En la inseminación homóloga, la muestra de semen se obtiene por masturbación el mismo día en que se va a realizar la inseminación. Se recomienda a la pareja una abstinencia sexual en los 3 días previos con el objeto de maximizar la muestra seminal en número y calidad de los espermatozoides.

"Es muy difícil la primera vez, llegas a un cuarto que no tiene nada, absolutamente nada más que una silla, te encuentras solo acompañado de tu única „mano amiga“, la presión del tiempo, la vergüenza y la frustración fueron los sentimientos que más estuvieron presentes el día que por fin tenía que dar mi muestra de semen para la inseminación de mi esposa, me parece que fue insuficiente porque aquella vez mi bebé no llegó".

⁴⁹ Moctezuma Barragan, Gonzalo. La Reproducción Asistida en México. Un Enfoque Multidisciplinario, p.2. (Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM). disponible en www.bibliojuridico.org/gen/cita.htm , acceso 2010.

⁵⁰ www.reproduccion.com.mx/insem.html, Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva.

⁵¹ Valadez Ortega, José Alberto et. al. "Tasa de embarazos en pacientes sometidas a inseminación intrauterina en una unidad médica de alta especialidad". *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción*. vol. 1, no. 4., 2009, p. 136.

El señor Daniel M., esposo de una mujer sometida a tratamiento de infertilidad, asegura que el procedimiento es duro, requiere de mucha fuerza de voluntad, actitud positiva y sobre todo de ganas de tener un hijo. Una vez obtenida la muestra, se somete a la técnica de capacitación, donde se selecciona el esperma según la calidad de la muestra de semen. Tiene una duración hasta de 2 horas y debe iniciarse a los 30 minutos después de obtenida la muestra. La capacitación espermática emplea una serie de técnicas de lavado con soluciones especiales o con gradientes de diferentes densidades que eliminan del eyaculado restos celulares, bacterias, leucocitos, espermatozoides muertos y lentos, así como secreciones seminales; al mismo tiempo se selecciona y concentra la población de espermatozoides más fértiles en un volumen aproximado de 0.5 mL que se introduce al útero, aumentando con ello las posibilidades de fecundación. Las técnicas más empleadas son las de lavado y centrifugación, "swim-up" y filtración en gradientes de Percoll.

Cuando la muestra está lista para la inseminación, se deposita en un catéter especial conectado a una jeringa; la paciente se coloca en posición ginecológica, se aplica un espejo vaginal estéril para localizar el cérvix (igual que en una exploración vaginal de rutina) y por su orificio se introduce el catéter hacia el interior del útero y se deposita el semen capacitado (inseminación intrauterina). Si el caso lo amerita, se puede depositar también semen capacitado en el interior del cérvix (inseminación intracervical).

El catéter se retira lentamente y se deja a la paciente en reposo 20 minutos, concluyendo así el procedimiento. Se indica reposo relativo al día siguiente y coito vaginal. Se recomienda administrar algún medicamento progestágeno para ayudar a la implantación del pre-embrión.⁵²

⁵²www.reproduccion.com.mx/insem.html, página del Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva. Acceso febrero de 2011.

La inseminación artificial presenta un índice muy bajo de **complicaciones**, y éstas pueden ser:

- Dolor cólico.
- Sangrado escaso que cede espontáneamente horas después de la inseminación.
- Náuseas y vómitos.
- Infección pélvica cuando hay antecedentes de hidrosalpinx(alteración de la trompa de Falopio, en la que ésta se encuentra bloqueada, dilatada y con líquido en su interior, generalmente debido a una infección previa en las trompas) o cuando hay infección cérvico-vaginal activa.

Las **contraindicaciones** para realizar una **inseminación artificial homóloga** son:

- Incompatibilidad a Rh.
- Ser portador de una enfermedad hereditaria.
- Ser portador del virus del SIDA.
- Tener una enfermedad crónica degenerativa (diabetes, hipertensión severa, etc.) descontrolada.
- Presentar cáncer o estar bajo tratamiento con radioterapia, quimioterapia o citostáticos.
- Cursar con una infección genital activa.
- Tener contraindicación para un embarazo por razones médicas o psiquiátricas.
- No aceptación por uno de los miembros de la pareja.

Las **contraindicaciones** para realizar una **inseminación artificial heteróloga** son:

- No aceptación por uno de los miembros de la pareja.

4.2.3. Tecnología de reproducción asistida (ART): IVF y más

Estos tratamientos de la infertilidad incluyen la extracción y la reimplantación de óvulos de las pacientes para facilitar la fertilización. Existen varios tipos de tratamientos de la fertilidad, entre ellos la fertilización in vitro (IVF), la transferencia intratubárica de gametos (GIFT), la transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT) y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

Transferencia intratubárica de gametos (GIFT): este tratamiento de la fertilidad es muy similar a la IVF, a excepción de que los óvulos recolectados no se fertilizan en el laboratorio. En cambio, los óvulos y los espermatozoides se colocan directamente en las trompas de Falopio, donde se espera que ocurra la fertilización. La tasa de éxito de la GIFT es de aproximadamente 30 por ciento.

Transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT): esta solución para la infertilidad es similar a la IVF y la GIFT. Con la ZIFT, el óvulo se fecunda con el espermatozoide en el laboratorio, donde se forma un cigoto, pero no se permite que se desarrolle hasta ser un embrión. El cigoto se coloca en las trompas de Falopio. La tasa de éxito para la ZIFT es de aproximadamente 28 por ciento.

Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI): este tratamiento de la fertilidad, de creciente popularidad, implica la inyección de un único espermatozoide directamente en un ovocito (óvulo maduro). Luego, de manera similar a la IVF, el embrión se coloca en el útero. La tasa de éxito de la ICSI oscila entre 15 y 20 por ciento. La **ICSI** es un tipo de fecundación in vitro que consiste en inyectar un solo espermatozoide dentro de un óvulo. Este procedimiento puede realizarse incluso en casos de semen con problemas severos. Si hay ausencia total de espermatozoides, éstos se pueden obtener directamente del epidídimo o del testículo mediante una pequeña biopsia testicular. Si la ICSI tiene éxito, los embriones se transfieren al útero de la mujer como en cualquier otro proceso de fecundación in vitro.

Fertilización in vitro (IVF): este tratamiento de la infertilidad implica la recolección y la fertilización de óvulos fuera del cuerpo y la posterior colocación de los embriones en el útero.⁵³

Se ha establecido que el 18% de las mujeres en edad fértil ha recibido algún tipo de atención por esterilidad, casos en que la reproducción asistida ha permitido la consecución del embarazo. Dentro de este tipo de reproducción, el procedimiento más empleado es la fertilización in vitro (IVF). Se estima que el número de nacidos vivos por ciclo de fertilización alcanza hasta un 28%, porcentaje que se considera adecuado, pero se deben tener presentes los riesgos para la obtención del óvulo durante el proceso de la IVF, así como los fetales asociados a la edad de la paciente.⁵⁴

Esto ha sido un beneficio para la forma de vida actual, ya que los cambios demográficos en México muestran una tendencia de embarazo a mayor edad, lo que condiciona que con la edad existan cambios hormonales y funcionales que produzcan problemas de esterilidad. Por lo tanto, las perspectivas sociales deben tomarse en cuenta en la práctica médica.

Se ha empleado el término de tecnología para la reproducción asistida, al procedimiento que manipula en el laboratorio tanto al óvulo como al espermatozoide para lograr la fertilización. Entre estos procedimientos destaca el de la fertilización in vitro (in vitro fertilization = IVF), sin tener menos importancia el resto de los métodos.

En 1995 se estableció que el 15% de las mujeres entre 15 y 44 años había recibido algún tipo de atención por esterilidad. Para el año 2005 tal proporción se incrementó a 18%; sin embargo, el porcentaje de éxito en la implantación desciende a medida que la paciente tiene mayor edad y las condiciones de implantación no son las adecuadas.⁵⁵

⁵³ www.careclinica.es/es/reproduccion/tratamientos/dgp, página de Clínica de Fertilidad sector Privado.
www.docshop.com/es/education/fertility/treatments/natural, página de un foro de dudas sobre fertilidad.
www.reproduccion.com.mx/insem.html, página del Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva.

⁵⁴ Zárate, Arturo, et. al. "Fertilización In Vitro como método de tecnología reproductiva", *Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana*. vol. 21, no. 4. diciembre 2007. p. 226.

⁵⁵ *Ídem*.

La IVF se ha empleado desde 1981 y es ampliamente aceptada como tratamiento de infertilidad, pero se estima que el intervalo del número de nacidos vivos por ciclo de fertilización varía entre 13 y 28%. Aunque también se ha encontrado un 33% de nacidos vivos en parejas que han sido tratadas de forma expectante durante tres años. Sin embargo, la efectividad de este procedimiento no ha sido rigurosamente evaluada en comparación con otros tratamientos. Así, el análisis de la IVF empleada en la esterilidad inexplicable, muestra una limitación en sus resultados comparada con el uso en esterilidad de otro tipo, como los casos obstructivos y endocrinológicos del ovario, donde se observan mejores porcentajes de éxito. A pesar de esto, la IVF es aceptada debido a que sobrepasa los problemas como la disfunción ovárica, factores cervicales, factor espermático, la interacción espermatozoide-óvulo y la misma fertilización *insitu*.⁵⁶

La fertilización in vitro es un proceso con 4 pasos:

1. Estimulación del ovario, monitorización y maduración de los óvulos.
2. Punción y aspiración de los óvulos.
3. Fertilización.
4. Transferencia embrionaria.

1. Estimulación del ovario, monitorización y maduración de los óvulos

Aunque normalmente el cuerpo de la mujer sólo crea un óvulo maduro cada mes, se utilizan medicaciones hormonales que estimulan el ovario, para obtener más de un óvulo. Conseguir un buen número de óvulos maduros utilizables para la fertilización incrementa las posibilidades de conseguir un embarazo.

Será necesaria la realización de ecografías para monitorizar el número y tamaño de los folículos (los folículos son sacos llenos de líquido, dentro de los cuales maduran los óvulos). Como los folículos en crecimiento producen hormonas, se realizarán análisis de sangre para determinar el mejor momento para administrar la medicación y efectuar la punción.

⁵⁶ *Ibidem* p.227.

2. Punción y aspiración de los óvulos

Cuando la estimulación ovárica se completa y los óvulos están maduros intentaremos obtener tantos como sea posible, dado que no todos los óvulos tienen la calidad suficiente para utilizarse en un ciclo de fecundación in vitro. La obtención de los óvulos se hace a través de la vagina, bajo anestesia, aspirándose el contenido de los folículos que se identifican y puncionan mediante ecografía vaginal. El fluido conseguido se examina al microscopio para identificar e individualizar los óvulos conseguidos.

La duración media de esta intervención es de 15 minutos, se realiza bajo sedación y la paciente está dispuesta para marchar a su domicilio en 20 ó 30 minutos más.

3. Fertilización

Los espermatozoides más fuertes y activos se seleccionan en el laboratorio y se sitúan con los óvulos en una incubadora que mantiene la misma temperatura del cuerpo de la mujer.

A las 24 horas los óvulos se examinan en el microscopio para determinar si ha habido fertilización. Si ha sucedido, los embriones obtenidos se transferirán al útero de la mujer.

Para aumentar las posibilidades de embarazo se realiza el hatching embrionario. Esta es una técnica de laboratorio mediante la cual se realiza un orificio mecánica o químicamente en la zona que rodea al embrión. Con ello, se facilita la implantación del embrión.

4. Transferencia embrionaria

La transferencia embrionaria es un procedimiento no muy complejo y que puede ser realizado sin anestesia. Los embriones se sitúan en un pequeño tubo o cánula y son depositados dentro del útero. Este procedimiento se realiza a los 2, 3 ó 5 días, dependiendo de las características de la paciente y de los embriones.

El número de embriones transferidos es de dos habitualmente, aunque se puede realizar la transferencia de un solo embrión si la pareja así lo decide. En todo caso, los embriones no transferidos se conservan mediante congelación (criopreservación) para posteriores transferencias a la paciente.

El momento de la transferencia de los embriones al útero materno se decide en cada caso particular. Dependiendo de las características de los embriones, los embriólogos aconsejan el momento más adecuado entre el segundo y sexto día después de la obtención de ovocitos, incluso es posible que a una misma pareja se le aconsejen diferentes días de transferencia en cada ciclo de tratamiento que realiza. Se puede realizar bien en el útero o en las trompas.⁵⁷

**Implantación asistida del embrión como tratamiento de la infertilidad
muestra variaciones con la edad de la paciente**

| Edad | Tasa de éxito (%) |
|-------|-------------------|
| 25-29 | 18.2 |
| 30-34 | 16.1 |
| 35-39 | 15.3 |
| 40-44 | 6.1 ⁵⁸ |

⁵⁷ www.careclinica.es/es/reproduccion/tratamientos/dgp,
www.imimexico.com/site/index.php?option=com_content&view=article&id=10%3Anutricion-en-reproduccion&Itemid=27&lang=es. Página del Instituto Mexicano de Infertilidad.

⁵⁸ Zárate, Arturo, et. al. *Op. cit.*, p. 227.

Problemas que se asocian con la reproducción asistida

- Embarazos múltiples.
- Embarazo ectópico.
- Hipertensión gestacional.
- Intervención obstétrica aumentada.
- Pérdida fetal.
- Prematurez y bajo peso del recién nacido.
- Desarrollo mental y físico alterado.
- Estrés psicológico.
- Hiperestimulación ovárica.
- Elevado costo.

Se deben tomar en cuenta los riesgos que involucra el procedimiento de reproducción asistida inherentes al embarazo, y los relacionados con la obtención del óvulo en el proceso de IVF, ya que existen peligros propios a la punción del folículo ovárico, aunque son muy raros, como pueden ser: sangrado en el trayecto de punción, infección por mala preparación del sitio de abordaje y los asociados al proceso anestésico.

Por otra parte, también se pueden presentar cambios psicológicos como la depresión y la ansiedad, que acompañan al proceso de la IVF, por la carga emocional que esto representa, y que en muchos casos se pueden exacerbar por los cambios hormonales que provocan los medicamentos empleados en el tratamiento de la inducción de ovulación.

Riesgo de síndrome de Down y anomalías cromosómicas al nacimiento de acuerdo con la edad materna

| Edad materna | síndrome de Down | anomalías cromosómicas |
|--------------|------------------|------------------------|
| 20 | 1/1667 | 1/526 |
| 25 | 1/1200 | 1/476 |
| 30 | 1/952 | 1/385 |
| 35 | 1/378 | 1/192 |
| 40 | 1/106 | 1/66 |
| 45 | 1/30 | 1/21 ⁵⁹ |

4.2.4. Tratamiento alternativo

La esterilidad es la incapacidad total de concebir. Aproximadamente el 1.5% de las parejas son estériles, lo cual significa que la única opción que tienen es la adopción. Ante ello se ven en la necesidad de buscar opciones.⁶⁰

Los tratamientos naturales de la infertilidad tienen el objetivo de atender todo el cuerpo, no sólo los síntomas de la infertilidad. Los medicamentos naturales para la fertilidad pretenden mejorar la fertilidad con vitaminas y minerales.

De acuerdo con el doctor Jorge Jaroslav Stern, Ginecoobstetra y Biólogo de la Reproducción, las vitaminas y los minerales son importantes en el desarrollo de espermatozoides y óvulos respectivamente:

“Sabemos que en nuestra vida diaria esto es difícil. Suplementos que contengan ácido fólico, complejo B, coenzima Q-10, L-acetil-carnitina, L-carnitina, vitamina C, son fáciles de adquirir y favorecen el buen desarrollo del óvulo y el espermatozoide”.

⁵⁹ *Ídem.*

⁶⁰ www.drgdiaz.com/eco/infertilidad.shtml . Foro de preguntas sobre infertilidad. Dr Gonzalo E. Díaz M, 2 de marzo de 2010, p.16.

- **Vitamina C:** la carencia de vitamina C hace que los espermatozoides se aglutinen. Los hombres que toman vitamina C a diario pueden ver un incremento en la motilidad y el recuento de espermatozoides. La vitamina C también puede aumentar las probabilidades de concebir en las mujeres que toman el medicamento para la fertilidad Clomifeno.
- **Vitamina E:** se comprobó que un aumento en la ingesta de vitamina E incrementa las probabilidades de éxito en los procedimientos de IVF.
- **Vitaminas B6 y B12:** la B6 ha demostrado incrementar la fertilidad en las mujeres. La B12 ayuda a mejorar el recuento de espermatozoides en los hombres.
- **Zinc:** el zinc mantiene la producción de testosterona en los hombres y mejora la motilidad y el recuento de espermatozoides. También ayuda a las mujeres a utilizar el estrógeno y la progesterona con mayor eficacia.
- **Ácido fólico:** desde hace mucho tiempo se sabe que el ácido fólico ayuda a prevenir defectos de nacimiento cuando las mujeres lo toman antes de quedar embarazadas, pero también aumenta la fertilidad.
- **Selenio:** un antioxidante que ayuda a reducir el riesgo de defectos de nacimiento y también aumenta el recuento de espermatozoides en los hombres.
- **Hierro:** la infertilidad en las mujeres se ha relacionado con una deficiencia de hierro.
- **Vitaminas prenatales:** se recomienda que las mujeres tomen una vitamina prenatal cuando comiencen a intentar quedar embarazadas.

El uso de remedios herbarios para la infertilidad es una práctica antigua que data del año 200 d.C. Los suplementos herbarios para la fertilidad están compuestos por raíces, hojas, cortezas, frutas y flores, y se encuentran disponibles en comprimidos, píldoras, té y en forma de gránulos.

Se piensa que los suplementos herbarios para la fertilidad 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 en hombres y mujeres.

Los suplementos herbarios para la fertilidad comunes para las mujeres incluyen:

- **Trébol rojo:** uno de los remedios herbarios para la fertilidad más populares; se dice que nutre el útero, relaja el sistema nervioso y equilibra las hormonas. Tiene alto contenido de calcio, vitaminas y magnesio.
- **Sauzgatillo:** también conocido como Vitex Angus, se utiliza para ayudar a equilibrar las hormonas, al estimular la glándula pituitaria, que produce hormonas sexuales como el estrógeno, la progesterona y la testosterona.
- **Cimicifuga racemosa:** también se utiliza para la prevención de abortos espontáneos y en el tratamiento de la menopausia. Mejora el funcionamiento hormonal debido a sus fitoestrógenos.
- **Hoja de frambuesa:** se utiliza para restaurar el equilibrio hormonal y nutrir el útero.
- **Pie de león:** se piensa que ayuda en la regulación de la menstruación y el fortalecimiento de la pared uterina.
- **Ortiga:** se utiliza para ayudar a regular las hormonas del cuerpo, la ovulación y la menstruación. Es rica en clorofila y minerales.⁶¹

La medicina tradicional mexicana reconoce a la infertilidad como enfriamiento provocado por la entrada de aire frío a la matriz durante un aborto o parto, también por el abuso del consumo de algunos alimentos fríos como el limón. La cura era a base de masajes, ventosas, emplastos y baños a vapor, además de la prescripción de alimentos calientes.⁶²

“Cuando me diagnosticaron infertilidad, mi abuelita no quería que me hiciera una esterosalpingografía, decía que nada más me iban a descomponer. Me llevó con una conocida suya, me dijo ‘hay mija, tú tienes frialdad en la matriz’ , mi abuelita en seguida me regañó: ‘te dije que no anduvieras comiendo cosas frías niña’, me sobó con hierbas y alcohol. Me calentó la matriz y me cerró la cadera, la señora me dijo que cuando

lavara y me mojara el vientre en seguida debía cambiarme porque si no me iba a dar enfriamiento de ovarios.

“Pues mi desesperación y mi angustia me hicieron seguir sus instrucciones, no sé si fue coincidencia o quizá un caso leve de infertilidad que se pudo arreglar con remedios herbolarios, pero aquí tengo a mi bebé, tuve suerte porque algunas amigas que hice en foros de internet (info@expofertilidad.com.mx) sobre infertilidad lo han *intentado todo* y la cigüeña no aparece”.

⁶¹ www.docshop.com/es/education/fertility/treatments/natural. Página de infertilidad y medicina.

⁶² Castañeda Jiménez, Elena, et. al., “La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad”. *Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana*. vol.15, no.2. 2001. p.126.

4.3. DIFÍCIL MANTENER UNA MENTE SANA

Una gran parte de la vida de una pareja se centra en la procreación, la maternidad y la edificación familiar. Conforme pasa el tiempo, las posibilidades de tener un hijo propio se van reduciendo, en la medida en que han intentado un gran número de tratamientos, casi todos fallidos. El reloj biológico va llegando a su límite. A partir de este momento es cuando se inician los cambios que modifican el estilo de vida de la pareja, por lo que según estudios del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana, sentirán un entorno agresivo, agresión que pronto se convertirá en ira y depresión.⁶³

De acuerdo a datos e informes de investigación realizados en el INPer, la mujer con tratamiento de infertilidad durante los primeros cinco años, tiene síntomas emocionales de tipo depresivo; de los seis a los 10 años, los síntomas son del tipo ansioso, mientras que cuando la paciente tiene 10 años o más de evolución, frecuentemente son de tipo depresivo-severo.

En algunos estudios se ha observado que las reacciones de depresión y ansiedad ante este problema no son las únicas. Las reacciones emocionales básicas que se presentan a lo largo del diagnóstico y tratamiento son diversas: problemas de adherencia terapéutica, alteraciones en la relación de pareja, perturbaciones la vida sexual, dificultades con la familia de origen y política, aislamiento, quejas somáticas frecuentes (las mujeres demandan un mayor número de consultas ginecológicas), abandono de actividades escolares y laborales en el transcurso del padecimiento.

Los hallazgos indican que en la evolución del cuadro de esterilidad, de 25 y 30% de las pacientes afectadas, presenta alteraciones en su vida cotidiana en algún momento de la fase de diagnóstico y tratamiento.⁶⁴

⁶³ Carreño Meléndez, Jorge "Características del auto concepto en parejas estériles por factor masculino femenino", et al. Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana. vol. 17, no.2, junio 2003. p. 81.

⁶⁴ *Ídem.*

El malestar psicológico en casos de esterilidad puede ser:

- ° **Leve.** Cuando la paciente, a consecuencia de sus tratamientos, presenta modificaciones en su estilo de vida de manera difusa, por ejemplo, no disfruta algunas de sus actividades.
- ° **Moderado.** Se presenta cuando la paciente como producto de sus tratamientos, inicia modificaciones en su entorno inmediato y al menos han pasado cinco años de evolución del padecimiento. Estas transformaciones se registran en tres de sus actividades principales: escuela, trabajo y familia, el resto de sus quehaceres permanecen sin cambio.
- ° **Severo.** Ocurre cuando la paciente, a partir de su diagnóstico, presenta cambios radicales en su estilo de vida, y manifiesta más de cinco síntomas: alta dependencia, aislamiento, alteraciones sexuales, culpa, autoestima baja, descontrol en la ingesta de alimentos, dificultades para dormir, problemas en la toma de decisiones, miedo recurrente al tratamiento u otras actividades, más de ocho años de evolución del padecimiento.⁶⁵

Manejo de la situación de Pareja

La mayoría de las pacientes tienen el impulso de separarse, ya que la esterilidad es motivo de vergüenza. La vivencia de sentirse mujeres incompletas, las lleva a la depresión. La subjetividad de la vivencia refuerza en la mujer, en el ámbito inconsciente, la necesidad de otorgar un nuevo sacrificio, dejando a la pareja en "libertad de tener hijos con otra". Entonces se presentan síntomas como celos, envidia y dificultades por situaciones que anteriormente eran parte de su mundo cotidiano libre de conflicto. Estos síntomas son mecanismos proyectivos donde se busca aliviar la angustia por no lograr el embarazo. Con frecuencia se observa sumisión en la mujer con actitudes de abnegación y con una amplia capacidad de soportar el sufrimiento, lo cual no evita, sino que lo exhibe. Asimismo, muestra dependencia, conformismo y timidez frente al varón. La sumisión y la dependencia se relacionan con mayor frecuencia, con síntomas de depresión y ansiedad.

⁶⁵ Carreño Meléndez, Jorge, Sánchez Bravo, Claudia "Guía clínica de intervención psicológica de la paciente con esterilidad". Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana. vol.21, no. 1, marzo de 2007. p. 46, 47 y 48.

La sumisión y la dependencia se relacionan con mayor frecuencia, con síntomas de depresión y ansiedad. El interpretar y señalar como es que está manejando su problemática de esterilidad, el mostrar sumisión como rol de género, no le garantiza necesariamente, que la pareja continúe a su lado; por el contrario, esta actitud sólo va a incrementar su sufrimiento, ya que su vivencia es que el esposo le hace un “*favor*” al seguir unido y no darle hijos. En muchas ocasiones, las mujeres permiten situaciones de infidelidad, presiones y chantajes, con tal de no perder a la pareja. El trabajo en esta fase está orientado en poner límites claros frente a la pareja, reconocer que existen más elementos que llevan a continuar la relación, con o sin hijos. Por lo que, sólo una relación basada en la igualdad podrá disminuir los síntomas al reconceptualizar lo que es una pareja.

Por fortuna el porcentaje de éxito en el uso de los métodos de reproducción asistida en México es alentador. Según datos del Grupo Ángeles, el porcentaje de éxito es elevado, ya que va de 36.6 a 51.1%. Las cifras arrojan esperanza para cientos de parejas que están por iniciar un tratamiento de fertilidad. El primer paso, y quizá el más importante, es decidir si quieren con toda el alma tener un hijo, luego deben elegir un lugar donde brinden atención médica adecuada y confiable.

En México, desde finales de la década de los ochenta, se crearon clínicas de reproducción asistida en hospitales de los sectores público y privado. El Instituto Nacional de Perinatología (Inper) comenzó a trabajar en esta área en 1989 y fue el primer hospital dirigido a población abierta en el que se llevó a cabo la fertilización in vitro homóloga. Posteriormente, en 1996, este procedimiento se introdujo también en el Hospital General 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En estas instituciones, los tratamientos se orientan a las parejas heterosexuales; uno de los requisitos indispensables para otorgar el servicio es que sea solicitado y acreditado por una pareja constituida por un hombre y una mujer, y la inseminación se realiza exclusivamente con el semen del cónyuge.

En el subsector privado del sistema de salud esta situación es diferente, ya que se emplean técnicas de alta complejidad como la fertilización in vitro heteróloga, se cuenta con bancos de células germinales y las mujeres solas o lesbianas pueden solicitar y recibir los mismos servicios que se ofrecen a las parejas heterosexuales.

La Red Latinoamericana de Reproducción Asistida acreditó 26 centros privados que realizan procedimientos de procreación asistida en el país. De acuerdo con este registro, la Clínica de Reproducción y Genética ubicada en el Hospital Ángeles del Pedregal de la Ciudad de México, fundada en 1985, fue hasta 1990 el único centro de este tipo que existió en México.⁶⁶ Las clínicas privadas se ubican en el Distrito Federal y en doce capitales de los estados del centro y norte del país, 41 por ciento concentradas en las ciudades de México y Guadalajara.⁶⁷

Es significativo que un sector importante de estas clínicas sean filiales de corporaciones médicas de capital nacional o extranjero que operan en distintos puntos de México o de otros países. Como se ha mencionado, sus criterios para aceptar pacientes son más amplios que los de las instituciones públicas y de seguridad social, pero no debe olvidarse que este tipo de centros privados aplica criterios empresariales a la producción de salud. Desde esta visión, las diversas técnicas para lograr un embarazo constituyen atractivos bienes de consumo que permiten ampliar el mercado hacia sectores con alta capacidad adquisitiva, así como hacia quienes por su edad u otros motivos no tienen posibilidad de ingresar o seguir permaneciendo como pacientes en otra clase de instituciones médicas.*

⁶⁶ Cardaci, Dora y Sánchez Bringas, Ángeles / Profesoras-investigadoras del Departamento de Atención a la Salud y del Departamento de Política y Cultura, respectivamente, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, *op cit'*. p. 24.

⁶⁷ *Idem.*

* véase anexo.

4.4. TOC TOC, ALGUIEN LLAMA A LA PUERTA.

“Enrique y yo nos casamos y después de dos años decidimos que ya era momento de concebir a nuestro primer hijo, queríamos que fuera algo especial, por lo que dejé de tomar pastillas y unos meses después viajamos a Huatulco. El viaje estuvo maravilloso, sin embargo, „no pegó“. Cuando lo comentamos con el doctor, nos dijo que no nos preocupáramos, que un embarazo espontáneo tenía como chance hasta un año, mismo que transcurrió sin resultado alguno. Fue entonces que iniciamos con seguimientos foliculares: a través del ultrasonido se detecta el momento previo a la ovulación. Después de un año más, no lo habíamos logrado.

“No nos estresábamos mucho porque no éramos muy constantes; Enrique viajaba mucho de trabajo y la pasábamos muy bien. Cada vez que íbamos de compras adquiríamos cosas para el bebé. Siempre estuvimos seguros de que pronto llegaría. Inicié un tratamiento de fertilidad que consistía en tomar pastillas, inyecciones, seguimientos foliculares de manera constante y lo logramos: ¡estaba embarazada! La emoción nos duró dos meses, porque nunca se desarrolló el corazoncito del bebé y me hicieron un legrado.

Una amiga me recomendó desprenderme de esa tristeza y me llevó a un parapsicólogo, quien a través de la hipnosis ayuda a superar los eventos más dolorosos vividos y se supone que todo vuelve a la normalidad. Se me hizo un charlatán y no volví.

“Seguimos viviendo una vida feliz, viajamos y en cada lugar entraba a todas las iglesias suplicando nuestro anhelo. Siempre regresábamos con la esperanza de esperar un bebé. Después nos hicieron más estudios y supimos que el problema era mío y no de él. Llevé un tratamiento y se dio por hecho que estaría normal.

“El tiempo transcurría y con ello las opiniones de amigos y familiares, que no saben lo hiriente que pueden ser las preguntas en momentos tan vulnerables. Llegó el día en que platicamos y contemplamos la posibilidad de adoptar. Esa navidad Enrique lo anunció y ahí me di cuenta de su inminente deseo de ser papá y que en el fondo yo no quería un hijo que no fuera mío hasta agotar posibilidades.

“La señora que trabajaba en mi casa me platicó que una de sus comadres era partera y sobaba a las mujeres para embarazarse. Fui con dos amigas, ellas se embarazaron casi inmediatamente y yo nada.

“Probé los *ovulation test*, que son unas pruebas que detectan la ovulación a través de la orina y si el periodo es fértil aparece una carita feliz. He de confesar que nunca vi una, lo cual indicaba que no ovulaba pero los doctores decían que todo estaba bien.

“Me recomendaron un acupunturista con quien estuve en tratamiento pero nada. Tomé reiki, nos alinearon las chacras, me leí las cartas, traté con unos productos naturistas y hasta tomé uno de esos jugos que vendían en un negocio multinivel. La presión seguía creciendo y más cuando una amiga nos comentó que conocía al director de un albergue que daba bebés en adopción. Enrique estaba muy emocionado y yo sentía un balde de agua helada... creí que ese iba a ser el fin de mi matrimonio, porque yo quería seguir intentándolo y él estaba convencido de la adopción.

“Hablé con él y le propuse que mejor tuviera un hijo con una madre subrogada, pero no lo convencí, me mostró todo su apoyo y me dijo que si así iba a ser nuestra vida, teníamos que disfrutarla y que si yo no estaba convencida de adoptar tampoco pasaba nada. Claro que sí me daban ganas, pero quería primero tener uno propio.

“Un día la muchacha que trabajaba en mi casa quedó embarazada –mamá soltera– y me ofrecía quedarme con el bebé, incluso registrarse en el hospital con mi nombre para que no hubiera problema, me ilusioné mucho pero Enrique no, así que no accedimos.

“Aunque Enrique ya no tocó el tema por un tiempo, yo no claudiqué y fui con un quiropráctico a que me enderezara la cadera, que aunque nunca me la vi chueca, otra amiga me sugirió hacerlo...pero nada. Mi nutrióloga me recomendó un excelente doctor con quien ella se había embarazado de gemelos. Fui sola, ya no quise decirle a Enrique. Después de revisar todo mi peregrinar y el historial de estudios que llevaba, me dijo que de ninguna forma era candidata para un in-vitro y vio lo que nadie me había dicho: lo único que necesitaba era regularme una hormona y destaparme una trompa. Salí superesperanzada, hice todo lo que me dijo, tomé lo que me prescribió. Nos sentíamos muy contentos hasta que vi en el noticiario que la policía lo buscaba por tráfico de embriones. Yo nunca lo creí, lejos de eso sigo pensando que es un científico y un extraordinario psicólogo. Así que lo contacté por correo electrónico y me recomendó seguir con otros dos doctores porque él había tenido que dejar el país. Continué con uno y no funcionó... después de un año fui a ver al otro y no me gustó nada. Otra vez estábamos en ceros.

“Visitamos al Cristo de las maravillas y al Señor del abandono, me ponía de cabeza después de tener relaciones, tenía que comer aguacate y pescado, Enrique tomaba zinc, tiré el deseo al mar después de la séptima ola, por supuesto que cada año nuevo era mi uva número uno, compré todo un *kit* de aromaterapia e hice baños de esencias. La vecina de mi mamá me mandó un manojo de hierbas para temascal porque decía que tenía frío en el vientre, la suegra de mi hermana mandó una chambrita a España a un convento en donde las monjas rezan por las mamás que no pueden tener hijos, una bebé recién nacida se quedó en mi cama dormida para hacer nido.

“Hacíamos de todo, bueno, hasta un brujo nos habían recomendado, pero no le entramos. Nuestro deseo era grande pero nunca fue obsesión –aunque pareciera lo contrario– porque disfrutaba mucho la vida y mi relación con Enrique. Nuestro ánimo siempre estuvo arriba; obvio que había días tristes, pero no lloraba por las calles cuando veía un bebé, además estábamos llenos de sobrinos y hasta nos los llevábamos de viaje.

“Un buen día me presentaron a una chava que armonizó mi casa con feng shui, específicamente para embarazarme. También vimos a otro cuate para cargarnos de energía y que nos enseñó a meditar y a decretar.

“Un día mi hermana y su esposo nos invitaron a cenar. Ellos ya tenían tres hijos y nos propusieron prestarnos su panza –ya habían hablado con mis papás, sus suegros, sus hijos, un psicólogo y hasta un sacerdote... ellos estaban convencidos–, yo estaba feliz y aunque mi marido tardó en acceder, después aceptó.

“Regresamos con uno de los doctores que ya habíamos visto, le expusimos el caso, mi hermana y yo empezamos el tratamiento que consistía en tomar una serie de medicamentos, ir casi diario a que nos sacaran sangre, ultrasonidos y demás para empatarnos el ciclo, extraerme los óvulos, fecundarlos con el esperma de Enrique y ponérselos.

“Un día me citó el doctor para decirme que me encontraba perfecta, que no había necesidad de hacer lo que pensábamos y que me sugería una inseminación. Así lo hicimos y cuando creí que estaba menstruando, le llamé y con análisis en la mano me dijo que ¡estaba embarazada! Durante el embarazo me regalaron gran cantidad de oraciones, decretos y vírgenes. Tuve varias amenazas de aborto, placenta previa y se me rompió la fuente en la semana 31... nunca quisimos saber el sexo y finalmente después de 10 años llegó mi Victoria. Escogimos el nombre porque realmente salimos triunfantes, aun cuando la bebé se quedó en terapia intensiva. A los dos años de nuevos intentos quedé embarazada de triates.

“El pronóstico de los doctores era negativo y sugerían hacernos una reducción de embriones. Nosotros no aceptamos, siempre estuvimos positivos y todo salió perfecto. Tenemos cuatro hijos que nos traen de cabeza, pero somos muy felices. Es mucho trabajo, pero verlos sanos y fuertes no tiene precio”.

CONCLUSIÓN

Los cambios sociales y demográficos de las últimas décadas han condicionado un perfil nuevo de transición de enfermedades, el que a su vez ha modificado las necesidades de atención de la salud de la población mexicana y en especial el de las mujeres. Por un lado, el incremento en expectativa de vida, y por el otro, los cambios en los estilos de vida derivados de la incorporación de las mujeres en actividades, en las que hasta no hace mucho, solamente participaban de modo marginal. Lo que ha traído consigo la emergencia de condiciones de riesgo y enfermedades que hacen necesaria la adaptación de los sistemas de salud ante un panorama cambiante. Estos problemas de salud nuevos se vienen a sumar a los ya reconocidos, tales como los derivados del proceso reproductivo y las condiciones de desventaja social y desigualdad de la mujer.

Aunque este problema general no es completamente nuevo para México, aún no contamos con una estrategia global en la atención a la salud de la mujer. Por ello, sería muy deseable que las diferentes instituciones y grupos dedicados al estudio de los problemas de salud de la mujer, generen una estrategia común para caracterizar e intervenir en el desarrollo de los mismos.

En México se han llevado a cabo reuniones de especialistas en la materia, como la organizada por el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) y el Programa “Mujer y Salud” de la Secretaría de Salud (PROMSA) celebrada el 19 y 20 de marzo de 2003 en donde se intercambiaron experiencias que eventualmente permitan desarrollar un programa de trabajo en ésta área, a pesar de ello, en el sector salud es más probable notar campañas de prevención del cáncer, de atención de infecciones, pero no pude ver ninguna que previniera la infertilidad, se habla de campañas de salud reproductiva pero están más inclinadas a los métodos de planificación y a la prevención del aborto.

Las opiniones establecidas por los especialistas y pacientes entrevistados para este trabajo, constatan que la fertilidad es algo que se toma a la ligera mientras no se tenga la idea de procrear. Pasa a segundo plano la revisión ginecológica con el objetivo de verificar la candidatura a ser madre.

En este tiempo es de comprender que la mayoría de las mujeres mexicanas están en cambio constante tanto física como ocupacionalmente, la necesidad de independencia ha provocado que este sector de la población deje de lado la maternidad. Ciertamente la mujer ha ido ganando espacios en el área profesional y laboral, sin embargo, cuando llega a los 38 y decide tener un hijo, las posibilidades son limitadas aun cuando es sana.

La información sobre este tema existe, aunque es muy ignorada, en el sentido de que no se le da la importancia debida, los medios de comunicación se han prestado como un canal de información y por ende de difusión de este padecimiento, tal es el caso de la televisión que aunque el objetivo sea meramente publicitario y con fines comerciales, ha transmitido información en secciones de programas, sobre prevención y tratamiento de la infertilidad por medio de anuncios de clínicas y los servicios que éstas ofrecen, sin embargo, la gente, no acude al llamado de la prevención.

Las mujeres no han desarrollado conciencia, no hay cultura de prevención ni de revisión. El temor a visitar al ginecólogo va más allá del simple miedo al instrumental médico, existen aún prejuicios que impiden a las mujeres revisar su cuerpo a fondo. La religión, cualquiera que sea, influye de manera considerable en el comportamiento de las personas, en este caso de las mujeres, que se sujetan a mitos de virginidad que aún sus propias familias les inculcan, olvidándose de la salud como primer factor de vida.

La oportuna detección del problema ofrece a las pacientes un tratamiento más prometedor, por ello es importante la información. Mediante este trabajo pude constatar que pese a la cantidad de libros, artículos y páginas de internet, las mujeres no se informan, en muchos casos no conocen sus cuerpos y mucho menos su funcionamiento. La mayoría de ellas se entera de su infertilidad porque ya está en algún tratamiento ginecológico.

El tiempo, hablando de infertilidad, es un factor determinante, la edad de la mujer es crucial para decidir el tratamiento. Las mujeres que participaron para la realización de este trabajo aceptan que una cultura de prevención de la infertilidad es en lo sumo necesaria, ya que puede evitar en las mujeres un caso severo de este padecimiento.

Por otra parte, el informarse sobre este padecimiento engloba no solo sus achaques y trastornos, en muchos casos la desesperación puede cegar y provocar la elección desafortunada de un médico charlatán, en México prevalece la duda sobre la calidad de las clínicas de reproducción asistida, la mayoría de las cuales carece de certificación de sus procesos. Existe muy alto el riesgo de que las parejas sean víctimas de engaño y sometidas a procedimientos inseguros.

En México existen diversas instituciones para el tratamiento de esta alteración de la salud. El ISSSTE y el IMSS brindan apoyo para atender este padecimiento. A medida de sus posibilidades, se ofrece la revisión y quizás el procedimiento, pero en muchos casos hay que comprar el medicamento, que suele ser de costo elevado.

Si el problema es leve, el inicio del tratamiento va de los 500 a 1, 000 pesos. Un tratamiento de inseminación artificial va de los 5, 000 a los 20, 000 pesos, de acuerdo con el hospital o clínica que se visite. El tratamiento de fecundación in vitro es todavía más elevado, éste va de los 10, 000 a los 80, 000 pesos, de igual manera depende de la clínica u hospital.

La tasa de éxito en la utilización de métodos de reproducción asistida es muy variable, está determinada por el tipo de infertilidad diagnosticada, la clínica y del procedimiento. Algunos reportan tasas muy bajas y otros hasta de 80%. Sin embargo, se ha establecido que la tasa de éxito es de 10 a 30%.

Hay mujeres que tienen la fortuna de lograr un embarazo pero también hay quienes nunca ven su sueño convertido en un bebé. Lo más importante es informarse, muchas veces la terminología es compleja y confunde. Aunado a esto que existe prepotencia y hermetismo por parte de las autoridades en materia de salud.

En el Inper, al igual que en el IMSS, por ejemplo, los doctores no muestran disponibilidad para informar, siempre hay restricciones y casi no tienen tiempo para pláticas o entrevistas con personas que llegan a solicitar información, o bien las señoritas encargadas de los módulos de información no están lo suficientemente informadas sobre éste u otros padecimientos.

El sistema mexicano de salud no cuenta con los recursos suficientes y los arreglos organizacionales convenientes para enfrentar este nuevo perfil de enfermedades. Hacer frente a nuevos riesgos a la salud requiere de una respuesta sistémica que considere riesgos emergentes, los aspectos financieros y estructurales del sistema, los recursos esenciales necesarios para la prestación de los servicios, mejorar la eficiencia en la atención médica y avanzar en la rectoría del sistema para hacer crecientemente efectivo el derecho a la protección de la salud de las y los mexicanos.

ANEXO

INSTITUCIONES Y CENTROS DEDICADOS A LA REPRODUCCIÓN HUMANA Y PADECIMIENTOS DE LA MUJER

CREANDO FAMILIAS CEFAM

Es una institución dedicada al estudio de la pareja con problemas de infertilidad, cada una de las causas que alteran el proceso reproductivo tiene un tratamiento concreto, que muchas de las ocasiones se limita a la prescripción de determinados fármacos o a sencillas intervenciones quirúrgicas. Cuando los problemas no se solucionan por las vías anteriormente citadas se recurre a la reproducción asistida.

Dirección: Pafnuncio Padilla No. 43, Piso 3, Cd. Satélite, CP. 53100.

Tel.: 5572-5533. Fax: 5572-5554

Página de internet: www.cefam.com.mx

INSTITUTO MEXICANO DE INFERTILIDAD

Ofrece amplia plantilla de especialistas en reproducción humana y técnicas de reproducción asistida.

Dirección: Guadalajara, Torreón y Mazatlán

Tel.: 3648-2550

Página de internet: www.imimexico.com

CENTRO DE FERTILIDAD HUMANA EN MÉXICO

Es un centro integral enfocado a la fertilidad de mujeres y hombres que deseen ser padres. Según su página de internet, es el primer banco de esperma en México y cuenta con otros servicios como lo son: reproducción asistida (in vitro/cfhm), banco de óvulos, laboratorio de andrología y lo último en análisis enfocados en infertilidad.

Dirección: Tuxpan 6-40,1 Col. Roma Sur.

Tel.: (52) 5564-9238, 5574-4677, 5574-4522

Página de internet: www.centrodefertilidad.com

INSTITUTO DE MEDICINA REPRODUCTIVA

Brinda atención personalizada en todos los casos relacionados a la función o disfunción reproductiva.

Dirección: Av. Burjassot 1, Bajos 46009 – Valencia, España.

Tel.: 963-160-240. Fax. 963-160-241

Página de internet: www.imer.es

INGENES

Cuenta con tratamientos que van desde la Inseminación Artificial (IA) hasta la Fecundación In Vitro con Micro Inyección Espermática (ICSI).

Dirección: Juan Salvador Agraz no. 40, 3er piso, col. Santa Fe, Del. Cuajimalpa.

Tel.: 0155-2789-9822

Página de internet: www.ingen.es

CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER SEDENA

Es un hospital de alta especialidad que depende de la Dirección General de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional. Su función es promover, recuperar y mantener la salud en ginecología, obstetricia y neonatología.

Dirección: Blvd. Manuel Ávila Camacho S/N, Lomas de Sotelo, Delegación Miguel Hidalgo.

Tel.: 2122-8800

Página de internet: www.sedena.gob.mx/index.php/sanidad-militar/clinica-de-especialidades-de-la-mujer

HOSPITAL DE MUJER

Ofrece cuotas de recuperación en el servicio. Proporciona atención ginecológica, obstétrica y oncológica. Entre sus especialidades destaca la esterilidad y el embarazo de alto riesgo.

Dirección: Prolongación Salvador Díaz Mirón no. 374. col. Santo Tomàs, Del. Miguel Hidalgo. México.

Tel.: 5341-1100

Página de internet: www.hdelamujer.salud.gob.mx

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA

Cuenta con cuotas estipuladas bajo estricto examen socio-económico, ofrece alternativas para la solución de problemas de salud reproductiva y perinatal de alta complejidad.

Dirección: Montes Urales no. 800, col. Virreyes, Delegación Miguel Hidalgo, D.F.

Tel.: 5520-9900

Página de internet: www.inper.edu.mx

IMSS

Brinda servicios gratuitos al derechohabiente. Las especialidades que manejan son muy bastas, dentro de ellas reproducción humana.

Dirección: La atención se brinda únicamente a derechohabientes en diversas clínicas según domicilio.

Tel.: conmutador 01-800-623-2323

Página de internet: www.imss.gob.mx

ISSSTE

Muy similar al sistema del IMSS, brinda servicios gratuitos al derechohabiente. Las especialidades que manejan son muy bastas, dentro de ellas reproducción humana y reproducción asistida.

Dirección: La atención se brinda únicamente a derechohabientes en las diversas clínicas de atención, según domicilio.

Tel.: conmutador: 01-800-012-007

Página de internet: www.issste.gob.mx

HOSPITAL GENERAL

Según su página de internet, proporciona servicios de calidad en las especialidades, médicas quirúrgicas y de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

Dirección: Dr. Balmis no. 148, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc.

Tel.: 2789-2000

Página de internet: www.hospitalgeneral.salud.gob.mx

HOSPITALITO GUSTAVO GUERRERO

Ofrece atención médica general y en algunas especialidades, entre ellas la ginecología y reproducción humana.

Dirección: Herreros no. 68, colonia Morelos, Venustiano Carranza, D. F.

Tel.: 5704-2892.

INSTITUTO PARA EL ESTUDIO DE LA CONCEPCIÓN HUMANA

Los servicios que ofrece van desde los exámenes básicos de infertilidad, valoración integral de la pareja (varón y mujer) para su diagnóstico, inducción de ovulación e inseminaciones artificiales, hasta lo más reconocido de nuestra práctica...la Fertilización In-Vitro.

Dirección: Av. Hidalgo no. 1842 Pte., 3er. Piso, colonia Obispaado, C.P. 64060 Monterrey, N.L. México.

Tel.: +52 (81) 8347-1888, o 8347-2099. **Fax.** +52 (81) 8347-2040

Página de internet: www.iech.com.mx

CENTRO MEXICANO DE MEDICINA REPRODUCTIVA

Es una institución médica especializada en la reproducción humana. Desde 1999 trabaja para que las parejas vean cumplida su ilusión de una paternidad responsable y deseada, con los menores riesgos y la máxima confortabilidad. Brinda atención psicológica a las parejas infértiles. Se especializan en ginecología, obstetricia, genética, biología, embriología, andrología, cirugía, anatomía patológica y anestesia, personal de laboratorio y enfermería.

Dirección: Boulevard Pedro María Anaya no. 2136-A col. Prolongación Chapultepec, Culiacán, Sinaloa.

Tel.: (01-667) 7-16-66-45

Página de internet: www.cemef.com.mx

HISPAREP S. A. DE C. V.

Es la Clínica de Reproducción Asistida del Hospital Español y su misión es auxiliar a todas aquellas parejas con problemas reproductivos. Cuenta con tecnología de vanguardia para la realización de los procedimientos más innovadores del ramo, como la inseminación artificial, la fertilización in Vitro (FIV) y la inyección intracitoplásmica de espermatozoide (ICSI).

Dirección: Av. Ejército Nacional Mexicano no. 613-101, Complejo Médico Antonino Fernández, primer piso, colonia Granada. D.F.

Tel.: 55) 5250-6462, 5250-3743, 5250-3384

Página de internet: www.hisparep.com.mx

FUENTES DE CONSULTA

Bibliografía

- Abascal, Adriana, *Una mujer; cada mujer: mis arquetipos*. Madrid. Ed. Temas de hoy, 2002, 162 p.
- _____ *La Biblia*, “Génesis1-28, 30-2, 20-18, 25-2.”, España, Ed. Verbo Divino, 2005, 153ª edición, 566 p.
- Ayala R., Aquiles, Montoya Romero, José de Jesús, et. al. *ABC de la infertilidad*, México. D. F., Ed. ETM. 2004, 196 p.
- De la Villa, Polo Jesús, *Tratados hipocráticos*, Madrid, Ed. Gredos, 2003, 596 p.
- Delgado, Gabriela, Novoa, Rosario y Bustos, Olga, *Ni tan fuertes ni tan frágiles, Resultados de un estudio sobre estereotipos y sexismo en mensajes publicitarios de televisión y educación a distancia*, México, UNICEF/PRONAM, 1998, 112 p.
- Soledad Mata Pinzón et. al., director Carlos Zolla. *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*, México, D.F., Instituto Nacional Indigenista, 1994. 917 p.
- _____ *Diccionario Médico*. Barcelona. Ed. Masson, 1998, 4ª edición. 768.p
- Dorland, W. A. Newman, *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*, vol. 1 A-LL, Madrid-México, McGraw Hill Interamericana, 1988, 27 edición, 1711p.
- Henri Puech, Charles, *Las religiones en la India y el extremo oriente*. vol. 4. España, Ed. Siglo XXI. 1978, 491 p.
- Hope, Jane, *Buda para todos*, Barcelona, traducido por Ed. Paidós México 2007, 175 p.
- Hughes, Edward C., *Terminología en obstetricia y ginecología*. Barcelona, traducido por Salvat Editores S.A. México, 1975, 803 p.
- _____ *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Memorias del 60 aniversario*. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición en colaboración con Aztra Zeneca. México. 2006, 159 p.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México D.F., Colección Posgrado de la Dirección General de Estudios de Posgrado. Coedición CEIICH-UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, 2005, 888 p.

- La mujer y las relaciones de género en México, realizado en 2002 por el Centro de Estudios Interdisciplinarios de Ciencias y Humanidades. UNAM.
- Lamas, Marta “La antropología feminista y la categoría género”, en *Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*, México, Ed. Taurus, 2002, 214 p.
- Laín, Pedro, *La medicina Hipocrática*, Madrid, Alianza Editorial, 1982, 456 p.
- Ludwig, Feuerbach, *La esencia del cristianismo, Crítica filosófica de la religión*, México, Ed. J. Pablos.1971, 287 p.
- Martín, Alonso, *Diccionario del español moderno*, México, Ed. Aguilar, 1992. 1159 p.
- Michel, Andree, *Sociología de la familia y del matrimonio*, Traducción de Carme Vilaginés, Barcelona, Ed. Península, 1991, 193 p.
- Nunn F., Jhon, *La medicina del antiguo Egipto*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002, 543 p.
- Pagés, Gustavo, Aller, Juan, *Infertilidad: fisiología, diagnóstico y tratamiento: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana: FERTILAB*. Caracas, Venezuela, México. FERTILAB, 2006, 583 p.
- Pratt, Henry, *Diccionario de sociología*. México, FCE, 1997.
- Raab, Diana, *Cómo lograr embarazarse y como permanecer embarazada...* México, Ed. Diana, 1997, 335 p.
- Ussher, Jane, *La psicología del cuerpo femenino*, Madrid, Ed. Arias Montano. 1991, 215 p.
- Weiss Pick, Susan, *Estudio social psicológico de la planificación familiar*, México, Ed. Siglo XXI, 1979, 255 p.
- Yago Simón, Teresa, et. al. *Infertilidad y reproducción asistida: relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1997, 310 p.

Hemerografía

- Carreño Meléndez, Jorge, Bium-Gryberg, Bertha, et. al., “Salud psicológica en la mujer estéril”, México, *Revista De Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 22, no.4, octubre-diciembre 2008, pp. 290-302.
- Carreño Meléndez, Jorge, et. al., “Características del auto concepto en parejas estériles por factor masculino femenino”, México, *Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana*. vol. 17, no.2, junio 2003. p.81.
- Carreño Meléndez, Jorge, Sánchez Bravo, Claudia. “Guía clínica de intervención psicológica de la paciente con esterilidad” México, *Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana*. vol. 21 No. 1 marzo 2007. p46, 47 y 48.
- Cardaci, Dora, Sánchez Bringas, Ángeles* “Hasta que lo alcancemos...” México, *Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas*, 2009, pp.22.-24
*Profesoras-investigadoras del Departamento de Atención a la Salud y del Departamento de Política y Cultura, en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
- Castañeda Jiménez, Elena, et. al. “La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad”. México, *Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana*, vol.15. no.2, 2001, p.126.
- _____ “El ABC de género en la administración pública”. México, *INMUJERES.*, 2007. p.7.
- _____ “El impacto de los estereotipos y los roles de género en México”. México, *INMUJERES*, 2007. pp. 1-6.
- _____ “La religión y el sexo”, México, *Muy Interesante*, no. 32. Editorial Televisa. 2003. p. 81.
- _____ “Las mujeres y los medios de comunicación,” México, *INMUJERES*. Programa s/f. pp. 1-4.
- Olivares Mendiola, Jaime, “Esterilidad y Reproducción Asistida: Una perspectiva histórica”, Madrid, España, *Revista Iberoamericana de la Fertilidad*, vol. 22, nº 1 Enero-Febrero 2005, pp. 15-22.
- Ojeda, Norma y González, Eduardo, “Divorcio y separación conyugal en México”, México, *Revista Mexicana de Sociología*, no. 1, vol. 70. enero-marzo de 2008, UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales, pp. 111-145.
- Rivera Domarco, Juan, Shama Levy, Teresa, Villalpando Hernández, Salvador, González, Teresita. “Estado de nutrición de las mujeres en edad reproductiva: Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999”, México, *Encuesta Nacional de Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 16, no. 2; abril-junio 2002, p.10.

- _____ “Ser soltera hoy: mención o castigo”, México, *Psychologies magazine*. nº 1, Editorial premier, noviembre 2008. pp. 35-37.
- Valadez Ortega, José Alberto, et. al. “Tasa de embarazos en pacientes sometidas a inseminación intrauterina en una unidad médica de alta especialidad”. *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción*. México, vol. 1, no. 4. 2009. p. 136.
- Zárata, Arturo y Hernández Valencia, Marcelino, “Fertilización In Vitro como método de tecnología reproductiva”, México, *Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana*. vol. 21 no. 4, diciembre 2007. pp.226-227.

Cibergrafía

- ≡ _____ “Presentan problemas de infertilidad millones de personas en México”, Boletín UNAM-DGCS-437, <http://bine.org.mx/node/935> www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2004_437.html, 15 de junio de 2004, acceso 5 de marzo 2009.
- ≡ _____ “Características del auto concepto en parejas estériles por factor masculino y femenino”. *Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana*. vol.17, no.2, p. 81. <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=76&IDARTICULO=21245&IDPUBLICACION=2157>, 2003. acceso 2010.
- ≡ Carreño Meléndez, Jorge, “Salud psicológica en la mujer estéril”, Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana, www.inper.edu.mx, 2008, acceso 26 de marzo de 2009.
- ≡ _____ “El estrés puede alterar la fertilidad”, www.centrodefertilidad.com/articulos, Centro de Fertilidad Humana en México. 2007, acceso 2010.
- ≡ Sánchez Rivera, Elvira y Becerra Mauro, “La maternidad, una opción de vida de cada mujer. La ciencia rompe con las limitaciones biológicas”. http://magazinemx.com/bj/bjfiles_archivo/fertilizacion/causas.html Noviembre 2007. acceso 2010.
- ≡ Díaz M, Gonzalo E., “Infertilidad”, Clínica de Infertilidad, www.drgdiaz.com/eco/infertilidad.shtml, 2009, acceso 02 de marzo de 2009.
- ≡ Moctezuma Barragán, Gonzalo, “La Reproducción Asistida en México. Un Enfoque Multidisciplinario” Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. www.bibliojuridico.org/gen/cita.htm, 2010, acceso 2010.
- ≡ NOTIMEX, “Parejas que sufren infertilidad viven en aislamiento social”, El Siglo de Torreón, www.elsiglodetorreon.com.mx, 13 de diciembre de 2004, acceso 7 de marzo de 2009.

- ≡ Ocasio Benítez, Víctor M., Médico Generalista, especialista en Medicina Sistémica, “Infertilidad femenina: causas, diagnóstico y tratamiento sistémico”, www.adaptogeno.com/art_opinion/art250.asp, 07/11/07, acceso 2010
- ≡ www.tufertilidad.com.mx. Tu fertilidad es una página que se encuentra encabezada por Alejandra Pastrana, comunicóloga, ex directora editorial de Crecer feliz y Padres e hijos, y algún día diagnosticada con infertilidad inexplicable, acceso noviembre de 2010.
- ≡ www.inegi.gob.mx, conteo 2010.
- ≡ www.umm.edu/esp_ency/article/001191sym.htm, página de University of Maryland Medical Center
- ≡ www.docshop.com/es/education/fertility/treatments/drugs, página de un foro de dudas sobre fertilidad y medicina.
- ≡ www.careclinica.es/es/reproduccion/tratamientos/dgp, página de Clínica de Fertilidad sector Privado, acceso enero de 2011.
- ≡ www.ceiich.unam.mx, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias UNAM, acceso 24 de marzo de 2010.
- ≡ www.cefam.com.mx, Centro de Estudios para la Fertilidad y Atención a la Mujer, acceso 2 de mayo de 2010.
- ≡ www.institutomexicanodeinfertilidad.com.mx, Instituto Mexicano de Infertilidad, acceso 10 de marzo de 2010.
- ≡ www.iis.unam.mx, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, acceso 26 de marzo de 2010.
- ≡ www.ingen.es Instituto de Fertilidad y Genética (INEGENES), acceso 5 de diciembre 2010.
- ≡ www.reproduccion.com.mx/insem.html, Instituto de Esterilidad Y Salud Reproductiva, S.C. , acceso febrero de 2011.
- ≡ www.inper.gob.mx, Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana, acceso junio de 2011.

Entrevistas

- Aragón, Mari Cruz, doctora en Antropología Física y miembro académico del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM.
- Ana, mujer diagnosticada con infertilidad.
- Berra, Eduardo, colposcopista y ginecólogo del Hospitalito Gustavo Guerrero.
- Dalia, mujer diagnosticada con infertilidad.
- Eva, Comerciante.
- Galicia, Vanesa, mujer en tratamiento de infertilidad.
- González, Miriam, profesora de psicología en la Universidad Autónoma Metropolitana.
- Gutiérrez, Marisol, psicóloga del área de infertilidad de la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional.
- Landa, Minú, profesora de ballet y danza contemporánea en el INBA.
- Mansvach, Alejandro, judío nacido en la Ciudad de México.
- Medina, María Hilda, paciente en tratamiento de infertilidad de la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional.
- M. Daniel, esposo de una mujer en tratamiento.
- Morselli, Simoneta, historiadora y maestra de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM.
- Morales, Jacqueline, miembro de la congregación cristiana Ministerios Filadelfia.
- Odorika, Teresa, colaboradora en el Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM e investigadora y sub-coordinadora del área de diplomados de género en el Centro de Estudios Interdisciplinarios de Ciencias y Humanidades.
- Olvera, Regina, monja católica-enfermera.
- Orihuela, José Miguel, publicista.
- Ortega, Sarahí, estudiante de Odontología de la UAM Xochimilco.
- Pérez, Rebeca, estudiante de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- “Piri”, candidato a pastor en la congregación Cristiana Ministerios Filadelfia.

- Reyes, Alfonso, biólogo de la reproducción del Hospitalito Gustavo Guerrero,
- Rivera, Rosalba, psicóloga y directora de la escuela Siglo XXI y coordinadora de pláticas de autoestima para la mujer.
- Sánchez, Luisa, paciente en tratamiento de infertilidad en el Instituto Nacional de Perinatología.
- Saviñon, Ariadna, socióloga.
- Siles, Javier, ginecólogo egresado de la UNAM.
- Verses Ruiz, Gina, licenciada en etnología y estudiante de la maestría en Estudios Mesoamericanos en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM.
- Vega, Pilar, residente del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana (INPer).