



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

“Construcción social y corporal de la esterilidad: Una  
visión hacia la creación de nuevos estilos de vida”

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A (N)**  
**AYLIN ALEJANDRA LOPEZ ZAMUDIO**

**Director: Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera**  
**Dictaminadores: Lic. Irma Herrera Obregón**  
**Lic. Laura Castillo Guzmán**

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2018





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 mi **MADRE** por ser guía y luz durante toda mi vida, y en especial en este proceso tan importante. Gracias por ser mi vida.

A mi **PADRE** por ser mi fuerza y mi motivación en este camino, juntos lo hemos logrado. Siempre serás mi motor de vida.

A mi **HERMANO** por ser mi compañero y mi ejemplo de perseverancia y pasión por la vida.

¡LOS AMO!

A mis **ABUELOS** por alentarme cada día con su amor, cariño y cuidados, a mis tías, **KARINA, MARTHA Y ARACELI** por su apoyo y por sostenerme las veces que parecían no tener salida, gracias por ser mi luz.

A mi prima **MARIANA**, gracias por ser mi compañera de vida, por mostrarme otras perspectivas, y por transmitirme el amor que día a día le pones a la vida.

A mis compañeros y amigos de Universidad:

**VIVÍS** gracias por tu amistad y por siempre tener las palabras adecuadas para mí durante la carrera y sobre todo en la elaboración de este proyecto. Eres una luz en la vida de cualquier persona.

**ITZA** gracias por ser mi ejemplo de responsabilidad, amistad y alegría, gracias por estar hasta el final siempre.

**ADRIANA** gracias por ser tan leal y dar el corazón en todo aquello que quieres, eres una gran amiga y maestra durante este camino.

**ANDY** gracias por darle chispa a la vida, le das sentido a las cosas, gracias por mantener mi ánimo y mis ganas en lo alto.

**ANDREA** gracias por ser ejemplo de fortaleza y valentía para mí, llegaste en un punto crucial a mi vida para darle dirección y alegría.

**MEL** gracias por tus enseñanzas y por tu apoyo incondicional, fuiste imprescindible en el término de este proyecto y en mi vida.

**XADA** con tu amistad me enseñaste a que todo se puede lograr si tienes las ganas y el amor por ello, gracias.

Gracias **DYY** por el apoyo, por cada palabra y por brindarme tu amistad en todo momento.

**ROX Y BRANDON**, gracias por ser mis amigos de toda la vida, su amistad siempre me ha ayudado a concluir los proyectos más importantes de mi vida.

Gracias **KARLY, SERGIO E HILDA**, sin su apoyo no hubiera podido concluir este proyecto, gracias por los consejos y la motivación.

Profesor **GERARDO CHAPARRO**, gracias por cada una de sus enseñanzas, éstas no sólo fueron para formarme como una buena profesional, sino que son enseñanzas de vida que siempre llevaré conmigo GRACIAS.

Profesora **IRMA Y LAURA**, gracias por su tiempo y por alimentar y mejorar con sus conocimientos este proyecto.

Gracias a la **FES IZTACALA, UNAM**, por acogerme durante estos años y transformarme completamente en una nueva persona, eres mi hogar, gracias por permitirme vivir los mejores años de mi vida.

## INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
<b>CAPITULO 1. CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICA DE LA FAMILIA.....</b>	<b>6</b>
1.1 Antecedentes y definición de familia.....	6
1.1.1 Funciones de la familia.....	12
1.2 Construcción y significados de la Maternidad.....	18
1.3 Construcción y significados de la Paternidad.....	25
<b>CAPITULO 2. ESTERILIDAD.....</b>	<b>32</b>
2.1 Definición de esterilidad.....	33
2.2 La esterilidad desde el modelo médico.....	34
2.3 La esterilidad como un problema social y psicológico.....	38
2.4 La esterilidad desde la teoría de los 5 elementos.....	47
<b>CAPITULO 3. ALTERNATIVAS A LA ESTERILIDAD.....</b>	<b>57</b>
3.1 Que son los Tratamientos de Reproducción Asistida.....	57
3.1.2 Efectos psicológicos en los Tratamientos de Reproducción Asistida.....	64
3.2 LA ADOPCIÓN.....	69
3.2.1 Definición de adopción.....	70
3.2.2 Requerimientos Legales de la Adopción.....	74
3.2.3 La pareja y la familia en el proceso de adopción.....	77

3.3 Las familias con hijos sin vínculo genético o gestacional.....	84
CAPITULO 4. METODOLOGIA.....	93
4.1 Instrumento.....	93
4.2 Participantes.....	94
4.3 Procedimiento.....	94
CAPITULO 5. ANALISIS DE DATOS.....	96
5.1 Conclusiones.....	125
5.2 Reflexiones.....	130
REFERENCIAS.....	133
ANEXOS.....	140

## RESUMEN

La esterilidad/infertilidad nunca se ha encontrado entre las condiciones más comentadas por la sociedad a nivel mundial, los investigadores han puesto foco en la creación de fármacos y nuevos tratamientos médicos que contrarresten este padecimiento, y a su vez mejoren las condiciones del aparato reproductor para lograr así la anhelada concepción de un hijo. Sin embargo ningún área de conocimiento ha puesto el énfasis e interés necesario en el análisis del proceso que recorre cada persona diagnosticada. Por tal motivo a lo largo de la presente investigación se realizó un análisis integral, en el cual se exponen los aspectos esenciales que participan en la construcción del ser humano, así como las múltiples alternativas de vida que se pueden generar a través de ella, como son los tratamientos de reproducción asistida, la adopción o la construcción de una familia diferente a lo convencional. Lo mencionado anteriormente se llevó a cabo mediante la realización de 6 historias de vida con personas diagnosticadas con esterilidad/infertilidad, ante lo cual se resaltaron aspectos como la alimentación, las emociones, la sexualidad, el trabajo y su relación con los otros como parte esencial de la construcción de la enfermedad, el diagnóstico y la habilidad para generar alternativas ante lo culturalmente establecido. Por tal motivo el objetivo y la propuesta de esta investigación se concentran en generar nuevas oportunidades y estilos de vida, en donde el padecimiento no resulte ser una limitante, sino el camino para un nuevo acercamiento con nuestro cuerpo, emociones y naturaleza.

Palabras clave: **esterilidad, familia, tratamientos, cuerpo, emociones, alimentación.**

## INTRODUCCIÓN

“...porque la vida ha comenzado ya mucho antes que uno”

(Ernest Bloch, El principio esperanza)

A lo largo de los años, en repetidas ocasiones se ha sometido a discusión el origen de todo aquello que nos rodea, ya sean objetos, situaciones, seres vivos, y sobre todo las relaciones que establecemos con el otro, donde se gestan aspectos esenciales como lo emocional y lo espiritual, que normalmente permanecen en lo oculto hasta que se considera que las explicaciones racionales son insuficientes para la sed de conocimiento humano. La fragmentación, despersonalización e indiferencia se han convertido en el estilo de vida preferido por la mayoría de la gente. Se ha olvidado la historia personal, que no precisamente hace referencia a lo individual o privado, sino a todo aquello que constituye a una persona, desde el cuerpo dotado de características biológicas únicas, hasta la diversidad de experiencias diarias que nos unen a otros seres, a un territorio y a creencias que se hacen carne al pasar de los años.

Abandonamos el útero materno y llegamos a un tiempo y un espacio que no hemos escogido y que no controlamos. Somos vulnerables, estamos expuestos a lo imprevisible, a lo indomable, a lo radicalmente extraño. No obstante, aunque a través de la historia se han realizado grandes intentos por erradicar el esfuerzo y sufrimiento humano, siempre pareciera insuficiente, somos seres fracturados, insatisfechos con el mundo que hemos heredado, deseosos de ser de otro modo, de habitar otro mundo de vivir otras vidas. No se puede negar la cantidad de trabajo realizado para el cuidado y bienestar del otro como individuo y como miembro de un grupo social, los cuales han llevado al ser humano a desarrollarse en áreas desconocidas y niveles inimaginables. En pocas palabras somos una especie construida para transformar, cambiar y evadir, sin darle mayor importancia al enfrentamiento y resolución de nuestras vidas. Hemos exigido libertad, y cuando se nos ha dado no lo hemos creído, no nos consideramos merecedores de



obtener el control de nuestras propias vidas, y no hemos encontrado otra opción que entregar nuestros cuerpos e historia al sometimiento y el olvido.

Constantemente nos encontramos ante un nuevo inicio, llamado por algunos una nueva oportunidad, donde se vuelven a retomar conceptos como la esperanza, y es necesario percibir una realidad distinta a la cotidiana. El ejemplo más representativo de un nuevo comienzo se gesta en el nacimiento de un nuevo ser, de una planta, un animal, y por supuesto de un ser humano. Es aquí donde la mayoría de las disciplinas concentran su atención, en la realización de investigaciones que expliquen la complejidad humana y su origen desde perspectivas biológicas, antropológicas, físicas etc. El cuerpo humano ha sido concebido desde el pensamiento de René Descartes como una perfecta máquina de producción y racionalización constante, que no permite fallos, descansos y errores, lo cual va totalmente en contra de la historia de la humanidad por cientos de años, donde se ha quedado plasmado el dolor, la angustia, el miedo, los fracasos y sobre todo el re-nacer humano de los escombros.

Así mismo, todo lo relacionado al ser humano racional, específicamente lo que refiere a sus facultades naturales, como lo es el reproducirse, han quedado limitados a procesos mecánicos, que más allá del contacto físico, impiden sentirse conectado con el mundo que nos rodea. Por ello no debe parecer raro que la paternidad y la maternidad sean aspectos tan importantes para la vida, debido a que son funciones esenciales para preservar la especie, fungiendo como principales reguladores de la cultura y la inserción de un nuevo ser a esta. El convertirse en padres está cargado de una serie de creencias dirigidas a la responsabilidad, la felicidad y la honorabilidad de una persona, así como a la culpabilidad, sentimientos de fracaso y al constante “vacío” que se expresa en nuestras acciones como un grito desesperado cada día.

No solo estamos inmersos en una serie de significaciones de cómo debería ser la vida paternal, sino también se ha construido una inquietud por saber el origen y la formación de éste, antes de que pueda siquiera ver el rostro de sus padres y tener contacto directo con la naturaleza.

Los lazos de sangre siempre han jugado un papel importante en las relaciones humanas, debido a que se experimentan un conjunto de emociones, que frecuentemente se resumen en una profunda satisfacción, protección, sentimientos de pertenencia y construcción de la identidad personal. Sin embargo, por tales atributos se ha puesto en duda el valor de la llegada de un hijo con el que la familia no puede sentirse identificada por medio de los lazos de sangre. Nuestra especie se ha visto limitada a encontrar o crear nuevas formas de relación e identificación con el otro, ya sea por la falta de reconocimiento social ó por no encontrar los aspectos suficientes que pueden unir a dos seres además de sus características físicas y afinidad biológica.

Por tal motivo las personas en condición de esterilidad e infertilidad se enfrentan a una serie de problemáticas sociales y psicológicas que disminuyen poco a poco su calidad de vida y la de las personas que se encuentran a su alrededor. No obstante, esta condición se agrava a causa del concepto fragmentado de salud, en el cual se ignora la acción de un sujeto biopsicosocial que se alimenta de la tierra y construye su subjetividad a partir del contacto con el mundo exterior y los seres que lo conforman. La relación entre la mente y las emociones, no es un descubrimiento reciente, siempre han estado conectadas, lo cual fue reconocido por la célebre frase de Hipócrates (400 a.C.) “mente sana, cuerpo sano”, dejando así atrás la perspectiva de que los fenómenos mentales sólo pueden determinar acontecimientos mentales y los acontecimientos físicos sólo pueden determinar otros acontecimientos físicos. En la actualidad se reconoce que los factores psicosociales influyen en el proceso de salud-enfermedad mediante interacciones físico-químicas cada vez más estudiadas.

Se han obtenido numerosos datos de que más del 50% de las visitas que se hacen en la asistencia primaria médica consisten en quejas sin base orgánica, que llevan además a tratamientos insatisfactorios, así como personas con desórdenes psiquiátricos que terminan consultando por síntomas físicos, convirtiendo las consultas médicas en espacios donde se interponen demandas emocionales, de las que en ocasiones se desconoce su intervención.

De acuerdo a la información expuesta anteriormente, a lo largo de esta investigación se pretende mostrar la importancia de aquello que no es percibido a simple vista, ni puede ser manipulado y controlado por las invenciones humanas, las cuales pretenden de manera contradictoria cuidar y preservar la vida por medio de la destrucción, la muerte y el abandono del cuerpo. Se apuesta nuevamente por el descubrimiento de otros estilos de vida que permitan conectarnos con el mundo ,y responsabilizarnos de todo cambio que ocurra en él, ya sea positivo o negativo .El mundo siempre como reflejo de nuestros actos, y a su vez el cuerpo como una ventana hacia el estado actual de nuestra sociedad.

A partir de la elaboración de historias de vida es posible rescatar el valor de la persona infértil/ estéril como un ser cultural, emocional y espiritual, que expresa sus puntos de fragilidad y sus fortalezas, para mostrarse como un ser humano profundamente conectado con su espacio geográfico, el tiempo, sus costumbres, tradiciones, y las personas que lo acompañan durante este camino.

## CAPITULO I

### CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y PSICOLOGICA DE LA FAMILIA

Dentro de cualquier tema que involucre el estudio de los seres humanos es importante hacer mención de la familia, ya que esta cumple la función de guía y soporte principalmente durante los años más importantes del desarrollo humano, así que comúnmente es difícil profundizar acerca de la historia y estado actual de una persona sin indagar y hacer referencia a su núcleo familiar.

La familia no es un elemento estático, por el contrario ha ido evolucionando en el tiempo, transformándose en conjunto con la sociedad y elementos estrechamente ligados a ella como factores sociales, psicológicos, políticos, económicos, culturales etc. La organización y las prácticas familiares han cambiado drásticamente durante los últimos 30 años, el incremento de herramientas tecnológicas, el crecimiento de los medios de comunicación y los cambios en la economía han dado paso a la construcción de distintos significados acerca del concepto familia. Por ello es importante revisar los hechos y transformaciones que se han dado a lo largo del tiempo los cuales han dado como resultado el significado social e individual que tenemos hoy en día de la institución familiar.

#### 1.1 Antecedentes y definición de familia.

Gracias a la información e investigaciones que se han realizado a lo largo de los años podemos afirmar que desde épocas muy antiguas, los seres humanos por distintas razones siempre han necesitado vivir en grupo, principalmente para cubrir necesidades básicas, como lo es conseguir alimento, vivienda y defender sus tierras de grupos enemigos. Este fue el caso de las organizaciones en la época primitiva, la cual según Usategui y Del Valle (2009) se distinguió principalmente por tres formas de organización:

La primera fue la *horda*, la cual es la forma más simple de la sociedad, no se distinguían relaciones de paternidad, filiación, ni descendencia, existía

promiscuidad sexual entre todo el grupo, y principalmente eran conformadas entre 30 a 40 individuos. En estas primeras formas de organización social se puede identificar el matriarcado ya que las mujeres podían mantener relaciones sexuales con cualquier miembro del grupo, por lo cual no era importante o significativo identificar al padre, debido a que no tenía ninguna función específica en la crianza o control de los grupos.

El *clan* otra de las organizaciones más importantes durante la época primitiva describe a un grupo de personas que reconocen su descendencia respecto de un antepasado común y que se identifican con un tótem o animal común. En general, el parentesco difiere de las relaciones biológicas, ya que también envuelve la adopción, el matrimonio y lazos genealógicos convencionales e incluso ficticios. En este tipo de organización los clanes podían ser matriarcales, patriarcales o cognáticos es decir la pertenencia se podía obtener tanto de la madre como del padre.

La *tribu* es un grupo social constituido por un gran número de clanes, bandas, aldeas y otros grupos. Se caracterizan por poseer un territorio determinado, un dialecto definido, una cultura homogénea y peculiar. Además de una organización política unificada o, al menos, con cierto sentido de solidaridad común frente a los extraños. Actualmente, el empleo de la palabra tribu se redujo, debido a sus connotaciones negativas, ya que implica una forma de vida poco desarrollada, o no civilizada. Hoy se opta por la denominación más amplia de pueblo o etnia.

Tal vez pueden seguir surgiendo dudas del porque es importante conocer formas de organización tan antiguas si actualmente estas ya no se practican o al menos no en la mayoría del territorio de nuestro país, sin embargo es cierto que somos cultura y cada ser humano y organización que ha existido nos ha formado, somos el resultado de la mezcla de razas, dando como resultado características físicas determinadas en cada territorio , pero también somos el conjunto de sucesos y de sentimientos expresados y no expresados que han cobrado factura en nuestros cuerpos y en su funcionamiento , es por ello que el analizar y estudiar culturas

antiguas nos da gran información acerca de las múltiples preguntas que existen en la actualidad.

Así al pasar de los años, de las caídas y auges de grandes civilizaciones los grupos sociales se fueron volviendo más íntimos, determinados por ciertas reglas y compartiendo más características en común a parte de los lazos sanguíneos. Fue hasta la época de la edad media cuando la palabra "FAMILIA" entro en el castellano hacia mediados del siglo XIII, procede del latín familia y este de FAMULUS= CRIADO, por lo que el significado primordial del latín "FAMILIA" es el de (conjunto de siervos y sirvientes de una persona). Por lo cual a partir de la Edad media que comprende del siglo V al siglo XV, la organización y el significado de familia tomó otro rumbo sujetándose principalmente a las ideas provenientes de la iglesia la cual impuso una forma de actuar y pensar para las personas de aquella época.

Las familias vivían en Aldeas o poblados rurales, los hombres tenían un oficio definido y eran los encargados del sustento de la casa, mientras que las mujeres permanecían en casa realizando quehaceres, preparando alimentos y estando al pendiente del cuidado y la educación de los hijos. La ley en aquella época hacía referencia a que el individuo no tenía derecho a protección si no formaba parte de una familia. En esta época el patriarcado tomo gran ventaja respecto a la organización política y social, principalmente por la influencia de la religión católica y de sus principales exponentes como lo fue Tomas de Aquino, teólogo y filósofo una de las mayores figuras de la teología.

Tomás de Aquino afirmaba que la condición humana está íntegramente desarrollada en el varón, y es algo incompleta en la mujer. Basaba sus ideas en la leyenda bíblica según la cual la mujer fue creada de la costilla del varón, símbolo de su dependencia y menor dignidad. Para Aquino, la mujer solo estaba para asistir al varón en la reproducción y su lugar era lo individual, lo privado, lo doméstico. La mujer existía en la vida social y política a través del padre, del marido o del hijo. La mujer soltera no era ciudadana. Sus únicas posibilidades de ubicarse plenamente en la sociedad eran casarse para ser madre o ser religiosa.

Por otra parte el padre tomaba el lugar de guardián de la pureza de sus hijas como máximo protector de su descendencia. Al contraer matrimonio, las jóvenes pasaban a manos del marido, quien ahora debía ejercer el papel de protector. El enlace matrimonial se convertía en el momento en el que los padres recibían una determinada suma como compra simbólica del poder paterno sobre la novia (Valdeavellano, 1963).

Durante la época colonial a inicios del siglo XVI la estructura familiar permaneció guiada por el clero, la desobediencia e incumplimiento de las leyes religiosas tenían consecuencias terribles para la población Europea , lugar donde tuvo su apogeo la Santa Inquisición, la cual hace referencia a varias instituciones dedicadas a la supresión de la herejía mayoritariamente en el seno de la Iglesia católica, quienes castigaban la brujería, el adulterio, bigamia y cualquier acto que estuviera en contra de las leyes católicas, entre ellas todas las costumbres y reglas morales que involucraban a la familia y a la sociedad en aquella época.

Una vida adecuada y una buena familia en aquella época consistía en tener un matrimonio honorable, una esposa de alcurnia y una profesión respetable los cuales eran signos de distinción. Pero esto no excluía el mantener relaciones fuera del matrimonio, las cuales eran comunes entre los menos acomodados. A la hora de redactar su testamento muchos hombres y mujeres mencionaban a los hijos naturales procreados antes del matrimonio, a los ilegítimos, nacidos de una relación de concubinato, y a los recogidos o formalmente adoptados (Grimberg, 1982).

Ya en esta época podemos dar cuenta de la opinión social acerca de los infantes abandonados, puesto que se fundó en la ciudad de México la primera casa de niños expósitos, la del Señor Sant Joseph, por iniciativa y a cargo del arzobispado. La proporción de niños recibidos en esa institución mostró en su mayoría niños pertenecientes a las castas, seguida muy de cerca por los españoles y con mínima presencia de indígenas. En la exposición de motivos acerca de la fundación, el arzobispo Francisco Antonio de Lorenzana mencionó que se había creado principalmente para evitar el "intolerable escándalo" sobre el origen de los recién

nacidos. Es desde esta época donde se puede observar un mayor énfasis e importancia en lo que refiere al nacimiento de los hijos, el significado que tenían para la sociedad y como influían en el proceso de formación de una familia.

En la actualidad se habla de las características y organización de la familia moderna, la cual se ha ido transformando a la par de los cambios económicos, políticos y movimientos sociales a lo largo de la historia. Las transformaciones se han observado desde la superación de costumbres de origen medieval hasta la aceptación de diversas formas de enlace matrimonial, ya sea indisoluble o temporal, civil o religioso.

La familia moderna adoptó nuevos modelos culturales donde se incluían relaciones conyugales más igualitarias, y el predominio de las relaciones afectivas sobre los intereses económicos, es decir se empezó a experimentar la libertad en cuanto a creencias religiosas, libre elección de estilos de vida y las diferentes estructuras familiares que se pueden adoptar sin cometer delitos que pudieran costar la vida. Estas familias dejaron atrás la fuerte influencia del sistema religioso, pero la modernización de las grandes ciudades trajo consigo otros modelos de vida que siguen dirigiendo las acciones y pensamientos de cada miembro de la familia.

La época moderna también trajo consigo nuevas formas de organización familiar, transformadas de igual manera por múltiples variables como: la cultura, los recursos, el desarrollo industrial, etc. En nuestra cultura, por ejemplo, ha existido una importante evolución histórica. Durante siglos, lo predominante fue la familia extensa o patriarcal en la cual varias familias nucleares emparentadas entre sí compartían un mismo espacio o vivían en estrecha relación, pero a partir de la revolución industrial la familia extensa va perdiendo protagonismo adquiriéndolo esta vez la familia nuclear. En la actualidad, aunque lo más habitual es la familia nuclear, también nos podemos seguir encontrando con familias extensas, así como con otras formas de agrupamiento. Jiménez (1998) establece las siguientes formas de agrupamiento familiar:



- *Extensa o patriarcal.* Conviven en el mismo hogar más de dos generaciones. Según Novel y Sabater (1991) este tipo de estructura familiar es propio de las sociedades preindustriales, y se caracteriza porque en este sistema familiar, hombres y mujeres se casan pero continúan perteneciendo a la familia de los padres de uno de los dos cónyuges. Este sistema puede considerarse más permanente y continuo que la familia conyugal o nuclear, ya que la muerte de un miembro de la familia no implica la desaparición de los vínculos familiares. Esto solo en algunos casos ya que la situación en la que se encuentre la familia también depende de su propia historia, su unión o separación no depende exclusivamente de su sistema familiar.
- *Nuclear.* Es compuesta por el padre, la madre y los hijos; esta es la típica familia de la sociedad mexicana, ya que casi tres cuartas partes del país son de este tipo. Es la que ideológicamente predomina y a la que implícitamente se hace referencia cuando se habla de la familia.
- *Binuclear.* Sucede cuando después de un divorcio, uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores.
- *Monoparental.* Es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos. En el pasado, las familias monoparentales eran a menudo consecuencia del fallecimiento de uno de los padres; actualmente, la mayor parte de las familias monoparentales son consecuencia de un divorcio, aunque muchas están formadas por mujeres solteras con hijos
- *Homoparental:* Entendemos por familia homoparental aquella familia en la cual las funciones de crianza son realizadas por dos adultos del mismo sexo que mantienen una relación de pareja.

Estas nuevas organizaciones familiares han sido producto de las nuevas creencias y significados en nuestra sociedad, ya que aunque en la actualidad siga predominando la práctica de la religión católica, se tienen un sin número de opciones a las cuales podemos recurrir si algo no nos agrada o no corresponde con nuestro sistema de valores. Lo mismo ocurre con las escuelas, los centros de

salud, los centros comerciales etc; los cuales nos permiten ver más allá de los estilos de vida tradicionales que se solían llevarse décadas atrás.

Así mismo el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2013) menciona que en México concluyó la primera transición demográfica, caracterizada por una disminución de los índices de natalidad, mortalidad, y un aumento de la esperanza de vida, los cuales también fueron factores que detonaron nuevas formas de organización. Un mejor conocimiento de la historia de la evolución de las familias nos permite una re significación de la familia contemporánea, de sus supuestas desviaciones y crisis. Esto debido a que en la actualidad existe una lucha constante por volver al paradigma familiar antiguo, en donde aparentemente reinaba el orden, la unión, el respeto y el amor entre los integrantes, una familia adornada de todas las virtudes, sede de todas las armonías perdidas, oponiéndose a un presente donde se presentan conflictos, tensiones y crisis dentro de la familia. Tales discursos descansan siempre en una imagen implícita del buen tiempo pasado, que intenta regresarnos a una imagen idealizada de familia, que quizás nunca ha existido verdaderamente, y nos impide percibir nuevas formas de vivir y de ser en el mundo.

## 1.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Anteriormente se ha abordado el proceso histórico de la familia, la estructura y los significados que se han creado a partir del contexto social que se ha desarrollado en cada una de las épocas históricas, dando como resultado una mezcla de diversas conceptualizaciones y significaciones de los hechos y cosas que han sido importantes a través de la historia. Las distintas disciplinas se han dado a la tarea de crear una definición de familia que pueda englobar todas las características y funciones que cumplen los grupos familiares diariamente.

Por lo cual a continuación se muestran definiciones elaboradas por diversos autores que tratan de aproximarse a un significado más amplio de familia.

La definición más general y conocida sobre familia es la elaborada por la Real academia española la cual la define como un grupo de personas emparentadas

entre sí, que viven juntas. Otra definición la da Cervel (2005, citado en Bezanilla y Miranda, 2014) el cual menciona que la familia es un sistema humano, caracterizado por relaciones consanguíneas y de afectividad, que facilitan el desarrollo de las personas que lo conforman, haciendo posible la adquisición de habilidades psico-sociales.

Una descripción más detallada de familia la proporciona Walters, Citrón y Serrano (2006) el cual plantea que la familia es un sistema de normas que guía la interacción entre las personas que están vinculadas por la sangre, el matrimonio y los lazos amorosos, esta es considerada también como un sistema dinámico viviente sometido a un proceso establecido de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas. La familia es un grupo que tiene una estructura básica habitando en un espacio durante diversos ciclos vitales, que tienen como fin cumplir funciones sexuales, reproductoras, económicas, socioeducativas y afectivas.

De acuerdo con la definición anterior podemos observar como algunos autores enfatizan el involucramiento de las emociones, las cuales toman un papel importante dentro de la conformación y perduración de los grupos familiares, principalmente lo que refiere a un buen estado de salud entre los miembros de la familia, lo cual requiere un buen cuidado del cuerpo y mantener una buena relación entre los familiares y demás personas con los que se relacionan diariamente.

Las emociones tienen una historia dependiendo de la historia de la cultura y la sociedad que las abraza incluso dentro de las genealogías familiares. “La conjugación de maneras de ver, vivir y construir la sociedad y el mundo personal es lo que cambia la construcción de las emociones en el cuerpo, lo que significa que existe una relación con otros procesos, como la alimentación, los sabores, el desarrollo de un órgano más que otro, la hipertrofia de un órgano o la percepción de un cuerpo que se minimiza o se cree poderoso” (López, 2011).

Estas condicionalidades sociales han impactado a las familias en las relaciones intersubjetivas, en las formas en que los integrantes se vinculan entre sí. Esto

conlleva a que las emociones no pueden sólo concebirse dentro del cuerpo, tienen que comenzar a sentirse en esa historia social, familiar y personal que construye el cuerpo de determinada manera para hacer predominar una emoción, en relación con su cultura.

A la familia se le encomienda la tarea de dar memoria a los sujetos y situarlos en el tiempo y espacio que les corresponde vivir. La familia vehicula la memoria colectiva, y al mismo tiempo genera una memoria familiar que no es ajena a ella. La memoria familiar sitúa la historia personal del sujeto en un marco genealógico y simbólico que se comparte entre los miembros de una determinada familia para mantener su identidad. Esta memoria se hereda de los ancestros, quienes han abierto camino a las nuevas generaciones y posibilitado su existencia.

Es por ello el énfasis que siempre se da en el cuidado de las relaciones interpersonales especialmente las familiares, ya que estas se quedan grabadas en el cuerpo y las emociones de las siguientes generaciones por lo cual se vuelve difícil no repetir patrones que afectan el desarrollo y bienestar de las personas.

Se entiende como funciones de la familia a las actividades que estos realizan de forma cotidiana, las relaciones sociales que establecen en la realización de estas actividades intra y extrafamiliares y los efectos producidos por ambos. Valladares (2008) menciona las principales funciones que debería de cumplir un grupo familiar.

- *Función biológica*: Se refiere principalmente a la función de reproducción (necesidad de descendencia) en esta se procura crear las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de los miembros de la familia.
- *Función económica*: Obtención y administración de los recursos tanto monetarios, como bienes de consumo, la satisfacción de las necesidades básicas, tareas domésticas que garantizan los servicios que se brinden en el hogar para la existencia, la conservación y el bienestar de la familia.
- *Función educativa – cultural*: Influencia que ejerce la familia en sus miembros, todo el proceso de aprendizaje individual y en el propio

desarrollo familiar. Se produce el proceso de transmisión de experiencia histórico social en la vida cotidiana, la transmisión de valores ético morales que se derivan de los principios, normas y regulaciones que se observan y aprenden en la familia.

- La función educativa, vista como una supra función de las demás, incluye elementos importantes dentro de los cuales están:
- Función de crianza: Aspectos que tienen como finalidad proporcionarle un cuidado mínimo que garantice su supervivencia, un aporte afectivo y una maternidad y paternidad adecuados.
- Función de culturalización y socialización: La familia constituye el vehículo transmisor de pautas culturales a través de varias generaciones lo que permite al mismo tiempo modificaciones de éstas.

A raíz de estas funciones se puede observar el cómo la familia cumple con gran parte de la formación y desarrollo del ser humano, no obstante, las funciones que se le han adjudicado recaen principalmente en la protección y la educación de este. La educación en el medio familiar se produce de forma espontánea o planificada, libre u organizada, de manera voluntaria o involuntaria. En el hogar todo educa, desde las condiciones económicas materiales, hasta el tono de la voz, la forma de mirar, el contenido de las conversaciones, el ambiente afectivo: “La familia, según criterio generalizado, no es una escuela, pero sí es un espacio permanente de enseñanza – aprendizaje donde puede ocurrir un crecimiento de la persona” (Martín-Cala y Tamayo-Megret, 2013).

Aunque no podemos olvidar otros factores que son parte esencial en el desarrollo humano, la familia siempre ha permanecido como el molde que proporciona las herramientas y seguridad necesaria para enfrentar las vicisitudes del medio social que constantemente se perciben amenazantes para el bienestar y calidad de vida humana.

En la actualidad, la familia funciona por su propia dinámica, con nuevas concepciones, en las que ha cobrado gran relevancia la planificación familiar y el control de la fecundación, así como otras cuestiones que se deben recoger en un cuerpo legal. También ahora su concepción implica distintos aspectos, y es por tanto considerada como un núcleo natural, económico y jurídico de la sociedad.

El cumplimiento de las funciones de la familia también está relacionado con su estructura interna, o sea por la relación existente entre sus miembros, la cantidad de estos y el status económico, social, cultural y profesional de cada uno de ellos. De acuerdo con estos elementos la familia dispone de mejores o peores condiciones para el cumplimiento de las funciones básicas, su correspondencia con un determinado nivel socioeconómico y cultural y de un estilo de vida que le resulta propia y generalmente estable (Oliva y Villa, 2014).

El núcleo familiar era la unidad más común en la época preindustrial y aún sigue siendo la unidad básica de organización social en la mayor parte de las sociedades industrializadas modernas. Sin embargo, la familia moderna ha variado, con respecto a su forma más tradicional, en cuanto a funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres. Las crisis y dificultades sociales, económicas y demográficas de las últimas décadas han hecho redescubrir que la familia representa un valiosísimo potencial para el amortiguamiento de los efectos dramáticos de problemas como las enfermedades, la vivienda, las drogodependencias o la marginalidad.

Las funciones y características familiares de las que se han hablado anteriormente dependen fuertemente del lugar geográfico en el que nos encontremos, ya que la cultura es un gran determinante de lo que se considera correcto o incorrecto en un cierto lugar. Por ejemplo el cuidado de los hijos y la dependencia hacia los padres se toma de distinta manera, la maternidad en México es considerada como una de las figuras más respetadas, esto como consecuencia de una gran cantidad de sucesos históricos, entre ellos las leyes religiosas que siguen ejerciendo un gran poder en las creencias y estilo de vida de las familias mexicanas.

Otro aspecto muy importante es el que considera Minuchin (1982) el cual plantea que la familia es un sistema que se transforma a partir de la influencia de los elementos externos que la circundan, los cuales modifican su dinámica interna. Sin embargo a través de estudios e investigaciones y experiencias personales se ha comprobado que la familia es clave en el proceso de socialización primaria debido que las actitudes, la estabilidad, la seguridad, los modos de ser y el cultivo de las diferentes dimensiones se forman en los primeros años vida; aspectos y responsabilidades que no se le deben delegar a otros agentes socializadores.

Por otra parte para mostrar cuán importante es la familia es necesario mencionar la influencia que tiene en la persona desde el momento de la gestación, ya que a través de la alimentación, las emociones y deseos de la madre se va formando su propia historia, nunca se había imaginado cuan impactante podría ser el embarazo para el desarrollo físico y emocional de las personas. La forma en que es recibido un bebe, tanto por los padres, como por los hermanos, abuelos, tíos etc., va a influir de manera importante en su desarrollo; situaciones como ser hombre o mujer, primogénito o no, ser hijo único o estar entre numerosos hermanos o las expectativas de los padres en cuanto a su hijo tienen un impacto en el futuro de cada persona ya que puede obstruir o facilitar sus oportunidades y metas (Castillo, 2007).

Además el formar una familia no solo es una necesidad biológica o cultural, también tiene fines políticos, los cuales siguen teniendo gran poder en la actualidad, desde los inicios del capitalismo donde el fin era explotar los recursos naturales para la producción y modernización del país hasta el actual sistema neoliberalista el cual tiene como principal propósito la explotación del ser humano, principalmente a través del trabajo. Nuestra sociedad, entonces, exige hijos para incrementar los bienes del capital, por lo tanto, quien no los tenga (especialmente en el caso de la mujer), será objeto constante de críticas y reproches. Nuestra sociedad exige en forma terminante que cada mujer sea una máquina que produce hijos. "Máquina que no produce, no sirve" (Silva, 1971).

Cuando se forman parejas para integrar una nueva familia, estos vienen cargados de una gran cantidad de experiencias que han formado parte de la construcción de su cuerpo, de su salud, sus pensamientos y sus emociones, así que inevitablemente todas estas características también forman parte de la nueva familia que esta por formarse, habiendo posibilidades de repetir la historia , pero también con grandes oportunidades de apoyarse del ambiente exterior para construir una vida diferente a la de nuestra estructura familiar.

#### 1.4 Construcción y significados de la Maternidad

A sido un debate de largos años el tratar de conocer si algún comportamiento, situación o emoción es de origen biológico o es construido socialmente, ya que la modernidad requiere y la mayoría de las veces exige que los hechos sean comprobados y replicados por la ciencia , por lo cual automáticamente quedan descartados aquellos aspectos importantes que no pueden manipularse y someterse a observación como lo son las emociones y las experiencias personales que son inherentes a la construcción física y psicológica de las personas. Es por ello que a continuación se abordara los acontecimientos históricos más importantes que fueron determinantes en la construcción del concepto de maternidad en México, ya que la función que cumplen en el núcleo familiar es de suma importancia para el desarrollo.

Al hablar de maternidad no podemos dejar atrás el tema de feminidad, el cual se convirtió en una de las principales características de ser “una buena madre”, esto al menos en la cultura mexicana o en lugares donde la religión aun ejerce un gran poder sobre las costumbres y tradiciones de las sociedades. La ideología sobre el papel que juegan las mujeres en la sociedad se remonta desde la época prehispánica, donde se fueron determinando los significados y actividades de la mujer dentro de sus pueblos. Entre los aspectos que más nos proporcionan información acerca del estilo de vida y creencias de nuestros antepasados están los Dioses, los cuales representaban la máxima autoridad en la organización y estructura de las creencias de los pueblos mesoamericanos, por lo cual el conocer acerca de ellos nos abre un panorama mucho más amplio de su historia.



Entre las principales deidades de los pueblos mesoamericanos destacan el dios del agua Tláloc, el dios del viento Ehecatl y el de la muerte Mictlantecuhtli, todos ellos con representación masculina; sin embargo, hay que decir que este último dios, el del mundo de los muertos, era siempre acompañado por Mictecacihuatl, la diosa y señora de la muerte, cuya importancia y relevancia era compartida con otras diosas, como Chalchitlicue, diosa del agua, Tlazolteotl, la gran paridora como aparece en el Códice Borbónico y Tonacacihuatl, la diosa madre, la mujer de la subsistencia de nuestra carne o cuerpo, cuyo concepto los conquistadores y evangelizadores españoles supieron manipular y aprovechar para crear el culto católico de la Virgen María.

La importancia de la mujer en el mundo mesoamericano se manifiesta de diversas maneras, como las figurillas de piernas gruesas y senos amplios, muy recurrentes en el arte mesoamericano, que son ejemplos de la idea femenina de fertilidad y fecundidad asociadas a la tierra y la agricultura. Todas estas figuras tienen formas muy diversas, algunas muestran a las mujeres en actitud estática, otras bailando, cargando niños, dándoles de mamar, arrullándolos, cargando cántaros, jugando con perros, amasando el maíz en el metate, etcétera. Garibay (1971, citado en León, 2011) afirma que "México siempre ha sido un pueblo maternalista. México Tiene sed de amor materno".

Desde la llegada de un nuevo ser al mundo se hacían una serie de rituales específicos dependiendo del sexo del recién nacido. La partera lavaba varias veces al niño dedicándolo a los dioses, en particular al sol, si era varón; o a Chalchiuhtlicue si era niña. Las armas en el primer caso significaban que el destino del hombre era combatir por su dios y por su patria, y en el caso de las mujeres los instrumentos de labor expresaban que la vida de la mujer debía ser el trabajo y el recogimiento, y así ponían en las manos del recién nacido las armas o el "malacátl", el cual significa "caña para torcer" (náhuatl malaní, "torcer", más ácatl, "caña"). Se trata del huso o husillo para hilar, que estaba compuesto de una pequeña vara de madera provista de un volante pesado de piedra, madera, hueso etc (Ambriz, 2005).

Por otra parte la sexualidad en la mujer fue controlada y resguardada por los hombres desde la época prehispánica. El miedo a la menstruación es uno de los temas más controversiales, ya que resulta de la estructura del pensamiento que por un lado obliga a considerar como idénticos el poder de la fertilidad y el poder destructor de la vida: y, por otro, hace participar todo aquello relacionado con la sexualidad de la mujer de esta fuerza destructora. De ahí, que en la mujer y especialmente en todo aquello relacionado con su fertilidad se viera no sólo una fuerza creadora sino también una fuerza destructora que dañaba o aniquilaba la vida.

En particular, la sangre menstrual ha poseído valores ambivalentes. Si bien la aptitud para procrear de las mujeres es indicada por ella y el fluido es considerado como una sustancia que posee una influencia poderosa sobre la vida; de igual manera, a la menstruación se le ha relacionado estrechamente con la muerte debido al desperdicio que mensualmente se lleva a cabo cuando no hay concepción. Asimismo, se piensa que la mujer perturba el cosmos cada mes, pues durante su periodo ella posee una peligrosa fuerza sobrenatural que contamina y daña tanto a lo animado como a lo inanimado. Como consecuencia de esta identidad, aquello que tiene que ver con la sexualidad de la mujer, como la sangre menstrual, las secreciones vaginales o la cohabitación encierra una fuerza nociva y deber ser, por consiguiente, sujeto a controles y restricciones (Ibarra, 1994).

El destino para la mayoría de las mujeres en esta época estaba dirigido al matrimonio, eran preparadas y educadas especialmente para fungir como buenas esposas. El formar una familia era una parte esencial en los pueblos mesoamericanos de no ser así estos eran rechazados y mal vistos por la sociedad, especialmente las mujeres. En esta época, se menciona poco el divorcio y si llegaba a suceder se debía a que la mujer era estéril o a que no cumplía sus deberes en casa.

Durante mucho tiempo, incluso después de la conquista de los españoles a los pueblos mesoamericanos, la concepción de la sexualidad de la mujer no sufrió grandes cambios, por el contrario solo se volvió más exigente y dura, quitando los

pocos privilegios y reconocimientos que tenían las mujeres durante la época prehispánica.

La raíz de esta nueva concepción surgió por la interpretación del antiguo testamento realizado por la iglesia católica en donde Eva, creada a partir de una costilla de Adán, es “hueso de sus huesos” y “carne de su carne”. La serpiente que viene a tentarla en el jardín del edén fue asimilada a satán. El objeto defendido es un fruto del árbol de la vida. La mujer acude a la serpiente y desea el fruto; aparece Eva vulnerable en su función reproductora. El rasgo más resaltado es dejarse seducir por la serpiente y arrastrar al hombre a la desobediencia (Oibeirman, 2004).

Por esto ella carga con la mayor parte de las maldiciones, “Multiplicaré tus dolores en tus preñeces, con dolor parirás tus hijos y estarás bajo la potestad de tu marido y él te dominará” “El judaísmo no le otorgaba valor ni a la virginidad ni a la castidad, una mujer es virtuosa si tiene una familia numerosa, entre los hebreos de la antigüedad se practicaba la poligamia. El rey Salomón marco la diferencia entre la buena y mala madre; la buena madre no era la que quería un hijo a cualquier precio, sino aquella que desea que el hijo viva.

Por otra parte según la herencia cristiana las creencias acerca de la maternidad y la castidad cambiaron, principalmente debido al culto a la madre María que fue difundido a partir del siglo I y el siglo II, esto significó elevar la maternidad por encima de la naturaleza y abrir el acceso a la trascendencia para las mujeres más humildes. El mito y culto de la Virgen Madre permitieron que los cristianos compensaran la desaparición de las diosas con la ascensión de una sola mujer. (Knibiehler 2001, citado en Palomar, 2005). La leche materna tenía un significado simbólico, era el alimento primordial, nutriente vital para el recién nacido, producto suave del seno femenino, la leche significaba la consagración sin límites de la madre, la relación íntima que entablaba con su niño.

Dada la importancia de la leche materna surgieron las amas de crianza o nodrizas las cuales eran mujeres que amamantaban a un lactante que no era

su hijo. El empleo de amas de crianza se remonta a la prehistoria, y fue común hasta el siglo XIX para alimentar a niños cuyas madres no podían o no deseaban hacerlo.

Durante la edad media en donde la religión cristiana fungía un gran poder, la maternidad fue considerada un “asunto de mujeres”. Con la excepción de la madre de Dios, la maternidad no fue objeto de ningún tipo de valorización. Hasta el siglo XVIII la función materna no sufrió una transformación fundamental. Sin embargo en Francia, en 1556 se dictó un edicto real cuyo objetivo fue prevenir el infanticidio obligando a las mujeres a declarar sus embarazos ante las autoridades, como un modo de castigar a quienes mataban a sus bebés o de lo contrario no sería bautizado. En estas sociedades se percibía un vínculo entre la madre y el feto: existía una multitud de prescripciones que dictaban el comportamiento que debía tener la futura madre con la intención de proteger al niño.

El amor de las madres a los hijos era visto como algo evidente, bajo el supuesto de que ella siente mayor placer al amar que al ser amada. Paralelamente el papel pedagógico que se le asigna a la madre era insignificante. Así, una vez que un niño había superado el período de primera infancia, en el cual las exigencias biológicas son mayores, la atención tendía a desplazarse hacia el padre.

Según Molina (2006) el discurso en torno a la maternidad por mucho tiempo estuvo dominado por los aspectos más fisiológicos de la función: procreación, gestación, parto y amamantamiento, reafirmando para la madre la función puramente nutritiva, que la naturaleza le había asignado visiblemente.

El elemento cultural utilizado para garantizar y consolidar el adecuado comportamiento de las mujeres fue convertirlas en guardianas de la “honra familiar”. Honra, definida por el sistema ideológico vigente, cuyo más firme principio consistía en el control de la sexualidad femenina.

Acercándonos más a la época actual, en la que durante las últimas décadas el método científico y la tecnología han dado paso a una revolución de ideas acerca de lo que se consideraba tradicional, los conceptos como el de maternidad se ha

significado de distinta manera. Los avances de la medicina, la biología, psicología, pedagogía etc. empezaron a dominar y guiar las prácticas sociales y con ello, las mujeres perdieron en gran medida su rol como proveedoras de salud y cuidados en la familia, por ello los instintos, la virtud y cariño maternales parecen ya ser insuficientes.

Las mujeres, que son vistas como incompetentes para el cuidado de los niños, indulgentes, irracionales y emotivas deben ser formadas para la crianza, es aquí donde se puede empezar a ver una maternidad construida socialmente en lugar de una maternidad 100% instintiva. Los grandes cambios acerca de la identidad femenina y de su participación en la sociedad se dieron a finales del siglo XIX con el movimiento feminista el cual originalmente tuvo como propósito la reivindicación de los derechos femeninos, así como cuestionar la dominación y la violencia de los varones sobre las mujeres y la asignación de roles sociales según el género (Molina, 2006).

Dicho movimiento empezó a poner en duda el hecho de que las principales y más valiosas actividades de las mujeres dentro de la sociedad fueran la reproducción y la labor doméstica, por ello en la actualidad se vive una apertura más amplia para las mujeres en cuestión de acceso a estudios, campo laboral y cuestiones de participación política; pero aunque esta situación pareciese un cambio en la concepción que se tiene respecto a la maternidad, en realidad esto no ha cambiado en absoluto; por el contrario en ocasiones las madres han sido fuertemente criticadas ya que al tener más libertad de desarrollarse profesionalmente, las mujeres han optado por no tener hijos, o dejar a sus hijos al cuidado de alguien más por dedicar mayor tiempo al trabajo.

Sin embargo la otra cara de la moneda expone una situación diferente, ya que también se ha comprobado que las mujeres que trabajan en buenas condiciones laborales y que desarrollan una carrera profesional satisfactoria tienen una mejor salud mental es decir se sienten más satisfechas e independientes, por lo tanto en el que caso de ser madres, pueden establecer relaciones más sanas con sus hijos.

Aun así esta situación sigue siendo mal vista por la sociedad, llamada por muchos “liberación femenina” que aunque no es castigada fuertemente por una institución como lo fue la Santa Inquisición durante la edad media, sigue siendo controlada por otros medios masivos como lo es la televisión y la mayoría de los medios de comunicación que transmiten mensajes a diario sobre la persona ideal, el hombre o la mujer perfecta, lo que nos ha hecho esclavos de objetos, productos y estilos de vida que en teoría nos llevarán a un estado de “felicidad” que cada vez se torna más lejana de alcanzar.

En conclusión es evidente que estamos envueltos en una cultura de la madre idealizada, las creencias llevan implícita la identificación entre mujer y madre. La maternidad sigue siendo uno de los objetivos centrales en la vida de las mujeres y la naturaleza femenina es condición de la maternidad. Principalmente las madres mexicanas son representadas en muchas ocasiones como mujeres humildes, víctimas y sumisas que viven y actúan solo para sus hijos obteniendo un estatus social y respeto de los demás por convertirse en una “buena madre”.

### 1.3 Construcción y significados de la paternidad

Al igual que la construcción de la feminidad y la maternidad como su característica principal, la identidad de los varones también se ha ido transformando a lo largo de los años, participando de distinta manera dentro de la sociedad y en el núcleo familiar. Antes del padre existía el cabeza o jefe, fundador de una tribu o un clan. Después al pasar del tiempo vendría el hombre que puede tener hijos con una mujer, naciendo así el concepto de padre y de aquí el de familia. La historia se remonta de igual manera a partir de las costumbres representativas de las culturas más importantes de la edad antigua en todo el mundo, como lo fue Grecia y Roma, ciudades en las cuales no era suficiente la paternidad biológica, el padre debía reconocer al hijo o hija y podía hacerlo con uno que no fuera biológico. El padre era un rey, un emperador, tenía un poder ilimitado, teniendo derecho de vida y muerte sobre su familia.

En la ciudad de Roma tuvo su origen la aparición del sistema de patria potestad, el cual fue creado con el fin de establecer el poder exclusivo del padre sobre los hijos, integrándose con el poder que también ejercía sobre su esposa y sus esclavos (Padilla, 2004). Se crearon las fuentes de patria potestad, las cuales se entienden como aquellos modos naturales, o creados por la ley, que la legislación romana reconoció como susceptibles de crear este vínculo.

Estuvieron sometidos a este poder los hijos legítimos, o sea los nacidos de justas nupcias, y también el resto de los descendientes nacidos de sus hijos varones. Para determinar si un hijo había sido concebido dentro de las justas nupcias, establecieron una presunción que determinó que el plazo mínimo de un embarazo era de 180 días y el máximo de trescientos. Según los romanos, la maternidad era indiscutible, pero el padre era simplemente el que estaba casado con la madre. Por lo tanto, el matrimonio debía configurarse dentro de los períodos en cuestión, para que se pudiese adjudicar un hijo a algún hombre, de lo contrario, éste podría impugnar su paternidad. Otro supuesto consistía en probar no haber tenido relaciones sexuales con su esposa en esos períodos (por ejemplo, en casos de ausencia o enfermedad). En tales condiciones, también le era permitido al padre

obtener la patria potestad sobre sus hijos, si se presentaba al cabo del año de nacido el hijo, ante el magistrado, probando la existencia del vínculo matrimonial y del hijo nacido de dicha unión.

Dichos antecedentes culturales fueron clave a lo largo de los años en la construcción de una imagen paternal fuerte, controladora y poderosa, que se encarnó y se naturalizó en cada generación.

Así como en Europa se establecieron normas regularizadoras de la función paterna, en nuestro país la construcción de la paternidad ha sido permeada por dos grandes factores, la religión y la política.

Desde el apogeo de las grandes culturas mesoamericanas como los mayas, aztecas, olmecas etc.; el género masculino ha sido un sinónimo de poder, privilegios y control, y aunque esto ha sido parte de las causas de la subordinación femenina por mucho tiempo, también ha sido causante de desigualdad entre los varones al luchar continuamente por un estatus y reconocimiento dentro de su grupo social. En primer lugar las creencias de los pueblos estaban posicionadas en una gran cantidad de dioses los cuales en su mayoría eran personajes masculinos representando nuevamente el control que se ejercía en el estilo de vida de las tribus (Oberman, 1998). Desde pequeños se esperaba el momento que iniciase su preparación para la guerra o para el sacerdocio y puestos elevados de administración pública y jurídica según fuese su posición económica.

Para asegurar que los varones tuvieran ese destino se crearon dos escuelas muy importantes en la época prehispánica, llamadas Calmecac y Telpochcalli, la primera creada para los jóvenes nobles y la segunda para el resto de la población. Se sometía a los jóvenes a diversas pruebas para su formación ya sea para cargos políticos o para la guerra y abandonaban la escuela cuando alcanzaban la edad para contraer matrimonio, los que fracasaban, se les marcaba y rechazaba socialmente (Fagetti, 1995).

En cuanto a la participación de los hombres en los embarazos de sus esposas y crianzas de sus hijos, se procuraba que estos se mantuvieran al margen hasta que



cumplieran la edad adecuada para educar a sus hijos, y esto solo con los varones ya que las niñas eran obligación completamente de la madre.

Es de destacar el lugar otorgado al padre en las sociedades rurales. En la Europa meridional se mantuvo de diferentes formas la muy antigua costumbre de “empollar”, el marido de la parturienta se metía en la cama con ella y también sufría. En muchas regiones, el padre era capaz de ayudar a su mujer en los momentos del parto, dado que muchas mujeres daban a luz de rodillas, sobre la paja del establo, eran sostenidas por los sólidos brazos de su marido. En algunos lugares, el padre se sacaba la camisa para envolver al recién nacido como forma simbólica de cuidar su vida otorgándole su propia vestimenta, primera forma de socialización y de separar al niño de su madre al revelar el olor paterno (Oiberman, 1998).

Sobre la sexualidad solo se hablaba con fines puramente reproductivos, ya que el placer, la menstruación y los demás cambios hormonales y físicos de mujeres y hombres quedaban encubiertos. Al igual que la mujer en el varón, existe una representación meramente simbólica equiparando su miembro con el bastón plantador (la coa), siendo este el medio que posibilita la entrada de la semilla a la tierra, para que ésta sea fecundada y dé fruto (López y Pérez, 2012).

En las culturas mesoamericanas existían ciertas creencias que durante muchos años e incluso en la actualidad siguen formando parte de nuestra cultura, nuestra manera de actuar y de relacionarnos con los otros. Desde el nacimiento de cada bebé se le comenzaba a dar de beber la leche almacenada en el seno materno; se creía que cada seno estaba unido a dos puntos diferentes del cuerpo: uno al corazón y otro a los pulmones, las niñas al succionar absorben la leche obtenida del corazón, en cambio, los niños al succionar absorben la leche obtenida del pulmón (Fagetti, 1995).

Lo cual ha marcado una gran diferencia en cómo se expresan hombres y mujeres, ya que los varones suelen ocultar sus emociones y prefieren razonar antes que

sentir, ya que la presión social sigue siendo muy fuerte como para decidir fácilmente ir en contra del disfraz que se les ha impuesto.

Las tradiciones y creencias siguieron formando a hombres y mujeres, incluso en aspectos biológicos, a los cuales se les dieron diversos significados. Cuando las mujeres se dedicaban a recolectar los alimentos en su periodo menstrual, los hombres permanecían alejados de ellas sin probar ni un solo alimento que hubiera sido recolectado, ya que se consideraba un periodo peligroso que atentaba contra la vida (Arjona, 2008).

De igual manera al pasar el tiempo se reafirmó la dominación del sexo masculino, como sucedió durante la edad media con la influencia de la religión católica, ya que la teoría bíblica del Génesis, pone de manifiesto al sexo masculino como un todo y al sexo femenino como una parte tomada de él, convirtiéndose así siempre en su complemento.

En el apartado Corintios 11:3 dice: “Pero quiero que sepáis que Cristo es la cabeza de todo varón, y el varón es la cabeza de la mujer, y Dios la cabeza de Cristo”. Sabemos que Cristo no es inferior a Dios, al igual que una mujer no es inferior a su esposo. Sin embargo Dios reconoce que sin una sujeción a la autoridad, no hay orden. La responsabilidad del esposo como cabeza del hogar es amar a su esposa como ama a su propio cuerpo, en la misma manera sacrificial que Cristo amó a la iglesia.

Por otra parte en el apartado Efesios 5:24 menciona: En respuesta a este amoroso liderazgo, no es difícil para la esposa sujetarse a la autoridad de su esposo. Su responsabilidad primaria es amar a su esposo e hijos, vivir pura y sabiamente, y cuidar de su hogar. Las mujeres son por naturaleza más protectoras que los hombres, porque ellos fueron diseñados para ser los cuidadores primarios de su prole.

Durante la edad media los varones eran los encargados de los puestos más prestigiosos del clero y de la política, al igual que las únicas voces escuchadas al tomarse decisiones familiares. Los matrimonios eran arreglados entre los jefes de

familia incluso años antes de que estos se llevaran a cabo, ya que de estos dependía el honor y la estabilidad económica de las familias, es por ello que incluso después del matrimonio se seguía una serie de tradiciones para asegurar la honorabilidad del varón.

El matrimonio debía consumarse para alcanzar su legitimidad, consumación que se producía en la noche de bodas. A la mañana siguiente el esposo entregaría a su mujer un obsequio llamado “morgengabe” para agradecer que fuera virgen al matrimonio, dando fe de la pureza de la joven desposada y asegurándose que la descendencia es suya (Wade, 2002).

Las características que han marcado la identidad de los hombres se podían observar desde el embarazo de la madre ya que durante la época medieval se creía que ante la espera de un varón la mujer se sentía más ágil, presentaba mejor color en su cara y paría antes; también se estimaba que una mujer esperaba un hijo varón si su pecho derecho se encontraba más desarrollado que el izquierdo, o si nacía por el lado derecho del útero.

Después de su nacimiento en cuanto a la formación de la moral se recomendaba que las madres rodeasen a sus hijos de imágenes que los fortaleciesen espiritualmente, en el caso de los varones era recomendable que se les presentasen escenas como la de Jesús en el regazo de María (representación de amor hacia la madre), la de Jesús junto a Juan el Bautista (para estimular la amistad) o la de matanza de los inocentes, para que el niño aborrezca las armas y temple su violencia natural (Arjona,2008). De igual manera en cuanto a los conocimientos que podían adquirir como la aritmética, la geometría, la astrología etc, eran cosas de “hombres” los cuales se esperaba que estuvieran bien preparados para aspirar a grandes puestos que les dieran una estabilidad económica y gran honor y respeto entre sus amistades.

Al pasar de los años con la modernización de las ciudades y el impacto del método científico, empezaron a cambiar las costumbres y tradiciones en las sociedades, la separación de la iglesia y el estado dieron otro rumbo a las

creencias y actividades de hombres y mujeres, sin embargo la racionalidad, el control y la firmeza con la que se formó la identidad masculina siguió predominando tanto en las regiones menos desarrolladas tecnológicamente hasta en las ciudades más civilizadas, la historia dejó como herencia en el género masculino una serie de características que le impiden experimentar y demostrar sus sentimientos, lo cual lo conduce a reaccionar de manera más fría e indiferente ante situaciones que “no están hechas para hombres”.

Serrano (1999) menciona que ser hombre, es un ser que implica un deber ser, que se impone como algo sin discusión: ser hombre equivale a estar instalado de golpe en una posición que implica poderes y privilegios pero también deberes.

Para hacer valer su identidad masculina, el hombre deberá convencerse y convencer a los demás de tres cosas: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es un homosexual (Ares, 1996).

Pareciera ser que a lo largo de la historia se ha puesto todo el poder en el género masculino y todo el amor en el género femenino, poniendo una gran barrera a la oportunidad de ser cualquier otra cosa que no estuviera predestinada para ellos. En la actualidad los movimientos contra el patriarcado y el machismo han dado un giro a la participación de los hombres en el campo de trabajo y en la familia ya que como principal propósito se busca introducir a los hombres al labor doméstico y a la crianza de los hijos, tratando de que experimenten aquel lado afectivo e incondicional del que las instituciones los han privado a lo largo de la historia.

Por ello para algunos varones el matrimonio es un paso necesario para llegar a ser un hombre pleno; si bien la vida conyugal implica responsabilidades, preocupaciones y disminución de la libertad personal, los varones aceptan intercambiarlas por el amor, el reconocimiento y para sentirse hombres “de verdad”.

Los grandes cambios en la actualidad acerca de las creencias culturales del género masculino y femenino ha provocado una crisis en la identidad masculina, ya que el discurso que han escuchado y vivido desde su nacimiento no concuerda

con los nuevos estilos de vida que exige la sociedad hoy en día. Por ello no es posible seguir hablando de “masculinidad”, pero sí de “identidades masculinas”. Las nuevas formas de pensamiento moderno, son tan exigentes que las personas no pueden distinguir entre sus verdaderos deseos y las realidades impuestas por los medios de comunicación y la política.

Es evidente que cada género trae consigo ciertas características biológicas que lo hacen ser menos o más apto para ciertas actividades, sin embargo estas “limitaciones” no tendrían por qué ser permanentes ya que el ambiente en donde crece el individuo lo ayuda a desarrollarse en todos los ámbitos.

Los papeles que se nos han atribuido a lo largo del tiempo están estrechamente ligados con las situaciones a las que nos enfrentamos a diario, como la alimentación, la educación, la sexualidad, la reproducción etc. donde nuestras decisiones y formas de actuar están mediadas por nuestras creencias y costumbres, las cuales funcionan como armas para enfrentarse a las dificultades individuales, de pareja o familiares.

## CAPÍTULO II

### ESTERILIDAD

En el capítulo anterior se profundizó en el tema de la familia y la construcción de este término, lo cual a su vez reafirmó su función de insertarnos en la cultura y en las diferentes prácticas pertenecientes al lugar donde nos encontramos. En la vida cotidiana las personas cumplen con realizar ciertas prácticas que les proporcionan bienestar y comodidad, las cuales adquieren un gran valor simbólico que terminan por convertirse en rituales de la vida diaria. Una de las prácticas que se puntualizará en este capítulo es la reproducción, la cual no solo tiene como único interés la procreación de nuevos seres humanos para que la especie perdure, sino que se ha aunado a ello otros aspectos como, los vínculos afectivos, el género y el erotismo; sin embargo existe otro aspecto que tiene mayor fuerza sobre cada persona y estas son las creencias pre-establecidas por décadas, acerca de la idea de que el valor o el desarrollo pleno de una persona solo se puede alcanzar a través de la capacidad o incapacidad de tener hijos por medios naturales.

Aunque es cierto que en la actualidad existen opiniones divididas en cuanto a la concepción de desarrollo humano, como lo es la formación y el éxito profesional o el tener hijos sin necesidad de vivir en pareja, la sociedad sigue fomentando la idea de que las familias nucleares proporcionan ante la sociedad un acceso inmediato al reconocimiento y el que otros perciban que se respeta el cumplimiento de las normas sociales y religiosas.

Como principal consecuencia de esta situación, las personas que se encuentran imposibilitadas orgánicamente para concebir un hijo, se enfrentan a una angustia permanente al no encontrar cabida en una sociedad que requiere de un gran desgaste económico, corporal y psicológico. A continuación se ahondará acerca de esta condición conceptualizada como esterilidad, la cual tiene una serie de características que hace vulnerable a la persona en todos los ámbitos.

## 2.1 Definición de esterilidad

Las concepciones de esterilidad han cambiado a lo largo del tiempo a par de los cambios sociales, tiempo atrás la esterilidad era definida como la incapacidad para la concepción, entendiendo ésta como la capacidad de la mujer de quedar embarazada; es así como podemos observar a través de esta definición el que la esterilidad solo era adjudicado como un problema exclusivamente de la mujer. Las definiciones actualizadas de esterilidad tienen otro enfoque e incluso se ha diferenciado su significado con el de infertilidad con el cual se es frecuentemente confundido.

De acuerdo a Brugo-Olmedo, Chillik y Kopelman (2003) se entiende por esterilidad la incapacidad, tanto por parte del varón como de la mujer, para concebir. La esterilidad se clasifica en:

- **Primaria:** Cuando la pareja, tras un año de relaciones sin tomar medidas de protección, no ha conseguido un embarazo.
- **Secundaria:** Cuando la pareja, tras la consecución del primer hijo, no logra una nueva gestación tras 2 o más años de intentarlo.

Por otra parte, según Brugo-Olmedo, Chillik y Kopelman (2003) la infertilidad se conceptualiza como la incapacidad de completar un embarazo o incapacidad para producir un hijo vivo. La infertilidad se clasifica en:

- **Infertilidad primaria:** Cuando una pareja que consigue una gestación no llega a término con un recién nacido vivo.
- **Infertilidad secundaria:** Cuando, tras un embarazo y parto normales, no se consigue una nueva gestación a término con un recién nacido vivo.

En la literatura inglesa el término infértil se refiere a la pareja que no logra alcanzar un embarazo, ya sea por la imposibilidad de que la mujer quede embarazada mediante los medios naturales (esterilidad), cuando existen las posibilidades pero el embarazo no ocurre, o si el embarazo efectivamente se desarrolla pero no culmina con el nacimiento de un recién nacido vivo. Por el contrario, la población

fértil es definida como aquellas mujeres que quedan embarazadas después de un tiempo razonable de relaciones sexuales regulares. El concepto de tiempo razonable es discutible; la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) así como la Sociedad Europea de Reproducción y Embriología Humana (ESHRE, 1996) en su recomendación menciona un plazo mínimo de dos años para desarrollar el embarazo; si éste no ocurre después de ese tiempo, la pareja es considerada infértil.

En comparación con las especies animales, el proceso reproductivo en humanos resulta altamente ineficaz ya que solo una mínima parte de las fecundaciones concluyen en un embarazo a término. La tasa de fertilidad por ciclo es de alrededor de 20% y la de embarazos acumulados en las parejas con fertilidad probada es aproximadamente del 90% después de doce meses y del 94% luego de dos años, estos porcentajes tienen una variante dependiendo del lugar donde resida la persona . Esto está estrechamente ligado con el estilo de vida en cada estado y país, con las variantes de contaminación, estrés laboral, hábitos alimenticios, y creencias relacionadas con la sexualidad y la reproducción las cuales crean las condiciones de enfermedad o salud en cada uno de los individuos.

## 2.2 La esterilidad desde el modelo médico

Existen un sin número de factores de riesgo de esterilidad, como se mencionó anteriormente, décadas atrás solo se atribuía esta problemática a la mujer, sin embargo el estudio de los factores masculinos ha incrementado durante los últimos años. Según Aspillaga, Avendaño y Aguirre (2012) el factor masculino de esterilidad está presente en el 10 al 30% de las parejas

De acuerdo a Vite, Ortiz, Hernández, Tovar y Ayala (2005) los criterios de fertilidad en el hombre son:

- Espermatogénesis anormal (La espermatogénesis es el mecanismo encargado de la producción de espermatozoides, tiene una duración



aproximada de 62 a 75 días en la especie humana y se extiende desde la adolescencia y durante toda la vida del varón)

Una espermatogénesis anormal cumple con las siguientes características:

- Maduración incompleta del espermatozoide
- Producción inadecuada de líquido seminal
- Movilidad inadecuada del espermatozoide
- Eyaculación prematura (Falta de control sobre el reflejo eyaculatorio)

Por otra parte según Vite, Ortiz, Hernández, Tovar y Ayala (2005) los criterios de infertilidad en la mujer son:

- Trastornos de ovulación (Alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario causante de un desequilibrio en la producción y liberación de hormonas que intervienen en el desajuste de los ciclos de ovulación).
- Alteraciones tubáricas (Son responsables del 30% de las causas de esterilidad, cualquier alteración anatómica o funcional de las trompas de Falopio está asociada con esterilidad (Romero, Romero, Abortes y Medina, 2008).
- Endometriosis (La endometriosis es una enfermedad en la que el tejido que normalmente crece dentro del útero crece fuera del útero. Puede aparecer en los ovarios, las trompas de Falopio, los intestinos o la vejiga.)
- Causas desconocidas (Se considera que una pareja es infértil por causas desconocidas cuando ha pasado todas las pruebas y análisis de fertilidad y no se ha encontrado una razón aparente que impida que conciban. Esto no quiere decir que no exista una causa, sino que no se sabe cuál es.

Aunque las causas de esterilidad tanto masculina como femenina tengan las mismas probabilidades de ocurrencia, es cierto que en el caso de las mujeres existen más zonas encargadas de la reproducción que pueden ser afectadas e impedir el logro de la fecundación.

Las anomalías uterinas se pueden dividir en congénitas o adquiridas y están asociadas con la presencia de esterilidad o abortos recurrentes. Incluyen alteraciones congénitas las cuales son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencias en la captación de nutrientes, o bien consumo de sustancias nocivas.

Miomas: Un mioma es un tumor benigno y no canceroso que crece en el tejido muscular del útero o miometrio en las mujeres. Sólo un 0,5% de los miomas se convierten en tumores malignos en las mujeres.

El factor endocrino ovárico alterado es el más frecuente entre la población Mexicana con un 82.7%, seguido por el factor cervical por un 80%, el factor masculino con un 38% y el factor tuboperitoneal con un 29% pero en la mayoría de los casos el factor es multifactorial (Vite, Ortiz, Hernández, Tovar y Ayala, 2005).

Otros factores causales de esterilidad/infertilidad

Más allá de las causas orgánicas en los aparatos reproductores femenino y masculino, existen algunos otros aspectos médicos y ambientales que ponen en una condición cada vez más vulnerable a las personas. Un ejemplo de ello es el sobrepeso, ya que según la Organización Mundial de Salud, en el mundo más de mil millones de adultos tiene exceso de peso y al menos 300 millones son obesos. La obesidad aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes e infertilidad tanto en el hombre como en la mujer, debido a las alteraciones hormonales que produce esta patología.

- Los desajustes hormonales que produce la obesidad dificultan la consecución del embarazo, ya sea por medios naturales o con técnicas de reproducción asistida. En el caso de los hombres, la obesidad provoca menor cantidad de espermatozoides y que éstos tengan menor movilidad, además de ocasionar disfunción eréctil y aumentar el índice de fragmentación del ADN de los espermatozoides (Macaluso, Wright-Sharp,

Chandra, Johnson y Satterwhite, 2008). En el caso de las mujeres los altos niveles de estrógenos que ocasiona la obesidad genera un mayor riesgo de aborto, síndrome de ovarios poliquísticos y desorden de los niveles hormonales. Ahora bien una situación similar ocurre con el tabaquismo el cual disminuye rápidamente la reserva folicular y la menopausia es más temprana. La quimioterapia y radioterapia también producen disminución de la reserva folicular (Romero, Romero, Abortes y Medina, 2008).

Otro factor importante en la actualidad profundamente ligado al estilo de vida y a los nuevos ideales femeninos es la edad en que la mujer decide tener un hijo. Este se considera uno de los factores más importantes al evaluar a la pareja infertil. La declinación de la fertilidad femenina comienza a los 30 años de edad y se hace más pronunciada a los 40 años. En la edad avanzada existe la disminución de la calidad de ovocitos y reducción de la cantidad de folículos. (Brugo-Olmedo, 2003) La creciente tendencia a posponer los embarazos hasta edades avanzadas, el uso de métodos anticonceptivos, el aumento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, las dietas, los ejercicios extenuantes y la exposición a tóxicos ambientales son causas recientes de infertilidad (Vite, Ortiz, Hernández, Tovar y Ayala, 2005).

Otro problema generacional causante de daños orgánicos a largo plazo, es la radiación que producen diversos artículos electrónicos que son usados diariamente en la actualidad. La principal hipótesis a la que se ha llegado en diversas investigaciones es que las radiaciones de las conexiones inalámbricas Wi-Fi alteran el ADN de los espermatozoides, la capacidad de movimiento en los espermatozoides disminuye, por lo tanto es más difícil poder llegar a fecundar el óvulo. A pesar del campo magnético del ordenador portátil, es una situación preocupante el hábito que muchos hombres adquieren con su uso, el colocar el portátil sobre su regazo produce que se aumente la temperatura de los testículos, lo cual está demostrado que disminuye la fertilidad masculina.

### 2.3 La esterilidad como un problema social y psicológico

La infertilidad es considerada una disfunción biológica, como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) es una enfermedad crónica relacionada con la reproducción. A nivel corporal, esta deficiencia no afecta la integridad física ni provoca limitaciones a aquel que la padece; es decir no compromete las funciones de los órganos ni tampoco suele presentarse con sintomatología alguna o dolor asociado y ni siquiera compromete la vida del individuo. Sin embargo además de los aspectos fisiológicos causantes de esterilidad que se han mencionado anteriormente, durante las últimas décadas ha aumentado el número de casos en los cuales el factor que causa esterilidad es desconocido y no se encuentran factores biológicos aparentes tras un largo tiempo de pruebas y estudios fisiológicos. Por lo tanto se empezó a considerar el que factores psicológicos tuvieran un alto impacto en la fertilidad de las parejas. Fue en 1984 en Inglaterra y Australia en donde se comenzó a legislar el que los centros de atención de infertilidad contemplaran, dentro de sus programas, la prestación de apoyo psicológico por parte de profesionales entrenados y acreditados (Domínguez, 1999).

Ha sido un gran tema de debate el tener un conocimiento certero de si la infertilidad desencadena una serie de problemas psicológicos en la pareja, o es el estado psicológico de la persona los que pueden ser causantes de la infertilidad. Por supuesto son pocos los que se inclinan a creer que lo “psicológico” pueda tener un gran poder y control ante el cuerpo humano, ya que tal postura puede ser desafiante ante la medicina y los avances tecnológicos, sin embargo aunque no se de todo el crédito a esta hipótesis, en la actualidad se procura llevar un tratamiento psicológico a la par del tratamiento médico.

Normalmente a lo largo de la vida las personas se enfrentan a una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, algunos más drásticos que otros como lo pueden ser el ingreso a una escuela, conflictos intrapersonales, un trabajo, etc., aunque estos no son una regla para todas las personas ya que depende de la historia de vida de cada persona y de cómo se haga frente a cada situación con

las herramientas que han adquirido durante toda su vida. Sin embargo existen crisis de desarrollo que se han conceptualizado como universales y previsibles, los cuales pueden surgir a raíz de factores biológicos y sociales, principalmente cuando se enfrentan ante la decisión de formar una familia.

Las crisis de desarrollo habituales ante esta situación de acuerdo a Estremero y Bianchi (2003) son:

- Constitución de la pareja
- Nacimiento y crianza
- Hijos en edad escolar
- Adolescencia
- Casamiento y salida de los hijos del hogar
- Pareja en edad madura
- Ancianidad

Normalmente se esperaría que cada persona al decidir formar una familia experimentase los cambios que se han mencionado anteriormente, sin embargo cada pareja lleva este proceso de una manera distinta; algunos han roto el estereotipo esperado de familia y deciden no contraer matrimonio de forma legal y religiosa ni tener hijos. Sin embargo hay una gran cantidad de personas en las cuales la formación de una familia es concebida como un proyecto de vida , parte de uno de los deseos más grandes a lo largo de su vida o simplemente forma parte de la educación que han recibido lo cual exige un esfuerzo cada vez mayor por parte de ellos.

En los últimos años se han realizado diversos estudios para la evaluación del impacto psicológico que tiene el diagnostico de esterilidad/infertilidad en la pareja, ya que se ha descrito en primer lugar la existencia de una *crisis vital*, que genera un gran desgaste emocional para la pareja dada su ciclicidad, la cual se caracteriza por la repetición constante del sentimiento de esperanza (al inicio del ciclo) y sentimiento fracaso (cuando llega la menstruación).A su vez, la constatación del fracaso en tener un hijo no sólo ha de provocar una frustración

por el no cumplimiento del deseo y las expectativas de paternidad, sino que también supone una alteración, al menos temporal, del plan de vida que se tenía trazado (Llavona, 2008).

El descubrimiento de la infertilidad supone un cierto proceso en la vida de las personas implicadas. Arce (2011) señala siete etapas a las que usualmente se enfrentan las parejas ante un diagnóstico de infertilidad, sin embargo es importante mencionar que en cada persona existen características que varían según la etapa, su lugar de origen y sus creencias personales.

- 1.- Shock y negación : La pareja experimenta un estado de nerviosismo ,tristeza y enojo al enterarse o darse cuenta de que tiene un problema de infertilidad. Esta etapa se caracteriza por estar “como zombi” o en un túnel, muy distante de los demás. Se es invadido por el pensamiento de que lo sucedido no puede ser verdad, de que alguien puede haber cometido un error y como es algo intolerable para la mente, se presenta una fase de negación.
- 2.- Ira o enojo: El enojo es probablemente la respuesta más común a cualquier situación en donde la persona se siente tratada injustamente, humillada, desechada o fracasada. La pareja infértil se siente incomprendida y el enojo aparece como una respuesta a todas las circunstancias desagradables. Las principales expresiones en las cuales se hace presente el enojo son realizadas poniéndose continuamente en comparación con los otros. Por ejemplo: ¿Por qué yo?, ¿Todos pueden y yo no? ,¿Qué hice que otros no han hecho?. Después la ira y el enojo se dirigen del “yo” al “tú”, y se vierten hacia el cónyuge lo que puede volverse un problema al atacarse mutuamente.
- 3.- Negociación: La situación se les va de las manos y la persona generalmente tratan de hacer "lo que sea" para recuperar el control. La negociación es un arreglo que ante la desesperación, se hace con Dios o consigo mismo: se prometen cosas o se hacen mandas.

- 4.- Depresión: En este largo camino de la infertilidad, la pareja comienza a sentirse abandonada, desesperanzada, desesperada y desolada. Piensa que no existen opciones viables o positivas a su problema. Muchas personas refieren este período como el “callejón sin salida”.
- 5.- Culpa: En esta etapa la seguridad en uno mismo y en su sentido de masculinidad o femineidad se ve amenazada, la actividad normal es interrumpida, y es difícil continuar con la rutina. Las diferencias individuales en el curso de este proceso afectan la relación matrimonial, dejando a cada miembro de la pareja aún más solo en su lucha.
- 6.-Aceptación: Este es el proceso final del duelo. Una vez que la pareja se ha rendido a la desesperación de su duelo, puede comenzar a salir de él. Cuando se han derramado bastantes lágrimas, se ha sentido suficiente rabia y la pareja se ha sacudido emocionalmente durante un tiempo, cada uno puede comenzar a reorganizar y aproximarse a la aceptación y resolución de su problema. Pueden renovar el sentido positivo de ellos mismos a pesar de los problemas reproductivos, reconociendo lo que tienen para ofrecer a cada uno, y prepararse para las tareas que inesperadamente se volvieron necesarias si quieren que su familia crezca a través de otras opciones. El camino a esta aceptación, en tiempo y en intensidad, varía de una pareja a otra, es diferente entre hombres y mujeres, e incluye otros aspectos de la pareja misma. Aunque la dificultad reproductiva es identificada en un miembro de la pareja, la aceptación es necesaria en ambos.
- 7.- Las alternativas y la esperanza: Esta etapa se da cuando la pareja puede plantearse la posibilidad de ejercer la paternidad a través de la adopción, realizarse como pareja sin hijos, o realizar alguna otra actividad o deseo como un nuevo proyecto de vida.

En cuanto al terreno espiritual, Dios es el destinatario del enojo, la rabia y la frustración por no lograr un anhelo. La pareja se siente abandonada por él e ignorada en sus plegarias y suplicas, siente que Dios ya no está con ellos que no los escucha, o que fueron castigados por algo malo que hicieron. Además en esta

dimensión espiritual la pareja se enfrenta a otra presión importante: cuestionarse si la solución médica que se les propone es “aceptable” en lo moral. Muchas parejas presienten que hay algo malo en algunos tratamientos de infertilidad y no saben si aceptar o no, esta indecisión, emocionalmente poderosa pero imprecisa, se observa en muchos creyentes religiosos al enfrentarse a las nuevas tecnologías.

Debido a lo descrito anteriormente se puede comprender de mejor manera el duelo por infertilidad, ya que posee características diferenciales con respecto a otros duelos, se duela un deseo, una ilusión, y no algo que se tuvo y luego se perdió, sino es algo que nunca existió. *“La sociedad tiene tradiciones y rituales para aceptar y asimilar la muerte. Con la infertilidad es distinto. No hay un funeral, no hay resucitación, no hay tumba donde poner flores. La familia y los amigos tal vez nunca se enteran. La pareja infértil llora sola” (Barbara Eck Menning)* Es frecuente que las personas cercanas, familiares y amigos eviten el contacto debido a que les cuesta entender la disconformidad y el dolor de la pareja infértil. La pareja vive con la sensación de que nada ni nadie los puede ayudar, es por ello que durante este período es importante reforzar otros aspectos de la vida, como por los laborales y recreativos. Resulta fundamental ayudar a la pareja a trazarse nuevos objetivos, fortalecer la red social etc., ya que la vivencia de aflicción está ligada a la historia y los recursos personales.

En un estudio realizado en Holanda, Bélgica y Francia se encontró que las mujeres fértiles y no fértiles clasificaron a la infertilidad como un “acontecimiento vital potencialmente grave” después de la muerte de la madre, la muerte del padre y la infidelidad de la pareja (Palacios y Jadresic, 2014). La mayor parte de los estudios sugieren que las mujeres son las que más sufren en este aspecto a diferencia de los hombres, sin embargo se ha llegado a la conclusión de que no se trata de un sufrir mayor o menor en cada persona sino la educación y el cómo la cultura posiciona a cada género en una postura ante cada situación, sobre todo en aquellas donde se pone en juego la feminidad y la masculinidad de cada persona. Por ello son comunes los casos en el que los varones reprimen sus emociones y



su interés por la situación que atraviesan, ya que no solo está en juego el luchar por demostrarse a sí mismo su propia virilidad, sino también por mantener un prestigio social ante conocidos, familia y amigos.

La información actual acerca de los procesos emocionales ante la infertilidad son comprobados regularmente por la demanda de las parejas en conseguir ayuda psicológica. Kentenich (2002) afirma que los servicios psicológicos de orientación en infertilidad suelen recibir problemáticas con las siguientes características centrales:

- Un fuerte deseo no cumplido.
- Mucho estrés de tipo emocional debido a los frecuentes tratamientos cíclicos, que implican a su vez reiterados fracasos desencadenando desajustes emocionales y psicológicos.
- Dificultades en las diferentes esferas de la vida, (sexualidad, relación amorosa, familia) debido a los procedimientos diagnósticos y los tratamientos.
- Conflictos éticos, su valoración e impacto. Los pensamientos de desvalorización personal son algo común de ver en parejas con problemas de infertilidad, además de que es frecuente la aparición de complicaciones respecto a la sexualidad y la relación de pareja, el estado de ánimo, la concentración y la ansiedad. Más adelante se profundizará sobre estos temas, incluyendo su experiencia en tratamientos de reproducción asistida.

En la siguiente tabla se pueden observar los resultados obtenidos de un estudio realizado acerca de las implicaciones psicológicas del tratamiento y diagnóstico de infertilidad, en el cual se evaluó la persistencia de una serie de alteraciones emocionales en parejas infértiles y en un grupo control con parejas sin problemas de fertilidad (Oddens ,Tonkelaa y Nieuwenhuyse,1999).

**PREVALENCIA DE SENTIMIENTOS REPORTADOS POR PACIENTES  
INFÉRTILES Y PACIENTES DE UN GRUPO CONTROL**

	<i>Pacientes</i>	<i>Control</i>	<i>Valor p(prueba x2)</i>
Sorpresa	75,5%	23,3%	< 0,001
Shock	62,7%	6,0%	< 0,001
Pena	37,2%	4,6%	< 0,001
Vergüenza	77,0%	19,1%	< 0,001
Desear que no fuera			
Cierto	96,1%	21,4%	< 0,001
Rabia	73,3%	16,5%	< 0,001
Injusticia	87,2%	17,4%	< 0,001
Aislamiento	50,5%	4,2%	< 0,001
Culpa	37,4%	4,2%	< 0,001
Sentirse herido	84,4%	23,7%	< 0,001
Sentirse deprimido	77,9%	11,0%	< 0,001
Sentirse inadecuado	44,8%	4,9%	< 0,001

Figura 1. Se muestra la prevalencia de sentimientos experimentados por un grupo de mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida en comparación a un grupo de mujeres con al menos un hijo y sin antecedentes de algún tratamiento de reproducción (Oddens ,Tonkelaa y Nieuwenhuys,1999).

Los resultados arrojaron una significativa diferencia entre los dos grupos, ya que el porcentaje de los pacientes con infertilidad fue considerablemente mayor al grupo control, lo cual apoya en gran parte la idea fundamental de que se requiere mayor atención a la carga emocional que experimentan las parejas durante todo el proceso, lo cual termina complicando su condición o enfermando otros órganos y sistemas de su cuerpo.

Otro tema relevante que acompaña al impacto psicológico y emocional de cada persona es el área social, en la cual interviene la cultura y la constante interacción con otros, primordialmente la familia y amigos. En este ámbito se analiza principalmente la ansiedad, la presión social, el aislamiento, la incomodidad de

asistir a reuniones donde se encuentren parejas embarazadas o niños, los cuales se encuentran entre los factores que afectan la relación de la pareja infértil con su entorno. De igual manera se analizan las creencias, mitos sociales y las dificultades de la pareja para explicar a su entorno sus problemas reproductivos, manteniendo en muchas ocasiones su problema en secreto, lo que les priva de apoyo por parte de las personas más allegadas a la pareja.

Tanto para la mujer como para el hombre hay roles socialmente adjudicados. La mujer tiene permiso interno y social para llorar y mostrarse débil, pero el mandato para el hombre es contrario, además de que siempre debe tener una solución. Esto provoca que ante la situación de infertilidad, la mujer sea la portavoz del dolor de ambos, mientras que el hombre se ubica casi exclusivamente en el rol de sostenedor, aun cuando más de una vez quisiera expresar sus dolores y miedos.

Las personas infértiles en muchas ocasiones suelen mantener en secreto su problema reproductivo y el proceso de su tratamiento, lo cual los priva generalmente de apoyo social genuino por parte de su entorno, este desconocimiento provoca frecuentemente que la pareja se vea sometida a la presión social desde los tópicos de reproducción: “¿El niño para cuándo?”, “¿Cuándo voy a ser abuela?”, etc. Por el contrario, muchas veces cuando el problema es conocido por el entorno, éste se vuelve un estresor adicional, al preguntar cada mes acerca del éxito o fracaso del embarazo.

Esta constante presión y desinterés no solo se presenta en familia o amigos cercanos a la pareja sino que se extiende a la vida pública. Pérez (1995) señala que debido a la poca importancia que se le da a la esterilidad como un padecimiento crónico, el manejo de la pareja estéril no forma parte de los programas de las instituciones de salud. Además de que los costos médicos que requiere son muy elevados y no son cubiertos por los gastos médicos debido a que no causan la muerte, incapacidad y dolor.

La sociedad en general se encuentra acostumbrada a una dolencia permanente, su tierra se encuentra desvalorizada, su historia es olvidada y su gente está

desesperanzada, por lo tanto es justificable su vulnerabilidad ante la desinformación, el poder y desinterés ante las situaciones cotidianas. Por ello la cantidad de investigaciones cualitativas que tratan de preocuparse por la experiencia personal acerca de la esterilidad y de otros padecimientos han ido en aumento durante los últimos años, ya que las nuevas metodologías han intentado indagar en áreas alternativas más allá del conocimiento científico (Hernández, 2007).

Las repercusiones y a la vez causas de la esterilidad no solo están relacionadas con las prácticas y creencias que se han formado desde hace siglos, sino que los nuevos estilos de vida han marcado considerablemente el aumento de las complicaciones durante los embarazos. Anteriormente se expuso la información acerca de los padecimientos médicos que colocan a la pareja en un estado vulnerable, como lo es el tabaquismo y el alcoholismo, los cuales forman parte del grupo de hábitos diarios que la mayoría de la población consume, principalmente en las sociedades occidentales. Estos se encuentran a la venta en todos los establecimientos cercanos a los hogares y son el sustento económico de una gran cantidad de personas por ser consideradas como drogas legales y de alto consumo, además de que debido a los altos niveles de estrés que produce el sistema neoliberal actual, las personas comúnmente buscan “escapes” que justifiquen por algunas horas su inactividad o sus faltas a las reglas sociales.

De igual manera ocurre con padecimientos como la obesidad o la anorexia, los cuales también son utilizados como un escape para la población, pero a su vez son enfermedades que el sistema político sigue fomentando para sus habitantes, ya que los alimentos que contienen mayor número de nutrientes para el beneficio del cuerpo humano son puestos a la venta a precios sumamente elevados que están al alcance aproximadamente al 20% de la sociedad, mientras que los alimentos altos en grasas y carbohidratos son de fácil acceso, su costo es bajo y son ideales para el tiempo con la que la mayoría de las personas cuenta para consumirlos.

Esto nos lleva a analizar la propuesta de la teoría psicosomática, la cual profundiza en la idea de que nuestro cuerpo reacciona y se expresa ante las

amenazas al principio de la vida. Psicosomáticas, son aquellas enfermedades donde el aspecto emocional juega un papel preponderante en su génesis (López, 2011). Día a día se incorporan más enfermedades al grupo, del que no es ajeno el mismo cáncer, a medida que se comprueba la importancia estresante del factor emocional. Los procesos de culturización se concretan y materializan en el cuerpo, siendo este el depositario de necesidades y deseos que las instituciones, políticas nacionales y discursos oficiales requieren del individuo.

Así, esto es una continuación de los procesos culturales mediados por las familias, cada persona va aprendiendo las formas de curar y enfermar a su cuerpo, aunque en la actualidad es más común observar a las personas en una constante búsqueda de “curas” para sus múltiples padecimientos. Los nuevos estilos de vida que se están construyendo hacen cada vez más imperceptibles las cosas que nos llevan a construir vidas saludables, ya que los padecimientos orgánicos y la inestabilidad psicológica y social se han naturalizado, en las calles se llegan a escuchar expresiones como “¡Ya no me duele la cabeza y me siento un tanto extraño!”, ¡Es solo un resfriado, no me puedo dar el lujo de descansar solo por eso!.

Al conceptualizar la enfermedad como una construcción del ser humano en su propio cuerpo podemos comenzar a pensar más claramente en el caso específico de la infertilidad , desde el conocer cómo la pareja ha establecido una forma de relacionarse con su cuerpo que de una u otra forma impide que la concepción de un nuevo ser llegue a su fin.

#### 2.4 La esterilidad desde la teoría de los 5 elementos

La ancestral Medicina Tradicional China (MTCH) nos ofrece, a las mentes occidentales, un panorama totalmente nuevo y diferente de concebir la salud y la enfermedad, de hecho se dice que no hay enfermedades, sino enfermos. Individuos que, incluso teniendo igual sintomatología, su padecimiento puede tener distinto origen. Con nuestra educación occidental, generalmente pensamos en las enfermedades causadas por virus, bacterias y demás, es curioso como en

La MTCH estos elementos pasan a tercer término, estando la patología del paciente más ligada a factores endógenos como las mismas emociones y la actitud mental negativa las cuales producen desarmonía y bloqueos energéticos importantes que finalmente se manifestarán en lo que solemos denominar enfermedad (Ceccheti, 2008).

La MTCH se preocupa por restablecer los canales energéticos, rompiendo los bloqueos que puedan existir para que la fuerza de vida, la energía vital, fluya libre y armoniosamente por todo el cuerpo y el individuo logre mantener y/o recuperar su estado de armonía, de salud. Esto se logra considerando al individuo como un todo, como unidad armónica de todos y cada uno de sus componentes, físicos, mentales y espirituales. Siendo así, se considera que la “enfermedad” si bien se puede manifestar atacando algún órgano específico, es una condición inarmónica presente en todo el individuo y justamente como unidad habrá que tratarla para restablecer en él la armonía.

La teoría del Yin y Yang ayuda a entender en gran parte esta visión, ya que equivale al principio de polaridad en Occidente, está presente en todo el Universo y en cada cosa existente. Sin embargo, va más allá puesto que estas dos facetas representan cualidades opuestas pero no de manera antagónica, son capaces de intertransformarse e intergenerarse por lo que son mutuamente dependientes, conservan un equilibrio fluido y dinámico, en la medida que uno crece el otro decrece y viceversa. Además tiene la peculiaridad de que el Yang se gesta en el interior del Yin y a la inversa (Ceccheti, 2008).

El cuerpo humano es un todo íntegro orgánico, cuya composición puede explicarse con las dos partes opuestas yin y yang. Por ejemplo, el exterior es yang y el interior es yin; la espalda es yang y el abdomen es yin; la parte superior es yang y la inferior es yin; los cinco órganos (corazón, hígado, bazo, pulmón y riñón) son yin y las seis vísceras (vesícula biliar, estómago, intestino delgado, intestino grueso, vejiga y sanjiao) son yang. Las dos partes, yin y yang, del cuerpo humano deben mantenerse en un equilibrio relativo para que las actividades fisiológicas sean normales. Por ejemplo, a causa de cierto factor se destruye este equilibrio

relativo y aparece la predominancia o deficiencia de una de las dos partes; como consecuencia, el estado fisiológico se transforma en un estado patológico (Sussman, 1993).

El pueblo trabajador de la antigua China ha llegado a conocer, a través del tiempo, de su práctica y su labor en la vida que algunos materiales como la madera, el fuego, la tierra, el metal y el agua, son las cosas fundamentales que forman la naturaleza. A medida que se ha ido profundizando en el conocimiento acerca del mundo material, se fue formando la teoría de los cinco elementos, que describe las características de dichos elementos, las relaciones entre ellos, sus actividades y sus cambios; de ese modo se sintetiza el método teórico para el conocimiento del mundo material. Teniendo como base estos cuatro principios, vemos cómo la MTCH considera al individuo como una unidad de perfecto equilibrio entre las fuerzas donde cada célula, cada tejido, cada órgano, cada aparato y sistema están íntimamente relacionados uno con otro, por lo tanto la mínima alteración de uno de ellos provocará una reacción ya sea de manifestación inmediata o no, en todo el individuo.

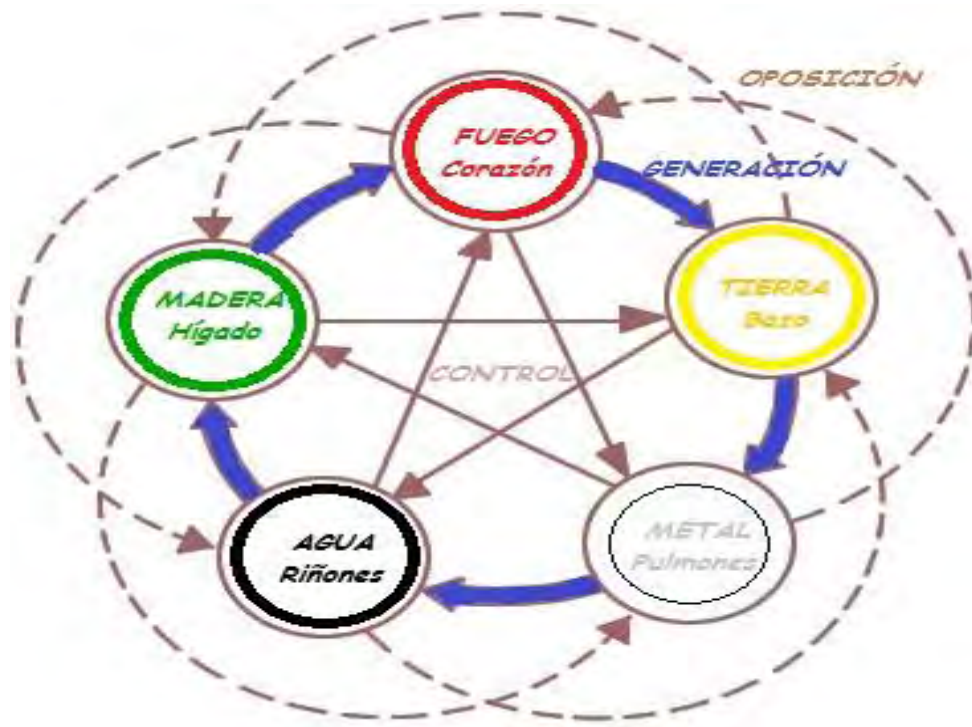


Figura 2. Relación de los 5 elementos.

A continuación de acuerdo a la teoría de los 5 elementos descrita en el trabajo de Sussman (1993), se dará una breve explicación de la composición y función de cada elemento con su órgano y emoción correspondiente.

## MADERA

La madera pertenece a la fuerza del yang y actúa como intermediario entre el elemento agua y el elemento fuego, cumpliendo la característica de bisagra por su capacidad de movimiento. El movimiento en las personas y el estado de la madera determina el estado de salud, cuando nos aborda la quietud o la hiperactividad es que estamos en desequilibrio. La madera nos recuerda claramente que todo es movimiento, que estamos en continuo cambio, pero conservamos nuestra esencia. Este elemento está representado por la imagen de un árbol que simboliza al hombre sustentado entre el cielo y la tierra.

## FUNCIONES DEL HIGADO

Almacena el yin del riñón.

- Se expresa por el movimiento.
- Almacena y conserva la sangre.
- Drena la energía y regula la circulación de la sangre.
- Va controlar los músculos, tendones y las uñas.
- Se refleja en los ojos por lo tanto regula la visión.
- Se relaciona con la vesícula biliar.

La cólera abarca toda una variedad de emociones asociadas, como la ira, resentimiento, irritabilidad y frustración. Dichas emociones alteran al hígado produciendo el estancamiento de este órgano, pudiendo provocar la subida de energía del hígado a la cabeza, trayendo consigo una variedad de sintomatologías.

La madera actúa como intermediario entre el agua y el fuego, así que al alterarse esta función se puede producir: sofocamiento, alteraciones cardiacas como



taquicardias, aumento de la presión arterial, accidentes cerebrovasculares, mareos, cefaleas, ansiedad, ira o cólera.

## FUEGO

El elemento fuego es considerado como la máxima expresión del yang, para la medicina tradicional china representa la manifestación máxima de vida. El Fuego tiene la cualidad de arder y de encenderse. Es una energía ascendente. Con el Fuego se transforma la Madera (proveniente del Agua). Dentro del proceso de Fuego se encuentra el punto de inflexión del máximo Yang para volver a acercarse al Yin. En cuanto al órgano correspondiente a dicho elemento, el corazón, que es un órgano yang alberga el espíritu y la consciencia, se le denomina “emperador de los órganos”. En la otra polaridad se encuentra el intestino delgado que tiene una fuerza yin.

Corazón: Este aloja el espíritu y funciones como lo son el pensar, el dormir, la memoria, la consciencia, las actividades fisiológicas y las emociones. Gobierna el sistema circulatorio, la sangre, la lengua, el sudor y el color de la cara. La esencia del corazón se refleja en la cara por lo que es ideal tener un color sonrosado y con brillo. Se expresa en los ojos, a través de la palabra sincera y controla el habla.

## FUNCION DEL INTESTINO DELGADO

- Absorbe la energía yang de los alimentos yin que son utilizado por el corazón.
- Defiende al corazón de los impactos emocionales. Es un mecanismo de regulación de la presión sanguínea del corazón.
- Permite rescatar los materiales que el imperio necesita antes de que se conviertan en desechos.
- En el radica el recuerdo del camino ancestral del hombre.

Cuando la alegría emoción asociada al Fuego está en exceso, la persona pierde su equilibrio. La medicina tradicional china define a la alegría como un estado de

agitación o sobreexcitación más que a la emoción que causa profundo bienestar. Al haber sobrestimulación se estaría afectando directamente al corazón.

Cuando la persona no está sana su corazón produce estancamiento sanguíneo, pelo seco sin brillo por insuficiencia de sangre y energía, insomnio, mala memoria, delirio, cara pálida indicativo de que la sangre no llega a la cara; Cara verde igualmente por estancamiento de sangre, lengua pálida por insuficiencia de sangre, lengua oscura o con puntos se debe al estancamiento de sangre del corazón, lengua roja con úlceras por exceso de fuego; Por mal funcionamiento del intestino puede presentarse heces secas, orinas abundantes o escasa, orina roja y con dolor, úlceras en la boca.

## TIERRA

En un principio de acuerdo a la tradición se le daba a la tierra una posición de centro, era una referencia para el resto de los elementos, un lugar de encuentro, un punto de poder donde se mantenía el equilibrio. El centro era considerado un lugar de conocimiento, de interrelación y de movimiento alentador.

Dice también la tradición que “el hombre es consecuencia de las influencias del cielo sobre la tierra”, por lo tanto, cuando el hombre se encuentra sintonizado con el cielo, entra en un estado de equilibrio total consigo mismo y con los otros elementos: el agua, la madera, el fuego, el metal, pero sobre todo la tierra, su morada. La tierra es el punto de apoyo de los cuatro elementos y es también su madre y como madre se encarga de alimentarlos y protegerlos, los vegetales, la madera son fruto de ella. Se dice además que la tierra acoge a los demás, pues es la morada de los demás elementos.

## FUNCIONES DEL BAZO

- El bazo es un órgano yin.
- El bazo y el estómago trabajan de manera conjunta, por lo tanto van a digerir los alimentos y luego el bazo va a transportar los nutrientes asimilados por todos los órganos y tejidos para su nutrición.

- El bazo va transformar la energía yin que el estómago toma de los alientos en energía yang.
- Interviene en la circulación y excreción del agua para mantener su metabolismo en equilibrio. Interviene en la distribución y circulación de la sangre.
- El bazo se manifiesta en la boca. Nutre la “carne” y los miembros (no los músculos)
- El desarrollo intelectual, la memoria y las actividades mentales tienen relación con el bazo.

## FUNCIONES DEL ESTÓMAGO

Digiere, transforma los alimentos y recibe el agua. El estómago lleva los alimentos hacia abajo. Alberga el agua y el fuego permitiendo las transformaciones alquímicas. Es la residencia de lo que la medicina tradicional china llama los tres fogones o fuegos alquímicos.

## OBSESIÓN

Este elemento se asocia con la obsesión, elimina a la alegría, dando cabida a una tristeza permanente. Puede causar miedo pudiendo llegar al terror y la responsabilidad se vuelve también obsesiva la cual conduce al desamor.

La tierra es la responsable de la parte física del ser, es decir el equilibrio físico del organismo dependerá de la capacidad que tiene la tierra de transformar la energía en una energía útil y distribuirla equilibradamente. Las alteraciones que se pueden producir por un mal funcionamiento de la tierra van a alcanzar a la totalidad de los órganos ya que no van a ser nutridos, produciéndose debilidad general de todo el organismo. La sintomatología que se presenta principalmente son problemas de indigestión, abombamiento abdominal, digestiones lentas, predisposición a la obesidad, inflamación en articulaciones. Al pasar ya a afectar a otro elemento se

puede sumar estreñimiento, flemas, tos, boca amarga, calambres, insomnio, mareo etc.

## METAL

Este elemento va tener como vector Yin al pulmón y como vector Yang al intestino grueso. Órgano y entraña respectivamente. Existe una activa intercomunicación entre lo celeste y lo terrestre. En lo celeste encontramos al pulmón con su mecanismo de asimilación y en lo terrestre al intestino grueso con su mecanismo de eliminación. Para la Medicina Tradicional China la respiración juega un papel muy importante ya que en ella están todas las posibilidades del ser humano de conectarse con el universo. En la respiración no solo interviene el pulmón sino que participa todo el organismo, así tenemos que la inhalación está ligada al Riñón y al Hígado, la exhalación al corazón y al pulmón, y la pausa al bazo, páncreas y estómago. Por tal motivo, cuando la patología se da en el pulmón hay que tomar en cuenta el estado de los otros elementos que participan en la respiración.

## TRISTEZA

La tristeza a la que no se le da salida y que se vuelve crónica puede crear un desequilibrio en los pulmones y debilitar el equilibrio del mismo. El miedo puede refrenar la tristeza.

## FUNCIONES DEL PULMÓN

Es considerado el maestro de la energía, controla el equilibrio de todo el organismo. El pulmón hace correr el agua y junto con el riñón y el bazo contribuye al metabolismo normal de ésta.

Genera la piel y vellos, ambos al igual que los pulmones tienen función de regularizar la respiración. Se manifiesta en el cabello, determina la voz y se comunica con el intestino grueso. El pulmón se refleja en la nariz, que es por donde entra y sale el aire, es considerada la puerta del pulmón.

## INTESTINO GRUESO

- Eliminación de los desechos de la alimentación.
- Asimilación del agua y los nutrientes.

El metal está relacionado con la respiración y esta función se relaciona con todos los demás elementos, por lo tanto la sintomatología de un desequilibrio en el metal se manifiesta en todos los elementos, estos pueden ser: trastornos en el ritmo respiratorio, orinas condensadas, edemas, congestión pelviana, aumento del tránsito intestinal, delgadez, asma bronquial, bronquitis crónica, y alteraciones del intestino grueso que pueden causar estreñimiento o colitis, etc.

## AGUA

Este elemento es considerado el depositario del yin supremo, del cual surgen todas las opciones de vida, el agua se corresponde con el origen: la matrix de la vida. El agua representa el 70% de la superficie del planeta, el ser humano en su constitución tiene también entre un 70 a 80% de agua dependiendo de la edad, el agua es el sustento de la vida, es el elemento imprescindible y no se podría sobrevivir sin ella.

## FUNCIONES DEL RIÑÓN.

Conserva la esencia vital y la distribuye a todas partes del cuerpo. Por medio de la sangre y los procesos de respiración, alimentación y digestión los órganos reciben energía, si alguno de estos órganos tiene un exceso de energía el riñón lo almacena para suplir futuros déficits que pudieran presentarse en cualquiera de los órganos. Si el riñón no tuviera energía almacenada, suministraría su propia esencia. Es por eso que el agua nunca tiende a estar en plenitud y por el contrario tiende a estar en déficit. Cuando la esencia vital del riñón es débil, la salud es débil, cuando la energía del riñón se acaba, la vida termina.

La esencia propia del riñón se relaciona con las funciones de:

- Reproducción, crecimiento y desarrollo. Si la esencia del riñón está en déficit, el desarrollo y la madurez de los órganos sexuales se verán afectados pudiendo llegar a la esterilidad, el retardo en el crecimiento del niño y de las partes que tienen que ver con el agua como son el cerebro, el sistema nervioso, huesos y la audición también estarán afectados. Pudiendo producirse hasta envejecimiento prematuro.

El miedo es una emoción humana natural, pero cuando se hace duradera convirtiéndose en algo crónico y la causa que lo desencadena no se puede remediar, es probable que surja un desequilibrio. El miedo puede dañar al riñón, la reflexión puede contenerlo. El ser humano por medio de la reflexión, posee la capacidad de transmutar el miedo a otro sentimiento que es la alerta que significa estar pendiente, preparado de lo que ocurre, si el ser humano recupera su fé y su confianza entrará en un estado de alerta permanente por lo que el miedo desaparece y la confianza se hace fuerte.

Síntomas propios de la debilidad del elemento agua: Lumbalgias, dolores articulares, agotamiento, disminución de la audición, problemas dentales, debilidad o caída del cabello, trastornos urinarios, mareos, vértigos, zumbido de oídos.

En la teoría de los 5 elementos no encontramos al útero, como un órgano directamente relacionado con un elemento en particular, puesto que este no es un órgano considerado totalmente ying o totalmente yang, se podría decir que integra a ambos, ya que conserva la fuerza y delicadeza para que se den todas las condiciones necesarias para alojar a un bebé. Se le considera como un órgano extraordinario, capaz de poseer yin y yang en igual medida, pues este requiere de un especial equilibrio para preservar la vida, por lo que el útero es capaz de acoger yin y transportar (yang), convirtiéndose así en el núcleo energético más importante donde se almacena la esencia de la sangre (Rubí,1990; citado en Sussman, 1993).

## CAPITULO III

### ALTERNATIVAS A LA ESTERILIDAD

A raíz de las problemáticas y situaciones planteadas que se desencadenan ante un diagnóstico de esterilidad/infertilidad, las personas afectadas a través de los años han creado alternativas que calmen en lo posible su angustia y la de sus familiares, ya que ningún otro plan de vida es capaz de llenar sus expectativas y su dolor, por lo tanto la opción más viable se convierte en crear opciones que se acerquen lo mayor posible a la experiencia que consideran deben vivir.

La comunidad científica es una de las grandes piezas neoliberalistas que ha sobrepasado las barreras biológicas, y en la actualidad ha propuesto una serie de tratamientos que abren nuevamente a las personas la oportunidad de concebir un hijo con los cuales se sientan identificados genéticamente, debido a que en muchos casos la adopción no es considerada como una opción al no cumplir socialmente con los requisitos de virilidad y feminidad con los que naturalmente debería formarse una familia.

#### 3.1 Que son los tratamientos de Reproducción Asistida

Entendemos por técnicas de reproducción asistida (TRA), al conjunto de métodos biomédicos, que conducen a facilitar, o substituir, a los procesos biológicos naturales que se desarrollan durante la procreación humana, como la deposición del semen en la vagina, la progresión de los espermatozoides a través de las vías genitales femeninas, la capacitación del espermatozoide una vez eyaculado, la fertilización del óvulo por el espermatozoide, etc. No es adecuado referirse a estas técnicas como métodos de reproducción artificial, ya que no suplantán mediante elementos artificiales o no biológicos al organismo masculino o femenino en la función procreativa, sino que pretenden ayudar o substituir en parte una función generativa deteriorada o inexistente.

Los TRA no se pueden considerar métodos terapéuticos en el sentido habitual ya que no curan la infertilidad, el paciente estéril que tiene una alteración testicular importante o la paciente con un problema de trompas uterinas, siguen con su problema orgánico tras la utilización de las TRA.

Las técnicas de reproducción asistida comenzaron a aplicarse en animales en 1765, Ludwiy Jascobi, las utilizo en salmones, y afínales del siglo XIX se aplicaron en un mamífero, un parra que tuvo tres crias. En cuanto a seres humanos hay quienes afirman que, en el siglo XV, se intentó sin éxito inseminar artificialmente a Juana de Portugal con semen de Enrique IV de Castilla, también conocido como “el impotente”. Otros consideran que un inglés, de apellido Hunter, fue el primero en realizar una inseminación artificial sobre una pareja estéril. Sin embargo no fue hasta el año de 1953 cuando un estadounidense, de apellido Sherman, obtuvo exitosamente embarazos con semen congelado. En 1979 nació la inglesa Luisa Brown, el primer humano fruto de una inseminación artificial in vitro; con lo que inició la era de los llamados “bebés de probeta” (Garzón, 2007).

Las aplicaciones tecnológicas de cualquier tipo tienen efectos sobre la sociedad en la que se desarrolla y pueden afectar los modos de organización social, las formas de vida y los patrones culturales y simbólicos. El impacto sobre las personas o los grupos sociales dependerá no solo del ámbito de aplicación de una tecnología específica, sino que también estará condicionado por la posición en la estructura social y en las relaciones sociales que ocupen. Al tratarse de una tecnología, aparecen de modo inmediato procesos de manipulación sobre la realidad biológica de la procreación humana. Por definición, en las TRA, ya no interviene de modo exclusivo la pareja en la generación de una nueva persona, sino que adviene la actuación de un tercero (el médico, el biólogo, la sociedad, etc.)

A continuación, de acuerdo a Santamaría (2000) se describirá de una manera más específica los tratamientos de reproducción asistida y su clasificación.



## Técnicas intracorpóreas de reproducción asistida

En primer lugar, y haciendo referencia al origen de los gametos (óvulo y espermatozoide), las TRA intracorpóreas pueden ser a su vez homólogas o heterólogas.

- Se entiende por técnica homóloga aquella en la que tanto el espermatozoide como el óvulo proceden de la pareja que se somete a la técnica correspondiente.
- Se entiende por técnica heteróloga aquella en la que ya sea uno de los gametos (óvulo o espermatozoide) o ambos, proceden de donantes ajenos a la pareja, por ejemplo, en el caso de la inseminación artificial efectuada con espermatozoides procedentes de un banco de semen.

En segundo lugar, haciendo referencia a la metodología seguida, podemos clasificar las TRA intracorpóreas según el esquema siguiente:

- IA: Inseminación artificial.
- IIUD: Inseminación intrauterina directa.
- IIP: Inseminación intraperitoneal.
- TIPEO: Transferencia intraperitoneal de espermatozoides y ovocitos.
- GIFT: Transferencia intratubárica de gametos

**Inseminación artificial:** La IA consiste en la introducción de los espermatozoides mediante un catéter en la vagina de la mujer. A continuación, la llegada de los espermatozoides hasta el óvulo y la fecundación se efectúan de modo idéntico a lo que sucede en el proceso fisiológico normal. Los espermatozoides, que se pueden obtener mediante diversos métodos (recogida del semen de la vagina tras un coito normal, utilización de un preservativo de material no espermicida; masturbación; aspiración mediante un catéter de espermatozoides en las vías espermáticas).

Las demás técnicas de Reproducción Asistida intracorpóreas, consisten en modificaciones de la inseminación artificial, en las que se emplean métodos más agresivos para posibilitar la fecundación.

En la IIUD, por ejemplo, los espermatozoides se depositan directamente en el útero, evitando su tránsito por la vagina.

En la IIP, los gametos masculinos se introducen mediante una sonda guiada por ecografía en el interior de la cavidad peritoneal de la mujer haciéndolos llegar a la región de la trompa uterina más próxima al ovario que es donde habitualmente tiene lugar la fecundación fisiológica. Todos estos métodos requieren la normalidad anatómica y funcional del aparato reproductor femenino y por tanto estarán indicados en situaciones de infertilidad masculina.

Dentro del grupo de TRA intracorpóreas, la GIFT (transferencia intratubárica de gametos), es quizás la que más interés puede suscitar desde un punto de vista bioético; se le ha presentado como una alternativa a la Fertilización in-Vitro y su metodología la cual se explicará más adelante. El procedimiento de este tratamiento puede resumirse del modo siguiente: 1- Inducción de la ovulación por hiperestimulación ovárica y recogida de los ovocitos por vía transvaginal. En esencia esto consiste en la obtención de un número abundante de óvulos en condiciones fisiológicas normales. 2- Obtención de los espermatozoides y capacitación de los mismos en un medio apropiado, la metodología de recogida de los espermatozoides es similar a la indicada en la IA.

3- Transferencia por vía vaginal del óvulo y los espermatozoides, separados por una burbuja para evitar una posible fecundación dentro del propio catéter. En la zona ampular (zona dilatada de la trompa y lugar donde se produce la fecundación) se liberan para que se produzca la fecundación de modo espontáneo en su lugar fisiológico.

#### Técnicas extracorpóreas de reproducción asistida

Se entiende por Tratamientos de Reproducción Asistida extracorpóreas a todas aquellas modalidades de reproducción asistida en las que la fecundación se produce en el exterior del tracto reproductor femenino, es decir, todas aquellas en las que se efectúa la fertilización In-Vitro, esto implica que en todas ellas se da la

posibilidad de una manipulación del comienzo de la existencia de una nueva persona humana o de sus primeras etapas de desarrollo.

Además, y dado que en estos métodos el embrión obtenido In-Vitro debe de ser posteriormente transferido al útero materno, existe la posibilidad de que esta transferencia no se lleve a cabo en el útero de la madre biológica sino en el de otra mujer (maternidad subrogada), lo cual también presenta profundas implicaciones éticas. Desde el punto de vista metodológico según Santamaría (2000), las TRA extracorpóreas se pueden clasificar del modo siguiente.

1-Técnicas sin micromanipulación de gametos:

- FIVET: Fecundación In-Vitro con transferencia de embriones.

2-Técnicas con micromanipulación de gametos:

- SUZI: Inserción subzonal de espermatozoides
- ICSI: Inyección intracitoplásmica de espermatozoides

En cuanto al procedimiento de Fertilización In-vitro este sigue los primeros pasos de la transferencia intratubárica de gametos mencionada anteriormente, sin embargo se aumentan algunos pasos que son llevados a cabo de manera externa en el laboratorio. A continuación se detalla la continuación del procedimiento

- 1.-Cultivo de ovocitos y espermatozoides (fecundación In-Vitro).
- 2- Verificación, bajo el microscopio, de la fecundación y segmentación del cigoto.
- 3- Selección de los embriones más "aptos". Esta selección implica la aplicación de criterios morfológicos para escoger los embriones y supone una decisión externa a la pareja sobre cual embrión es mejor, las implicaciones bioéticas son evidentes.
- 4- Transferencia intrauterina de los 3 embriones más adecuados.
- 5- Congelación de los embriones sobrantes por si es necesaria su posterior utilización en el caso de que el procedimiento no tenga éxito.

La microinyección intracitoplasmica de espermatozoides es un procedimiento relativamente nuevo que permite que las parejas con casos graves de infertilidad masculina puedan ser candidatas a la fecundación in vitro sin necesidad de usar el semen de un donante. (Sociedad Española de Fertilidad, 2010). En ambas modalidades se precisa la manipulación de los gametos mediante pipetas y agujas de punta extremadamente fina (capilares), que se manejan mediante instrumentos (micromanipuladores). La microinyección considerada uno de los procedimientos con alta tecnología utilizada entre los tratamientos de reproducción asistida, fue desarrollada en Bélgica en 1992 y consiste en la inyección de un solo espermatozoide directamente en el citoplasma de un óvulo maduro mediante una aguja microscópica. Dicho espermatozoide es escogido por un experto con base a la observación o mediante el uso de un dispositivo de selección de espermatozoides. Recientemente, algunos autores como Aytoz et al. (1998) concluyen que las tasas de embarazos múltiples, partos pre-término, bajo peso al nacimiento y alta mortalidad perinatal inmediata son más altas en estas técnicas cuando se comparan con la concepción natural.

#### Selección de sexo

La mayor parte de las muestras de semen tienen alrededor de 50 por ciento de espermatozoides portadores del cromosoma Y y 50 por ciento de espermatozoides portadores del cromosoma X. Por lo tanto, cada pareja tiene las mismas probabilidades de tener un niño o una niña. Sin embargo en la actualidad existen diversos métodos que pueden ayudar a incrementar las probabilidades de tener un bebé del género deseado. La selección de sexo se emplea por decisión de pareja, razones médicas o como una forma de balanceo familiar. Se utiliza principalmente con el objetivo de balancear las familias en las que todos los hijos son del mismo sexo.

El procedimiento médico utilizado para la selección de sexo es una continuación del éxito de alguna de las técnicas mencionadas anteriormente. Una vez obtenidos los embriones mediante tratamientos de fertilidad tales como la fecundación in vitro (FIV) y la inseminación artificial (IA) se procede a realizar una de las técnicas

para proceder a la selección de sexo. En la actualidad existen gran número de técnicas, desde utilizar un colorante especial para reconocer y separar los espermatozoides portadores del cromosoma X de los portadores de cromosoma Y, hasta programar las relaciones sexuales en días específicos del ciclo que probabilizan que los espermatozoides sean portadores del cromosoma Y o el cromosoma X. Dependiendo de la técnica seleccionada las tasas de éxito se encuentran desde el 60 hasta el 100% de fiabilidad.

Además de las intervenciones médicas descritas anteriormente, en la mayoría de las clínicas de fertilidad actualmente a lo largo de su tratamiento incluyen atención en temas como nutrición, emociones y corporalidad, los cuales, las clínicas describen como programas integrales para brindar un proceso con el menor desgaste físico, económico y emocional. En algunas clínicas del país se complementa un seguimiento nutricional adecuado tratando de combatir el sobrepeso y las complicaciones e incomodidades que se puedan presentar durante el embarazo, acompañado de técnicas de medicina tradicional como la acupuntura que reduce los niveles de estrés y ansiedad durante el proceso.

También se brindan sesiones de psicorporalidad las cuales están basadas en la integración de mente y cuerpo, lo que tiene como objetivo que haya un acercamiento entre la pareja, quienes normalmente abandonan su relación antes y durante el tratamiento por concentrar sus intereses, expectativas y deseos en conseguir un embarazo. A lo largo del proceso en ocasiones se comienza a percibir en la pareja un sentimiento de rencor, ya que uno de ellos no experimenta las emociones al mismo nivel que el otro, lo que muchas veces limita los avances o el compromiso en cualquier tratamiento.

Una buena práctica en los servicios públicos de reproducción asistida y en las clínicas de infertilidad implica algo más que buenos tratamientos médicos. Las clínicas han de incorporar a sus estrategias rutinarias de intervención los aspectos psicológicos y psicosociales que afrontan las parejas que usan sus servicios (Ávila y Moreno-Rosset, 2008).

### 3.1.2 Efectos psicológicos de los tratamientos de reproducción asistida

La medicina reproductiva además de tratar todo lo relacionado con el ciclo reproductivo de las personas desde la pubertad hasta la vejez, centra la atención principalmente en las circunstancias fisiológicas que dificultan la reproducción humana como la infertilidad y la esterilidad. Por lo tanto al ser la persona un ser biopsicosocial, se tiene que tratar a este desde diferentes perspectivas que en conjunto cubran toda su complejidad. Es por ello que la salud mental se ha colocado como uno de los aspectos más importantes a tratar durante los largos y pesados procesos médicos, que no solo desgastan al cuerpo sino el optimismo, la unión y el amor por si mismos en cada persona.

La psicología de la reproducción orienta la atención psicológica hacia aquellas personas que se someten a tratamientos de fertilización asistida siendo la infertilidad un tema central de esta disciplina, debido a que los notables avances técnicos y médicos han generado en la población general elevadas e irreales expectativas sobre la eficacia de los tratamientos de reproducción asistida. En el desarrollo de la Psicología de la Reproducción, las alteraciones emocionales de las parejas infértiles no sólo han sido entendidas como una consecuencia de la enfermedad sino también como su causa, especialmente en la denominada infertilidad idiopática (aquella que se produce sin que se detecten problemas funcionales en el aparato reproductor femenino o masculino. La relación entre estrés y capacidad reproductiva ya fue puesta de manifiesto por el autor Selye (1950, citado en Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro, y Ávila, 2008) quien observó la aparición de atrofia ovárica en ratas que habían sido expuestas a una variedad de estímulos estresantes. Un ejemplo lo constituirían las parejas, que tras ser sometidas a los tratamientos de reproducción asistida sin éxito, cuando están inmersas en el proceso de adopción o ya tienen un hijo adoptivo, consiguen de manera espontánea el embarazo y el hijo biológico.

La mayoría de las parejas infértiles (entre el 25 y el 65%) consideran la infertilidad y su tratamiento como una de las experiencias más estresantes y dolorosas de su vida. Se estima que entre el 59.60 y el 67% de las mujeres remitidas a servicios de

infertilidad presentan también problemas de ansiedad y alguna comorbilidad psiquiátrica. Autores informan que las mujeres con infertilidad padecen niveles de depresión y ansiedad equivalentes a otros problemas como sida, cáncer o alteraciones cardiovasculares. De hecho, las situaciones crónicas y mantenidas de estrés afectan al sistema endocrino, la glándula pituitaria segrega prolactina y ésta inhibe la actividad reproductora, disminuye la cantidad de estrógenos y se produce una menor probabilidad de ovulación, la progesterona interrumpe también la maduración de las paredes uterinas dificultando incluso el probable implante del embrión (Robles y Peralta, 2006).

Un ejemplo de tratamiento terapéutico destacable destinado a la orientación de personas con infertilidad es planteado por Dolz y García (2002), los cuales realizaron un Programa de Apoyo Psicológico, dirigido a parejas infértiles que consta de 8 sesiones y se centra en aspectos como: dar información específica, técnicas de relajación, autocontrol y entrenamiento en habilidades personales. Los datos que han publicado informan una tasa de embarazos del 54% frente a un 28% del grupo control, también hallaron diferencias significativas en cuanto a la tasa de abandono de los tratamientos. (5.70% frente al 37.50% del grupo control).

Los resultados obtenidos en cada tratamiento difieren de acuerdo a las necesidades de cada persona y al compromiso que se adquiera durante el proceso terapéutico. La opción de tratamiento mencionada anteriormente solo es una de muchas alternativas de intervención ante la infertilidad y la vivencia de algún tratamiento de reproducción asistida. A lo largo de los años se han complementado y creado nuevos tratamientos que sean integrales y no abandonen ningún aspecto esencial de la construcción psicológica del ser humano. Uno de estos aspectos es el cuerpo, el cual frecuentemente es un recordatorio constante para la pareja de que “han fallado”, tienen que vivir siempre con ese cuerpo, y cada mes vuelven a recordar la pérdida y la propia incapacidad, por lo que en las sesiones de terapia se vuelve importante explorar todos estos sentimientos de pérdida y facilitar su expresión emocional.

Cuando una pareja se enfrenta con la realidad de un diagnóstico de infertilidad o esterilidad pueden suceder un sin número de situaciones en la persona o en la pareja de acuerdo a su historia de vida, sin embargo en el mejor de los casos y tratándose de parejas sólidas y maduras emocionalmente, la pareja se dispone a buscar alternativas de solución y no permiten que la situación socave las bases de su relación. Otra posibilidad, y desafortunadamente la más frecuente, se presenta cuando en la pareja surgen una serie de emociones relacionadas a no poder visualizar otras alternativas para la procreación, muchas de estas parejas terminan en una definitiva separación, con los insospechables estragos que a nivel emocional cargan cada uno de los miembros de la misma como la recriminación, culpabilidad, frustración, impotencia, angustia, temor, desilusión, depresión, entre otros.

Se ha hablado en gran medida sobre los sentimientos y los comportamientos que se observan usualmente en las personas al vivir la infertilidad, y en algunas ocasiones se tiene la creencia de que en el momento en que la pareja se somete a algún procedimiento de reproducción asistida el estrés y la ansiedad desaparecen, lo cual termina siendo una idea errónea con la que llegan un gran número de personas y parejas a una clínica de reproducción, en algunos casos sus expectativas se ven desplazadas debido a frecuentes fracasos en la fecundación, información que es omitida al iniciar el tratamiento y otros aspectos importantes que se mencionarán a continuación.

Los abortos representan uno de los acontecimientos más traumáticos en relación con los tratamientos de reproducción asistida y con la vivencia de maternidad y paternidad. Los abortos espontáneos, suelen producirse en un 20% a 25% de las parejas en reproducción asistida (Wilcox, Baird y Weinberg, 1999), cifra que se incrementa en edades superiores a los 35 años o cuando se han producido otros abortos previos (Pezeshka, Feldman, Stein, Lobel y Grazi, 2000). Las poliabortadoras (aquellas que experimentan dos o más abortos repetidos) constituyen una población con características físicas y psicológicas propias y diferenciales, es innegable que la vivencia y la experiencia de sucesivos



embarazos que no llegan a fin y que pueden malograrse tanto en los primeros meses del embarazo como incluso a los 6 o 7 meses, genera mayor impacto emocional que la no consecución del mismo.

Otro aspecto importante que contribuye a la experiencia de cada persona durante los tratamientos de reproducción asistida, es la influencia que los fármacos pueden tener en la aparición de sintomatología depresiva. Es lo que ocurre, por ejemplo, con las hormonas liberadoras de gonadotropina (utilizadas para disminuir las lesiones del endometrio y la aparición del dolor asociado a la endometriosis) cuya utilización puede generar cuadros depresivos en porcentajes que oscilan entre el 23% y el 54% en las personas. Incluso esta estimulación ovárica también puede tener repercusiones en el embarazo ya que un grupo de investigadores del Centro de Fertilidad, Ginecología, y Genética de Londres ha llegado a la conclusión de que la estimulación ovárica altera el proceso de la duplicación de cromosomas (meiosis), esencial en la formación del embrión lo cual puede aumentar el riesgo de alteraciones cromosómicas en el feto como el síndrome de Down, el fracaso del tratamiento de reproducción asistida o un aborto.

Temas como el aborto y los efectos secundarios producidos por los fármacos durante los tratamientos de reproducción, no son algo a lo que socialmente y científicamente se le preste demasiada atención, debido a que no son buenos pronósticos para vender en el mercado, los interesados comenzarían a considerar más de una vez si es del todo benéfico o no someterse a un tratamiento de reproducción asistida, por ello esto son aspectos que no convienen al mercado reproductivo, el cual llega a cobrar de 12,000 a 17,000 pesos por un ciclo de fertilización In-vitro.

Otro elemento olvidado y abandonado por la ciencia y en general por la sociedad es la sexualidad ya que esta no es solamente el estado de capacidad física de realizar un acto sexual o concebir un niño, sino un componente integral de la vida humana con un contenido multidimensional. Sin embargo, debido al significado en el que englobamos a la sexualidad, como proveedora de descendencia o en algunos casos como un acto de promiscuidad, no se alcanza a ver su sentido

como un acto natural, placentero y saludable para el cuerpo humano que tiene la capacidad de unir o separar a una pareja. Como ya se ha mencionado son ampliamente conocidos los sentimientos por los cuales atraviesa la pareja infértil, desde las sospechas de infertilidad hasta el logro del embarazo en algunos casos, sin embargo, se conoce poco sobre la sexualidad en personas infértiles, tema que queda olvidado debido a que se relaciona en gran medida la fertilidad con la vivencia de una sexualidad plena. Existen pocas referencias en la literatura acerca del impacto de la infertilidad y tratamientos de reproducción sobre la autoestima sexual e imagen del cuerpo, desconociendo así la importante relación que tiene la sexualidad en el aspecto psicológico y social de la persona.

De acuerdo a Benazon (1992, citado en Lequerica, 2013) la satisfacción sexual de las mujeres estériles varía a lo largo de las diferentes etapas del diagnóstico y tratamiento, numerosos estudios han puesto de manifiesto que las mujeres con tratamientos fallidos tienen una menor satisfacción en su vida sexual comparadas con aquellas que finalmente concibieron o adoptaron. También en diferentes estudios se ha observado menor satisfacción sexual en las mujeres que en sus parejas cuando la causa de infertilidad es masculina, femenina o mixta, lo que sugiere que las causas de la infertilidad tienen un importante efecto sobre las diferencias en la satisfacción sexual entre mujeres y hombres. Keskin (2011, citado en Lequerica, 2013) menciona que tanto la función masculina como la femenina se ven afectadas, el 65 y el 76% de mujeres con infertilidad primaria y secundaria, presentan disfunciones sexuales relacionadas con el deseo sexual y el orgasmo, y en el caso del varón estéril, los estudios sobre disfunción masculina han mostrado una prevalencia elevada de eyaculación precoz y disfunción eréctil.

En contraparte también se han encontrado investigaciones que exponen otro punto de vista, las cuales afirman que compartir el estrés asociado a la infertilidad puede mejorar la relación de pareja (Repokari et al., 2007). Greil (1998 citado en Lequerica, 2013) hace una aportación relevante respecto a este tema pues señala que la experiencia de la infertilidad lleva a las parejas a hablar sobre aspectos existenciales de la vida y sobre los factores emocionales de la infertilidad, por lo

tanto más allá del vivir la experiencia de un tratamiento de reproducción asistida, es el resultado de éxito o fracaso el que tiene un mayor impacto en la relación de pareja e individualmente.

### 3.2 LA ADOPCIÓN

Durante siglos se ha mantenido la creencia de que el vínculo genético entre las personas que integran una familia es esencial para llevar una buena convivencia, comunicación y construir lazos fraternales más estrechos, además de que el tener descendencia siempre se mantuvo como una de las principales metas a cumplir por la mayoría de las parejas, en épocas pasadas se esperaba resguardar el apellido y el poder económico a los hijos quienes tenían un destino heredado por sus padres. Sin embargo en la actualidad, se mantiene aún el deseo de tener hijos aunque no sea por medios naturales, lo cual abre la posibilidad de contemplar la adopción como parte del proyecto de vida de cada persona según sus intereses y estilo de vida, debido a que un porcentaje de la población también ha tomado la decisión de no tener hijos, sin esto intervenir de manera grave en su vida si así lo eligen.

A través del tiempo han surgido un sin número de alternativas para las necesidades humanas, sobre todo si está en juego la perduración de la especie humana. La ciencia ha traspasado los límites de la naturaleza para proveer al ser humano de alternativas que calmen sus angustias, un ejemplo claro de ello son las técnicas de reproducción asistida, las cuales pareciesen demostrar que no hay ningún límite para el control del ser humano. Sin embargo aún existen casos en los que por causas biológicas, psicológicas o económicas algunas personas no logran conseguir un embarazo, por lo tanto recurren a otras opciones como lo es la adopción, la cual se vuelve su último recurso y esperanza.

Antiguamente se han elaborado diferentes conceptos acerca de adopción, por ejemplo de acuerdo a Castán (2015) encontramos que la adopción en los pueblos antiguos constituía un recurso ofrecido por la religión y las leyes a aquellas

personas que no tenían un heredero natural que pudiera perpetuar su descendencia y asegurar la continuidad del culto doméstico, así como la transmisión de los bienes.

En México años después de su independencia durante el gobierno de Ignacio Comonfort, en Enero de 1857, se expidió la Ley Orgánica del Registro del Estado Civil, esta norma ordenó el establecimiento en toda la República, de oficinas del registro civil y la obligación para todos los habitantes de inscribirse en ellas; reconoce como acto del estado civil el nacimiento, matrimonio, adopción, el sacerdocio y la profesión de algún voto religioso temporal o perpetuo y la muerte.

Sin embargo fue hasta 1917, año en que se crea la ley de relaciones Familiares, en la que se incorpora la adopción, definiendo en su artículo 220: “adopción es el acto legal para el cual una persona mayor de edad, acepta a un menor como hijo, adquiriendo respecto de él todo los derechos que un padre tiene y construyendo todas las responsabilidades que el mismo reporta, respecto de la persona de un hijo natural”

Ibarrola (1996) señala que la adopción en la antigüedad dió origen a la institución del testamento, lo cual nos deja ver nuevamente la preocupación y el impacto económico que tiene en las familias como un indicador de bienestar y estabilidad social. El derecho es un fenómeno social, por lo tanto es dinámico y la adopción como institución jurídica no es la excepción, ha variado tanto en sus objetivos, tal cual lo menciona Zavala (2006) la transformación histórica de la adopción ha sido estructural, de procurar el beneficio para el adoptante, a propender siempre en beneficio del adoptado. A continuación se profundizará respecto a este tema.

### 3.2.1 Definición de adopción

De acuerdo a su definición etimológica, el verbo adoptar viene del latín adoptare con el mismo significado. Este verbo se compone de ad (idea de aproximación o asociación) y el verbo optare (elegir, escoger, desear), de modo que adoptare expresa la idea de elegir o desear a alguien o algo para asociarlo o vincularlo así mismo.

El concepto de adopción actualmente se describe de distintas maneras de acuerdo a la subjetividad de cada autor, sin embargo, el aspecto legal permanece enfatizado en cada una de las definiciones. De acuerdo a Pérez (1989) la adopción es el estado jurídico mediante el cual se confiere al adoptado la situación de hijo del o de los adoptantes, y a éstos se les confieren los deberes y derechos inherentes a la relación paterno-filial. La adopción es el vínculo filial creado por el derecho.

En contraparte existen algunas otras descripciones que consideran el aspecto emocional como parte importante del proceso de adopción, tal cual sucede comúnmente con las familias con vínculo genético.

La paternidad adoptiva, al igual que la biológica, se basa en la vinculación emocional y afectiva de los padres hacia el menor y, a su vez, de éste hacia sus padres. Este proceso, tanto afectivo como judicial, hace que se creen vínculos sólidos para configurar una familia. En la adopción se cría a un menor que da continuidad a la familia y así se adquiere el sentido de pertenencia a esta familia (Soussan, 2006).

Pina (1973) plantea que la adopción ha sido considerada desde la más remota antigüedad como una imitación de la naturaleza, ya que se pretendía que el padre adoptivo obtuviera preferencia sobre el padre natural, de manera tal que el adoptado debía perder toda vinculación con la familia natural para entrar a formar parte en igualdad de condiciones en la familia adoptiva. Sin embargo, al pasar de los años se ha observado que esta situación no la genera ni la limita el proceso jurídico, sino aquel vínculo que construye el adoptado con la familia.

En la actualidad existe el reconocimiento y regulación de cuatro tipos de adopción, las cuales son: la simple, la plena, la internacional y la realizada por extranjeros.

Sin embargo, en México hasta antes de las reformas de 2013, el Código Civil Federal contemplaba dos tipos de adopción:

- La adopción simple: De acuerdo con Baqueiro y Buenrostro (2009) la adopción simple se define como el parentesco civil que da origen a otro parentesco, distinto del consanguíneo y del de afinidad. La adopción simple es un acto voluntario bilateral, que requiere el consentimiento del adoptado y el adoptante, y nos dice que si el adoptado es menor lo representa alguna otra persona. La adopción desde este punto de vista se asemeja al matrimonio, porque en este las partes se adhieren por un acuerdo de voluntades a una institución donde cuyos lineamiento ya están fijados de ante mano.
- La adopción plena: Si bien también es de naturaleza civil, con la diferencia de que por sus efectos legales se equipara al parentesco consanguíneo, adquiriendo el adoptado tanto los derechos como las obligaciones de un hijo nacido dentro del matrimonio. La adopción plena admite la ficción de establecer una filiación, semejante a la biológica, de esta forma el menor adquiere los derechos y obligaciones de un hijo no solo frente sus padres adoptivos, sino también frente a toda la familia de estos, paralelamente se extinguen los derechos y obligaciones que el menor tenía con su familia biológica.

Una tercera forma de adopción es la contemplada en el artículo 410, la adopción internacional, la cual es promovida por ciudadanos de otro país, con residencia habitual fuera del territorio nacional; y tiene como objeto incorporar en una familia, a un menor que no puede encontrar una familia en su propio país de origen.

El último tipo de adopción que se contempla en el Código Civil Federal es: La adopción por extranjeros, que es la promovida por ciudadanos de otro país, con residencia permanente en el territorio nacional. Asimismo, se señala que en igualdad de circunstancias se dará preferencia en la adopción a mexicanos sobre extranjeros.

Desde una perspectiva social, el proceso de adopción, y la adopción hecha realidad conllevan una serie de opiniones divididas respecto a las ventajas y desventajas de esta. Entre aquellas preocupaciones actuales sobre la adopción se

encuentra que esta carece de sentido social y jurídico en la sociedad moderna. Para los niños desamparados existe la beneficencia sin necesidad de crear una mera ilusión de paternidad, y por último no está en nuestras costumbres. Lo cual es una realidad en esta época, ya que se encuentra preferible evitar responsabilidades que requieran un involucramiento completo de la persona tanto económica como emocionalmente. Es realmente difícil que una persona se exponga ante otra, ya que al construir un vínculo con el otro, se suele mostrar cierta vulnerabilidad que nos distingue como seres humanos pero que como sociedad nos tiene amenazados, y como resultado se termina eligiendo aquello que compromete solo por ratos, lo cual hace que la adopción no sea una opción para muchos.

Por otra parte históricamente la adopción se presentó en circunstancias tales que constituyó una verdadera venta de hijos; se llegó a registrar, con certeza, que menores adoptados acogidos eran dedicados a la mendicidad como negocio para los adoptantes o para quienes los acogían. Esta situación también ha traído consigo la dificultad de que alguna persona o pareja adopte algún niño, debido al largo proceso y exhaustivos trámites que tienen que cumplirse por seguridad del menor. Como consecuencia un gran porcentaje de parejas termina desistiendo del proceso y la desilusión y desgaste de la persona evita que se vuelvan a realizar más intentos.

Otro aspecto que puede atrasar o evitar una adopción es la innegable existencia de agudos problemas suscitados por la adopción; por regla general el adoptado tiene padres reales, por lo que surge el conflicto de intereses y afectos. En cuanto a esta situación es necesario saber si esto es un hecho o una idea anticipatoria que causa conflicto en los interesados, puesto a que no existen estadísticas alarmantes que planteen el riesgo de que una relación adoptiva sea sinónimo de dificultades en las relaciones familiares, aunque esto incluya la noticia de su origen.

Por otra parte la adopción también muestra una serie de beneficios para todos los involucrados, cuya premisa es: dar una familia al niño que no la tiene. Está

demostrado por un cuerpo cada vez mayor de conocimiento científico las ventajas que ofrece esta medida para el bienestar e interés del niño desamparado. De acuerdo a Acuña (1993) esta orientación está conformada por tres componentes básicos:

- Psico-social: Señala la importancia de considerar las características y necesidades de los actores del proceso adoptivo, es decir, el niño, sus padres adoptivos y biológicos.
- Jurídico: Enfatiza en la necesidad de modernizar la legislación sobre adopción, destacando las ventajas de la adopción plena en lo relativo a los requisitos, efectos y procedimientos legales involucrados.
- De procedimiento: Apunta la necesidad de que la formación de la familia adoptiva se realice con asesoría institucional y profesional, como única forma de garantizar el cumplimiento de las exigencias técnicas y éticas que demanda el proceso de adopción.

La adopción, en la mayoría de los casos, ofrece la posibilidad de subsanar la esterilidad de una pareja, rectificar sus consecuencias emocionales y, a la vez, procura dar complementariamente un hogar al niño que por las condiciones sociales de su nacimiento y crecimiento está expuesto a sufrir abandono y maltrato. Sin embargo estos beneficios no son tomados en cuenta, ni son comunicados ni concientizados ante la población; ya que la premisa de que son procesos sumamente difíciles y la idea de que un hijo no cubrirá el espacio y las expectativas de un hijo de sangre alejan a las parejas interesadas.

### 3.2.2 Requerimientos Legales de la Adopción

Como se señaló con antelación, el marco jurídico de la adopción nacional en México ha sufrido diferentes reformas y adiciones desde la época del Virreinato hasta nuestros días, inclusive en cada entidad federativa se ha legislado de manera diversa, habida cuenta de que la materia familiar es de competencia local, se cuenta con 33 códigos civiles



Adriana Luna Lozano, directora general Jurídica y de Enlace Institucional del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF,) indicó que el procedimiento de adopción tiene dos etapas: una administrativa, en la que a los interesados se les invita a participar en un curso de inducción, donde se dan a conocer a los niños y cómo es el proceso de adopción, si después de tomar el curso de inducción mantienen su decisión, se les pide entregar una serie de requisitos para conformar el expediente.

A las parejas que buscan adoptar se les solicita una carta dirigida al DIF en la que manifiestan esa voluntad, especificando la edad, el sexo y número de niños que desean integrar a su familia. También se les pide un acta de nacimiento, así un como acta de matrimonio, dos cartas de recomendación, certificado médico, exámenes toxicológicos, entre otros que suman un total de 17 requisitos a cubrir.

Los interesados deben someterse a pruebas psicológicas, de trabajo social, socioeconómicas y psicosociales. El número de citas a las que se deberá asistir son programadas por cada especialista del DIF. Una vez integrados estos requisitos, se realiza una junta multidisciplinaria en donde los profesionales intercambian opiniones respecto al expediente integrado y las pruebas realizadas, sometiéndose estas a un consejo técnico, en donde confluyen diferentes áreas como la médica, psicológica, trabajo social y abogados.

Durante la segunda etapa, una vez aceptada la asignación por los solicitantes, la Dirección General de Integración Social, programará previo consentimiento del menor (a partir de su edad y grado de madurez), para la presentación física.

Se da inicio al periodo de convivencias entre éstos, siendo dichas convivencias en un primer momento en el lugar donde se encuentra el menor albergado, y posteriormente fuera del centro con el seguimiento y supervisión adecuados, esto para evaluar el grado de compatibilidad que existe entre ambas partes.

En caso de no existir compatibilidad por parte de cualquiera de los involucrados, se valorará su continuación en la lista de espera. Por otra parte si la convivencia resulta satisfactoria, se iniciará el procedimiento judicial de adopción.

El juez competente valorará si los solicitantes cumplen con los requisitos establecidos en la legislación vigente, de acuerdo con las pruebas presentadas, y dictará sentencia decretando la adopción. Una vez que esta se cumpla, girará oficio al Registro Civil para que éste emita la nueva acta de nacimiento del menor adoptado. El seguimiento Post-Adoptivo es requerido a efecto de valorar la adaptación del menor a la nueva familia y al entorno, así como conocer la evolución de su desarrollo en todos los aspectos. Esto se lleva a cabo durante 2 años cada 6 meses.

La dificultad a la que se enfrenta el país respecto a este proceso es que no existe una regulación uniforme, ni un marco normativo parejo; a nivel nacional se tienen diferentes procedimientos en cada estado y esto dificulta tener estándares tanto de tiempos, como de regulación uniforme en todo el país. Los requerimientos y papeles solicitados cambian notablemente, por lo tanto las ideas y la probabilidad de éxito en el proceso de adopción suele ser indeterminado para la población, lo cual disminuye en gran medida la decisión de iniciar el trámite.

En México las solicitudes se reciben en diciembre y enero, y están limitadas a 120 solicitudes por año. Esto debido a que el DIF es una institución pública, que depende de un presupuesto federal designado anualmente; además los procesos requieren de un cuidadoso análisis permanente entre las diferentes áreas que conforman la dependencia, tales como: psicología, trabajo social, servicios médicos y por supuesto, el área jurídica.

Aunque oficialmente en México el proceso de adopción, no debe tardar más de 12 meses, el trámite burocrático lo alarga incluso hasta dos años o más. Tan sólo en 2008, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) recibió 105 solicitudes, pero sólo dos se concretaron.

Los rangos de edad también conforman un aspecto que facilita o limita el éxito del proceso, ya que la edad está determinada por la correlación con los niños, buscando el bienestar psicológico para ambas partes. Las mujeres podrán adoptar un menor de cero a 2 años, siempre y cuando sean mayores de 25 y hasta los 41 años.

Las áreas de psicología y trabajo social, determinan que una mujer de 41 años o más, puede tener la actitud para adoptar, sin embargo, no es recomendable que adopten un recién nacido por el grado de dificultad que implica lidiar con un bebé durante esta etapa en la que la mujer experimenta algunos procesos físicos.

A causa de esta normatividad han pasado casi 10 años durante los cuales entre la población persisten los mitos sobre este tema y los niveles de adopción en México cada vez son más bajos. Pero este no es el único desafío, ya que tampoco existe un registro unificado de cuántos menores están en condiciones de ser adoptados, ni el número de niños que se encuentran en los albergues del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). Cada estado tiene bajo su resguardo las cifras por albergue.

Entre otras razones, ello explica que en el mes de agosto del año 2015 fuera descubierta una red de traficantes de niños en el estado de Sonora, pues no existen controles sobre la población infantil en condiciones de ser adoptada. Incluso se tiene información acerca de mandatarios de la propia institución encargada del proceso de adopción, los cuales han realizado venta de menores, cuyos padres adoptivos pagaron montos que oscilan entre los 80 mil y los 150 mil pesos, así como otros 15 mil pesos por el aviso de nacimiento si los interesados eran mexicanos y hasta 20 mil dólares si eran extranjeros. Las familias continúan exigiendo respuestas ante estas irregularidades, pero el sistema gubernamental parece no tener una solución inmediata a estas situaciones, las cuales aumentan la desconfianza y el rechazo de la población en general ante el proceso de adopción. ¿Cómo podría alguien creer fácilmente en la posibilidad de formar una familia mediante la adopción, si solo el hecho de pensarlo trae consigo una presión mayor que la idea de no cumplir su más grande deseo?.

### 3.2.3 La pareja y la familia en el proceso de adopción

Existen muchos factores que pueden influenciar el deseo de adoptar, entre los más frecuentes se encuentra la religión o una conexión respecto a un niño necesitado de un hogar. Sin embargo es una realidad que la principal causa de

llevar a cabo un trámite de adopción es la imposibilidad de tener hijos propios, por lo tanto se recurre a una última opción, que no resulta ser del todo satisfactoria para algunos, ya que no se vive la experiencia de un embarazo como tal y la ausencia de un vínculo genético resulta un gran peso sobre sus espaldas, que en ocasiones llega a tener repercusiones en la futura relación paterno-filial.

Las concepciones ideológico-culturales en torno a la paternidad y maternidad ejercen una gran presión sobre las parejas imposibilitadas para procrear, lo que agudiza los sentimientos de frustración y minusvalía, que prolonga en muchos casos la decisión para adoptar (Acuña,1993) .Por lo tanto la espera para tener un niño en el hogar se percibe interminable , un sin número de personas y de parejas dedican al menos cinco años de su vida en el intento de concebir un hijo, y para los pocos que llegan a involucrarse en el proceso de adopción la espera aumenta entre uno a dos años más.

Cada persona o pareja que acude a la adopción por causa de la infertilidad usualmente ya ha enfrentado una montaña rusa de emociones, por lo cual estos se encuentran vulnerables ante otras situaciones que son altamente generadoras de estrés durante el proceso de adopción, como lo son los exámenes psicológicos, asimismo el estudio del hogar puede parecer intrusivo y puede hacer resaltar asuntos emocionales que no se han abordado plenamente, tanto en pareja como individualmente. Incluso el discurso es regulado por las instituciones, ya que en los foros de Internet sobre adopción, se aconseja a quienes inician el proceso, que durante las entrevistas de los estudios psicosociales respondiesen a las preguntas mencionando sus motivaciones para la adopción, cualquier respuesta que no se refiriera al deseo de “ser padres” podía ser causa de la negación del certificado de idoneidad paterna.

Aunado a la información expuesta anteriormente, Tapia (2013) agrega que las problemáticas que se derivan de la institución de la adopción no están ligadas únicamente, al proceso legal, la protección de los hijos del adoptante o al establecimiento de relaciones paterno filial ficticias, sino que surgen otras que se dan con posterioridad:

- Entre el adoptante y los verdaderos padres biológicos, sobre todo en el caso de la madre cuando reclama a su hijo, que abandonó por circunstancias ajenas a su voluntad.
- Con el menor adoptado cuando se entera de que quienes lo adoptaron no son sus padres biológicos.

Nuestro origen y la interminable curiosidad de saber acerca de nuestra historia , pareciese ser una regla durante el desarrollo humano , proporciona seguridad y una identidad con la que cada persona se enfrenta al mundo y se relaciona con los otros , un nombre, el lugar de origen y una familia son puntos clave en la construcción de cada persona. Por tal razón la incertidumbre de los padres adoptivos acerca del origen de su hijo(a) es percibido como un asunto amenazante, que no todos están dispuestos a enfrentar, no solo en el momento de explicarlo cuando el niño alcance una edad oportuna de acuerdo a cada padre , sino que es una angustia que se guarda en la mente y el cuerpo de la persona desde que se toma la adopción de adoptar, y esta puede llevarse consigo por años la cual es acompañada por una permanente incertidumbre, miedo y tristeza.

Mucho se ha especulado acerca de las repercusiones que pueda tener el no haber experimentado un embarazo y un parto ,ya que existen una gran cantidad de investigaciones que aseguran que el vínculo afectivo entre la madre y un hijo se inician desde la gestación, lo cual es una declaración preocupante para los padres adoptivos , y con mayor razón si los niños que se seleccionan durante el proceso de adopción rebasan los 5 años, debido a que se tiene la creencia de que se reduce el tiempo para construir un vínculo fuerte y duradero con el niño .

En síntesis, de acuerdo a Tapia (2013) el desarrollo futuro de un menor abandonado y luego adoptado dependerá en ocasiones de la interacción de tres factores:

- 1.La carga genética que porta el niño al nacer
- 2. Los efectos del medio ambiente en la vida temprana del menor, incluyendo las condiciones prenatales y del parto, carencias vividas

en el seno de la familia biológica antes de ser abandonado y, por último, las vivencias experimentadas en hospitales e instituciones de protección.

- 3. Las consecuencias del afecto y la estimulación, generalmente en dosis superiores a las recibidas por un niño en su familia "normal", entregados por la familia adoptiva.

Sin embargo Marre (2010) analizó los paralelismos entre los procesos de adopción y los de procreación natural, sugiriendo que la etapa de “embarazo” se iniciaba cuando los futuros padres y madres adoptivos recibían la aprobación por parte de la Administración, mientras que el “nacimiento” se producía con la asignación de un niño o niña concretos y culminaba en el momento en que estos se encontraban con sus familias adoptivas. A menudo, para referirse al proceso de adopción, se utilizaban expresiones como “embarazo burocrático” o “embarazo de elefanta” (por su duración).

Lo planteado anteriormente ofrece una nueva propuesta a la regla científica y social de un futuro afectivo atado a aspectos biológicos, inevitablemente da un mensaje a la sociedad de que nada es estático, nada se da de la misma forma, y se tiene la decisión de darle un rumbo único a cada experiencia, ya que aunque parezca que el embarazo es la única forma de vincular el cuerpo con un hijo, en realidad hay múltiples formas de realizarlo, debido a que el simple hecho de encontrarse en la espera de un trámite de adopción genera en el cuerpo una serie de emociones que preparan al cuerpo para disfrutar y amar una nueva parte de su vida. A pesar de que la adopción se ha convertido en una oportunidad tanto para los adultos como para los niños de formar una familia, cada año aumenta la cantidad de niños registrados en casas hogar, orfanatorios y casas cuna, lo cual refleja un gran desinterés y desaprobación de la sociedad por iniciar un proceso de adopción.

A continuación se muestra un registro realizado por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en el cual se realizó un diagnóstico acerca de la adopción en México en el año 2005, realizando proyecciones estadísticas sobre el

aumento del número de niños sin cuidados familiares e institucionalizados en nuestro país, el cual mostró que en 2005 el número de niños en casas hogar era de 28 mil 107, y las proyecciones indicaban un incremento a 29 mil 310 niños en 2010 y para el 2040 llegaría al clímax con una población de 33 mil 242 niños, niñas y adolescentes.

Estas transformaciones y crecimiento acelerado de la población conviven con una sociedad que tiene elevados niveles de pobreza y falta de educación sexual, generando embarazos no esperados y, por ende, situaciones de riesgo y violencia para los menores, dando un aumento de la población infantil abandonada en casas hogar e instituciones de asistencia pública y privada.

No hay datos actualizados en los últimos cinco años y las instituciones tienen información contradictoria al respecto. De acuerdo con la UNICEF, México es el segundo país con más huérfanos en América Latina. Ahora bien, ni todos los huérfanos están en casas hogar ni todos los menores sin cuidado parental son susceptibles de adopción, algunos por su edad, otros por discapacidades y una gran cantidad por situaciones jurídicas no resueltas.

De acuerdo con una encuesta realizada por DEFOE el posicionamiento respecto a la adopción es bastante similar tanto en la Ciudad de México como el interior de la República.

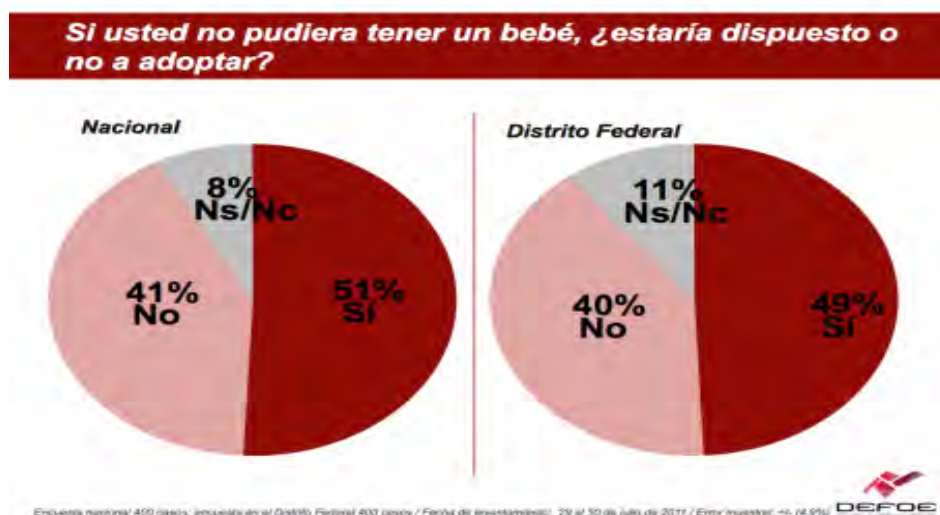


Figura 3. Encuesta realizada por la empresa de estudios de opinión pública DEFOE acerca de la disposición de adoptar en México.

La adopción en México y en el mundo es un tema complejo. El 51% de los encuestados que mencionan estarían dispuestos a adoptar tienen entre 18 y 35 años, cuentan con estudios de preparatoria o universidad e ingresos entre \$6,000 y \$12,000 pesos mensuales.

No está solo la cuestión de que para el marco jurídico las personas con una posición económica estable sean los mejores candidatos para una adopción, sino que para cada persona el contar con estos recursos le proporciona una cierta seguridad de emprender el proceso, puesto que hay más posibilidades de tener éxito. Por otra parte personas con un nivel de estudios y economía menor, no consideran el proceso de adopción como una alternativa, debido a que probablemente nunca han sido informados acerca de ella, además de que el marco jurídico lo percibe como una desventaja en relación con el bienestar del niño, lo cual anula en gran medida sus posibilidades de éxito en el proceso.

Como se observa en la figura 2 la opinión acerca de la adopción en la población está dividida, ya que no hay suficientes familias en condiciones de adoptar y el 50 por ciento de las parejas que no puede tener hijos no está dispuesto a hacerlo, según encuestas de Defoe.



Figura 4. Encuesta realizada por la empresa de estudios de opinión pública DEFOE acerca del conocimiento de personas que alguna vez hayan adoptado



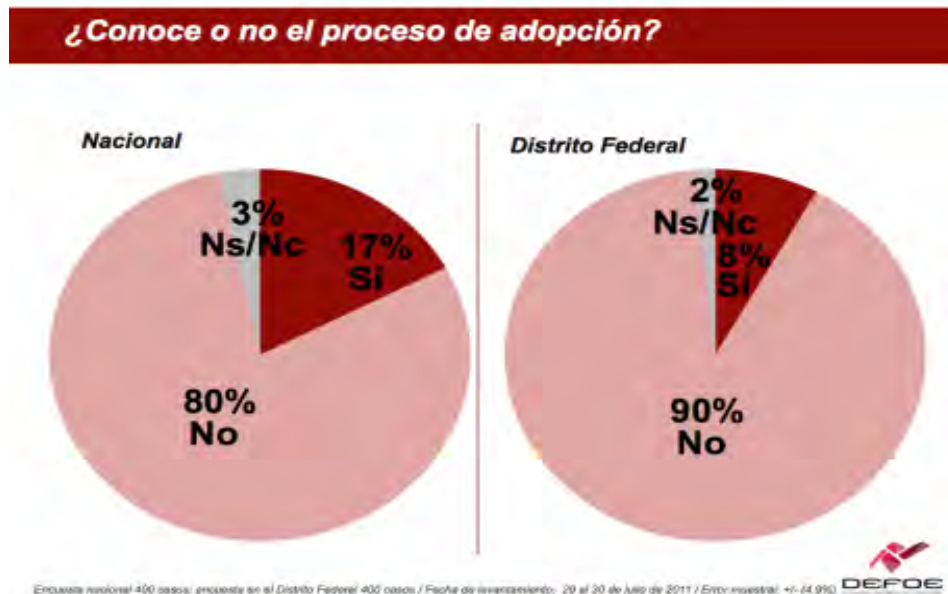


Figura 5. Encuesta realizada por la empresa de estudios de opinión pública DEFOE acerca del conocimiento sobre el proceso de adopción en la población Mexicana.

El 28% de los encuestados que conoce a alguien que ha adoptado un niño son personas entre 26 a 35 años, con estudios de preparatoria o universidad y con ingresos de \$6,000 a \$12,000 pesos mensuales, lo cual reafirma la idea de que solo una parte de la población tiene acceso a la adopción de un menor, incluso personas y parejas infértiles no llegan a considerarlo nunca a lo largo de su vida.

Uno de los aspectos más preocupantes respecto a este tema es que un 88% de las personas consideran que el proceso de adopción es difícil, pero solo el 8% de los encuestados de la Ciudad de México conocen el proceso. Esta información deja al descubierto el gran vacío de información ante temas de suma importancia como este, el cual se va conformando desde que las parejas se someten a tratamientos de reproducción asistida y durante el camino les es inevitable escuchar comentarios acerca del proceso de adopción y sus dificultades, no solo durante el proceso jurídico sino en la vida familiar.

Todos somos responsables de generar una cultura en cuanto al tema de adopción, con tiempos adecuados que contemplen a los distintos actores del proceso (familia de origen, niños/as, familia adoptante). El niño/a es una persona, no un objeto que

concreta un deseo de pertenencia. Cuando así lo comprendamos, el sistema funcionará de una mejor manera. RUA-EIA

### 3.3 Las familias con hijos sin vínculo genético o gestacional

Desde el inicio del presente trabajo se ha hablado de la familia como la unidad más importante de una sociedad y de las transformaciones que ha tenido a lo largo del tiempo, obteniendo como resultado que el concepto de familia sea diverso, sin encasillar a las familias en un solo tipo de estructura y estilo de vida.

Se ha tomado como referencia, la clasificación más conocida de tipos de familia, la cual integra a la familia extensa, nuclear, homoparental y binuclear, las cuales tienen diferencias en su estructura, pero cumplen las mismas funciones en la vida diaria. Sin embargo las familias conformadas por hijos sin vínculos genéticos o gestacionales solo están integradas y explicadas implícitamente en la clasificación, debido a que aún no existe la cantidad suficiente de población que se encuentre en esta condición, ya que este es uno de los principales requisitos para hacer público algún saber o situación, mientras tanto se vive en completa incertidumbre, no teniendo referencias de cómo actuar y preguntarse constantemente si en el mundo existe alguien viviendo la misma situación.

Por otra parte existen autores que tratan de aclarar las ideas vagas que se tiene sobre la familia y sus variantes, con esto no se quiere dar a entender que existe un rango de normalidad en la familia, pero es cierto que cada una se conforma, se desarrolla y vive de manera distinta. De acuerdo a Golombok (2006 citado en Rivas, 2009) las familias pueden diferenciarse por el número de padres (monoparentales, biparentales o pluriparentales); por la existencia o no de vínculos genéticos (paternaje no genético: adopciones, familias reconstituidas y técnicas de reproducción asistida); y por la orientación sexual (homoparentalidad).

En cada sociedad la familia es construida a partir de ciertas costumbres y reglas sociales que regulan su comportamiento y el rol de cada miembro que integra la familia, por ello las nuevas estructuras familiares parecen amenazantes para el desarrollo adecuado de un individuo de acuerdo al territorio en el que se

encuentre. En las sociedades capitalistas cada individuo se asemeja al engrane de un reloj, todos cumplen con una función predeterminada y la relación entre ellos tiene como resultado el funcionamiento adecuado del reloj. Sin embargo, por regla todos los relojes giran hacia la derecha y tienen un cierto orden en su numeración, por el contrario si hay alguno que no cumpla con estas características no es considerado como tal y es desechado. Lo mismo sucede con los grupos familiares, como las parejas infértiles que se inseminan o adoptan, estas son consideradas familias donde la manecilla del reloj no se dirige en la dirección acordada y sin embargo estas se siguen desarrollando con éxito como cualquier otra familia.

En el caso de los hijos adoptivos, la mayoría se establece bien con sus nuevas familias, estudios de investigación demuestran que la gran mayoría de los padres adoptivos se sienten satisfechos con su decisión de adoptar (Vandivere, Malm y Radel, 2009). No obstante como en todo grupo de personas existen dificultades en su desarrollo, las cuales dependen de muchos factores que no son exclusivos de la adopción.

La edad a la que fue adoptado el niño es uno de los aspectos observados más importantes en la relación familiar (Palacios y Sánchez-Sandoval, 1996). Lo anterior no intenta afirmar que exista un lapso de edad en el que no se pueda formar un vínculo, ya que los niños adoptados pueden elaborar un apego tan seguro hacia sus padres como los hijos de los padres biológicos. Sin embargo frecuentemente se presentan casos en los cuales niños que son mayores de 6 años o adolescentes presentan más dificultades para aceptar su nueva vida.

A continuación de acuerdo a Palacios, Román y Camacho (2010) se mencionan algunas de las situaciones que pueden intervenir en la relación entre el niño(a) y su nueva familia.

- Han sufrido abandono y/o maltrato,
- Han permanecido mucho tiempo en instituciones de acogida,
- Han tenido experiencia de acogimientos fracasados,

- Pertenecen a una etnia diferente
- Son adoptados junto con otro/s hermano/s

Es aquí donde podemos resaltar la importancia de la historia de vida en cada persona, ya que la memoria, las emociones y el cuerpo, reaccionan ante cada experiencia vivida y al mismo tiempo son preparadas para expresarse ante lo nuevo que está por llegar. Lo mismo ocurre con los padres, ya que después de meses o años de anticipar la paternidad, la emoción de la adopción en sí puede dar paso a un sentimiento de “decepción” o tristeza en un pequeño porcentaje de padres (Senecky et al, 2009). Al igual que la depresión posparto, y ocurriendo en la misma tasa, la depresión post-adopción puede ocurrir durante las semanas después de la finalización de la adopción.

Las realidades de la paternidad, incluyendo la falta de sueño (para los padres de bebés o niños con problemas del comportamiento o del sueño) y el peso de las responsabilidades paternas pueden ser abrumadoras. Los padres podrían tener dificultades formando lazos afectivos con el nuevo niño e incluso podrían cuestionar sus habilidades de crianza.

Las experiencias que los padres adoptivos y los niños viven antes de la adopción son huellas que pueden facilitar o dificultar la formación de nuevos vínculos, es inevitable que los primeros años de vida en el niño estén llenos de experiencias que no van a la par de la dinámica familiar, y que los padres no sepan qué dirección tomar cuando consiguen lo que por tanto tiempo se les negó. Por lo tanto solo el niño y los padres a través de la relación diaria son capaces de comenzar a construir una nueva historia juntos. A través de la nueva vida que emprende cada familia, la construcción de la identidad es una de las tareas evolutivas importantes de los hijos adoptados, e implica actuaciones específicas en cuanto a la comunicación de la adopción. Decir la verdad a los niños adoptados sobre su origen también contribuye a desarrollar su identidad (Palacios, Román y Camacho, 2010).

En general pareciese ser que el conjunto de investigaciones analizadas, muestra que los niños adoptados no presentan patologías importantes en comparación con los no adoptados, sin embargo existen investigaciones que continúan afirmando una tendencia mayor en niños adoptados a obtener puntuaciones más elevadas en hiperactividad, agresividad y conductas relacionadas, así como puntuaciones más bajas en concentración y rendimiento académico (Palacios y Sánchez-Sandoval, 1996).

Aunque son innegables los resultados mencionados anteriormente, es cierto que esto no ocurre solo a causa de la acción de adoptar, sino que estas conductas también tienen su origen en las creencias y expectativas que se tiene al adoptar a un menor. La constante lucha por lograr amar a un hijo y que este los ame, la preocupación acerca de la verdad de su origen y la angustia por lograr ser “buenos padres” según su ideal, tiene como consecuencia la construcción de padres sumamente estresados, que educan con miedo y transmiten este sentimiento a sus hijos disfrazado de una protección o libertad exagerada. Sin embargo es importante enfatizar que esta situación no es exclusiva de las familias adoptivas, debido a que las familias con hijos biológicos también tienen este tipo de vinculación con sus hijos, lo único que difiere son las causas de estos tipos de relación; por lo tanto la adopción se convierte en una situación más para enfrentar en la vida cotidiana de una familia.

Si hay algo que puede distinguir a estas familias (aparte de la ya mencionada inexistencia de vínculos de sangre), es el hecho de que son familias con una fuerte voluntad y deseo de superar obstáculos para tener un hijo adoptado, y que pasan por un proceso de valoración de sus condiciones y competencias por el que no atraviesa ninguna familia biológica.

Por otra parte los tratamientos de reproducción no están exentos de ser señalados y categorizados como familias “diferentes”, aunque los gametos sean propios, la experiencia es distinta, por lo tanto el estilo de vida que adoptan puede tomar otras direcciones que socialmente son duramente cuestionadas. Existen

diferencias entre la adopción y las TRA. Mientras que en la adopción lo fundamental es el derecho del niño a tener una familia y la legislación les reconoce el derecho a conocer su origen genético-biológico, en las TRA lo fundamental es la voluntad de los adultos a constituir una familia y no se le reconoce al hijo el derecho a conocer su origen genético-biológico, especialmente en la donación de gametos anónimos (Famá, 2012).

En la reproducción asistida se disocia la sexualidad del parentesco, y la reproducción de la consanguineidad. La consanguineidad no viene dada, sino que es elegida y construida. Hay una intencionalidad en las relaciones de parentesco: un óvulo donado no significa una conexión con otra persona sino la posibilidad de una nueva descendencia. La descendencia depende del “proyecto parental” y las técnicas de reproducción asistida se ponen al servicio de dicho proyecto, así los donantes son anónimos (Bestard, 2009).

En la reproducción asistida, el parentesco es una relación que se define por la intencionalidad de los que quieren ser padres y no se define por los hechos biológicos de la reproducción. Existe una disociación entre los hechos naturales de la reproducción y la construcción de los hechos de la reproducción. ¿Qué significado tiene para las relaciones de parentesco un modo de reproducción biomédico que necesariamente objetiviza las partes del cuerpo reproductivo? (Bestard, 2009).

Existe una verdadera controversia respecto a las consecuencias de someterse a tratamientos de reproducción asistida, sin embargo las opiniones cambian de acuerdo a las creencias científicas o religiosas de cada persona, incluso existe una gran parte de la población que se mantiene neutral ante el tema, ya que no se consideran capaces de emitir un juicio sin vivir la experiencia. Desde un punto se encuentra la ciencia defendiendo la capacidad humana de construir alternativas para facilitar la vida diaria hasta el punto de poder crear vida, sin embargo en oposición a esta postura se encuentra la religión defendiendo la divinidad y aquellas cosas que deben ser respetadas por el ser humano, como la naturaleza y

por supuesto la vida , defienden la idea de que estos avances solo vuelven al hombre egocéntrico, dirigiéndolo a la busca interminable de cualquier tipo de poder que en lugar de crear este destruye.

Como un punto medio entre estas dos posturas sociales, las personas que experimentan el logro de un hijo por medio de alguna técnica de reproducción relatan enfrentarse al “momento más feliz de su vida “, incluso en el discurso de algunas personas también hacen mención de Dios como parte importante del éxito del proceso , es por ello que en las etapas del duelo por infertilidad frecuentemente las parejas recurren a un apoyo espiritual, el cual en determinado momento llega a ser un aspecto esencial que ayuda o limita a la pareja según su historia de vida.

En cuanto a esta controversia podemos rescatar la teoría del yin y el yang, lo cual nos recuerda que las energías opuestas se necesitan y se complementan en todo momento, la existencia de uno depende de la existencia del otro. En este caso la ciencia y la religión también son fuerzas que hacen funcionar al mundo y lo mantienen en equilibrio, así el desarrollo del individuo no solo se observa respecto a cuanto produce o las creencias que tiene, sino en qué medida este logra unir y relacionar todos los recursos a su alcance, como la naturaleza, su cuerpo, su fe y el valor de los recursos que le ofrecen otros individuos como lo es la tecnología.

Las familias conformadas con ayuda de las técnicas de reproducción asistida a lo largo de su vida están en una constante búsqueda de este equilibrio, sobre todo por la crisis producida por la infertilidad, que se convierte en un antecedente de la historia de vida familiar e individual. Sin embargo se han realizado una gran cantidad de investigaciones acerca de la vida que llevan aquellas familias que no tienen algún vínculo genético o gestacional con sus hijos ,ya que debido a esta gran controversia se sigue temiendo por la salud , no solo física sino emocional de los niños y padres. Blake (2010) del Centro de Investigación Familiar de la Universidad de Cambridge, en el Reino Unido, anunció ante la 24ª reunión anual de la Sociedad Europea de Embriología y Reproducción Humana la realización de

un estudio en el cual se ha reafirmado que las familias que han recurrido a la donación de óvulos, alquiler de útero o a la inseminación artificial de donante presentan más similitudes que diferencias, lo que se refiere al bienestar psicológico de los padres, la calidad de la relación padres-hijos, y la adaptación psicológica del niño. Durante mucho tiempo se ha debatido sobre las posibles consecuencias negativas para estos niños, debido a la preocupación de que los padres puedan tener un comportamiento menos positivo hacia ellos, y de que los niños no se sientan plenamente aceptados como parte de la familia.

Los investigadores de dicho estudio realizaron un seguimiento de 39 familias que alquilaron un útero, 43 que utilizaron la inseminación artificial, 46 que recurrieron a la donación de óvulos, y 70 familias cuyos hijos fueron concebidos naturalmente. De momento, se han recopilado datos hasta que los niños han cumplido los 7 años de edad, pero los investigadores esperan poder continuar con el seguimiento de estas familias durante el máximo de tiempo posible. Los resultados que a continuación se describen son los correspondientes a aproximadamente la mitad de las familias cuyos hijos han cumplido los siete años.

En primer lugar se observó que los diversos tipos de familia no diferían en cuanto a la calidad global de la relación, pero el análisis sí ha mostrado algunas diferencias en la relación madre-hijo entre los distintos tipos de familia. Por ejemplo, se ha observado una leve tendencia hacia una mayor sensibilidad con respecto a las ansiedades y preocupaciones de los hijos entre las madres de los grupos de donación de óvulo y alquiler de útero que entre las madres del grupo de inseminación artificial de donante. También se apreció una leve tendencia hacia un mayor exceso de implicación emocional con sus hijos, y hacia una mayor indulgencia disciplinaria, por parte de las madres que recurrieron a la reproducción asistida en comparación con las madres que concibieron de forma natural.

Con estos resultados no se pretende afirmar que cada una de las técnicas conlleva una serie de emociones y conductas que las familias tengan que experimentar como una especie de destino, sino que al convertirse en un proceso largo y agotador, durante el cual se acumula el deseo y temor por posibles



fracasos, se construye a individuos con un constante miedo a perder lo que tanto tiempo y esfuerzo físico, emocional y económico les ha costado conseguir, por lo tanto aquella persona estéril, tratará en la convivencia familiar diaria compensar de muchas maneras su infertilidad ante su pareja e hijos.

Por otra parte en cuanto a las entrevistas realizadas a profesores de los niños estudiados, comunicaron principalmente un mayor nivel de dificultades emocionales entre los hijos nacidos por reproducción asistida que en los concebidos por vía natural, aunque dicho nivel no era anormalmente elevado.

Ahora bien, en el momento del 7º cumpleaños del hijo, sólo el 39% de los padres del grupo de donación de óvulos, el 29% del grupo de inseminación artificial de donante, y el 89% del grupo de alquiler de útero habían hablado a sus hijos de la índole de su concepción. Una cifra marcadamente inferior a la proporción de padres que, cuando el niño tenía un año de edad, declararon su intención de revelar esa información, 56%, 46% y 100% del grupo de donación de óvulo, inseminación artificial de donante y alquiler de útero respectivamente. Los motivos por los cuales los padres decidieron no informar a sus hijos son numerosos y complejos aseguran los investigadores, incluido el deseo de proteger al padre, dado que la madre no quiere que otros se enteren de su infertilidad, y el temor a que el niño sienta menos amor por el padre o madre no genético.

Estudios anteriores han indicado que los padres quieren proteger a sus hijos, temerosos de que la revelación los pueda perturbar y tenga algún efecto adverso en la relación padres-hijos.

Los resultados de este estudio demuestran que las familias con hijos sin vínculo genético o gestacional siguen funcionando bien cuando el niño se encuentra en la fase inicial de escolarización, claramente se enfrentan a otras situaciones que no ocurren en las familias con hijos biológicas, como lo es el comunicar a sus hijos la

verdad sobre su origen o las críticas sociales de amigos e incluso de la propia familia, sin embargo las dificultades y crisis no son exclusivas de este tipo de familias, ya que cada una aún con sus diferencias vive y significa sus experiencias de forma única.

## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGÍA**

La presente investigación se trabajará con base a la metodología cualitativa, puesto que ésta tiene como propósito describir las cualidades de un fenómeno. Pero no se trata de probar o de medir en qué grado una cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible. “Los métodos cualitativos se apoyan en la interpretación de la realidad social, los valores, las costumbres, las ideologías y cosmovisiones que se construyen a partir de un discurso subjetivo, ya que el investigador asignará un sentido y un significado particular a la experiencia del otro” (Blasco y Pérez, 2007).

Ruiz (1996) describe las principales características de los métodos cualitativos de la siguiente manera:

- Su objetivo es la captación y reconstrucción del significado.
- Su lenguaje es básicamente conceptual y metafórico.
- Su modo de captar la información no es estructurado, sino flexible y desestructurado.
- Su procedimiento es más inductivo que deductivo
- La orientación no es particularista y generalizadora, sino holística y concretizadora.

#### **4.1 INSTRUMENTO**

De igual manera se utilizará la técnica de investigación cualitativa historia de vida, a través de la cual se busca centrarse en un sujeto individual, una comunidad, un colectivo, etc., y tiene como elemento principal el análisis de la narración que esta persona o grupo realiza sobre su existencia a través del tiempo, intentando reconstituir los acontecimientos que vivió y transmitir la experiencia que adquirió (Taylor y Bogdan, 1989).

## 4.2 PARTICIPANTES

Se entrevistó a un total de 6 personas de ambos sexos los cuales cumplían con las características de haber sido diagnosticadas con esterilidad/infertilidad, además de haberse sometido a algún tratamiento de reproducción asistida o adopción.

## 4.3 PROCEDIMIENTO

FASE 1: Se buscó y contactó a los participantes que cumplieran las características requeridas para la investigación por medio del muestreo no probabilístico “bola de nieve” el cual de acuerdo a Hammersley y Atkinson (2001) “consiste en que cada individuo de la población puede nominar a otros individuos en la población, los cuales tienen la misma probabilidad de ser seleccionados”. Así mismo una vez aceptada su participación en la investigación se les hizo entrega de un documento en el cual se les informó acerca de los objetivos de la investigación, la confidencialidad y el uso estrictamente académico con el que se ocupará la información obtenida de las entrevistas.

FASE 2: Se realizaron historias de vida de manera individual, con una duración de 1 a 2 horas aproximadamente. El lugar de encuentro fue elegido por cada uno de los participantes, de manera que fuera cómodo para ellos, sin ruidos y distracciones que colaboraran en la creación de un clima de confianza para compartir sus historias.

FASE 3: Se realizó el análisis de la información obtenida en las entrevistas y se agrupó por categorías, los cuales facilitaron un análisis específico y general de los casos. Dichas categorías construidas para el análisis son: Familia, Trabajo, Sexualidad, Autoestima y Relación Órgano-emoción.

## MATERIALES:

Grabadora de voz, con espacio de memoria suficiente con el propósito de grabar las entrevistas realizadas a cada participante.

Hojas de papel y plumas, con el fin de poder realizar anotaciones sobre la información proporcionada durante las entrevistas.

Computadora con programa Word, para la transcripción y el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas.

## OBJETIVOS

El objetivo de esta investigación se centra en describir la construcción social y corporal de hombres y mujeres diagnosticados con esterilidad/infertilidad que se sometieron a algún tratamiento de reproducción asistida y/o proceso de adopción.

### OBJETIVO ESPECIFICO

Presentar información acerca del diagnóstico esterilidad/infertilidad desde el ámbito biológico, psicológico y social.

Presentar información acerca de las alternativas ante la esterilidad/infertilidad desde el ámbito biológico, psicológico, social y legal.

Presentar una propuesta integral de los ámbitos biológico, psicológico y social en el proceso de construcción social y corporal de la esterilidad/infertilidad.

## CAPITULO V

### ANALISIS DE RESULTADOS

Como se hizo mención anteriormente, se procederá a reunir los datos obtenidos de cada una de las entrevistas, poniendo especial atención en la información predominante y coincidente entre los participantes. Con el fin de conservar el anonimato y la privacidad de los entrevistados, se decidió colocar solo la inicial de su nombre.

A continuación en la siguiente tabla se muestran datos personales de cada uno de los participantes con el fin de organizarlos e identificarlos fácilmente en el análisis de la información.

NOMBRE	GENERO	EDAD	DOMICILIO	DIAGNOSTICO	SABOR PREFERIDO	EMOCION	ENFERMEDAD ACTUAL	ESCOLARIDAD
A	FEMENINO	67	Estado de México	TROMPAS DE FALOPIO	DULCE	TRISTEZA	HIPERTENSIONARTRITIS	CARRERA TECNICA ENFERMERIA
I	FEMENINO	48	Estado de México	ENDOMETRIOSIS	DULCE	ENOJO TRISTEZA	GASTRITIS COLITIS	LICENCIATURA PSICOLOGIA
J	MASCULINO	47	Estado de México	VARICOCELE	PICANTE	ALEGRIA / ENOJO	N/A	INGENIERIA
E	MASCULINO	42	Estado de México	SIN DIAGNOSTICO	PICANTE	TRISTEZA ANSIEDAD	VESICULA	LICENCIATURA PSICOLOGIA
T	FEMENINO	40	Estado de México	QUISTES	SALADO AGRIDULCE	MIEDO ALEGRIA	GASTRITIS	LICENCIATURA DERECHO
D	FEMENINO	41	Estado de México	HORMONA LUTEINIZANTE LUTROPINA	DULCE	TRISTEZA	GASTRITIS	BACHILLERATO MODELO

Posterior a la redacción y análisis de la información obtenida en las historias de vida, se construyeron 5 categorías principales, a través de las cuales puede explicarse la construcción de la persona infértil, así como los diferentes estilos de

vida que adoptan a partir de ello. A continuación se presentan cada una de las categorías explicadas detalladamente.

## FAMILIA

El grupo familiar siempre se ha caracterizado por aparecer como principal referente en la mayoría de las investigaciones asociadas al ser humano, analizando su influencia genética, conductual o social, en la mayoría de los casos. El ser seres sociales nos apega innegablemente a la relación con el otro, a observarlo, a sentirlo y a aprender de él, por lo tanto todo el tiempo estamos siendo educados para actuar, percibir y sentir de cierta manera en cada situación que se nos presente a lo largo de la vida.

Durante las entrevistas realizadas fueron observadas 3 formas en las que el concepto FAMILIA dirigió estilos de vida, motivaciones e ideales. Cada uno de los participantes refirió a su grupo familiar como parte esencial en su vida, señalando momentos significativos y motivantes, así como ausencias y crisis que marcaron el inicio de la memoria corporal en cada participante.

## FAMILIA COMO UNA MOTIVACIÓN

La familia mexicana sigue siendo referente vital, pues los lazos de parentesco siguen vigentes y los integrantes de esta institución acuden a ella para la solución de problemas y la búsqueda de apoyo (Gutierrez, Diaz, y Roman, 2015). Los deseos familiares, se convierten en deseos y metas personales, que cobran fuerza al venir de personas con las que se establecen lazos afectivos muy fuertes, tal y como sucede con los padres.

***T: “Los dos somos hijos únicos entonces la atención estaba en nosotros. Nuestros papás si lo pedían, pero estaban conscientes de la situación, mi abuelita de repente si me decía tomate éste té, te va ayudar a no sé qué cosas jajaja, pero yo no sentía que ellos nos presionaban, nosotros nos presionábamos solos.”***

De igual manera en el aspecto económico la familia re aparece como una opción de llegar a la meta (embarazo), por todos los medios posibles.

**T: “Por la parte económica no había problema ya que mis papás me decían nosotros les pagamos el tratamiento.”**

**J: “Pensamos mucho lo de la adopción incluso una hermana nos dijo, que ella podía ayudarnos a adoptar a un bebé”.**

Así mismo es importante señalar que en algunas ocasiones este apoyo no es percibido como tal, sino como una presión por satisfacer una demanda que naturalmente les es imposible cumplir; o al menos en el tiempo y en las condiciones en que “normalmente “se debería concebir a un hijo.

**E: “Tuvimos papás que tenían que trabajar mucho para mantenernos, casi no estuvieron con nosotros, entonces el deseo de tener un nieto en las dos familia era muy grande. Y pues no podemos ni esa alegría les podemos dar. Aunque no lo mencionaban mucho, si había presión, nos decían ¡ay ya fui a la iglesia de quien sabe quién! y ya se de una persona que soba, así como diciéndonos, a ver para cuando”.**

El entorno familiar de la pareja con infertilidad se convierte en el rumbo que puedan tomar los tratamientos o cualquier otra forma de afrontar la situación. De acuerdo a Carreño (2016) “Se convierte en un factor determinante para que se viva como una circunstancia de vida o como una tragedia que en ocasiones no puedan superar”.

Si bien la pareja tienen que lidiar con mucha presión, el futuro niño también lleva consigo una cuota de estrés, ya que debe cumplir con la expectativa de muchas personas que lo esperan deseosos. Por un lado sus futuros padres y también todos esos familiares y amigos que sueñan con vivir ese nuevo rol de convertirse en tíos, abuelos y demás. Por ello, una noticia negativa, no sólo genera ansiedad y angustia en las personas que buscan tener un hijo, sino que también se traslada a los seres queridos que los rodean.



## FAMILIA COMO UNA NECESIDAD

Desde que somos niños gran parte de nuestra vida la hemos dedicado a realizar una serie de acciones y comportamientos para “pertenecer”. Pertenecemos al equipo de fútbol, al equipo B, a la escuela o a determinado grupo de amigos. De igual manera es cierto que se está lleno de éxitos, pero también se fracasa en el camino de pertenecer a dichos grupos.

En la vida diaria se es consciente de que se puede carecer de sentido de pertenencia en muchas situaciones o cosas, sin embargo resulta altamente angustiante sentir que no formas parte de una familia, debido a que se considera que desde el nacimiento se adquiere una pertenencia “natural” a esta institución, sin tener que hacer una serie de cosas más por “merecer” ser parte de ella.

Durante múltiples ocasiones se ha escuchado a personas preguntar a las parejas recién casadas o en unión libre si ya están listas para formar una familia, haciendo referencia la mayoría de las ocasiones, en que es sumamente necesario concebir un hijo , para que el nuevo grupo pueda ser considerado y llamado como una familia.

En el caso de los entrevistados se puede ver reflejado como el construir su propio grupo familiar no sólo es parte de sus deseos o de un suceso que con seguridad tendría que llegar en la etapa adulta, sino que esto se ve convertido en una necesidad. De acuerdo a Stanton, Etzel y Walker (2004) la necesidad es "un estado de carencia percibida". Una necesidad es aquello que resulta indispensable para vivir en un estado de salud plena. Las necesidades se diferencian de los deseos en que el hecho de no satisfacerlas produce resultados negativos evidentes, como puede ser una disfunción o incluso el fallecimiento del individuo.

Por tal motivo, si no es posible satisfacer la necesidad con aquello que naturalmente calmaría la angustia, se busca obtener todo aquello que se acerque a las características del objeto, persona o situación necesitada, ya que puede que esta se satisfaga de diferentes maneras a la deseada, pero de cualquier forma debe de ser satisfecha.

Las necesidades humanas son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia a través del tiempo y de las culturas es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de estas necesidades. A continuación se puede observar como algunas de las participantes eligieron otro tipo de satisfactores diferentes a los que “normalmente” se esperarían, al ser diagnosticadas con esterilidad.

***I: “Cuando llego del trabajo y veo a mis perritos saltando, se me olvidan todos los problemas, la empresa y el tráfico, es un cambio total, por eso los quiero mucho”.***

***“Si veo un perrito que está en la calle o está abandonado me dan muchas ganas de llorar”.***

***I: “Antes yo me sentía sola, mi compañía eran los gatos, y siguen siendo los gatos, no sé si me refugie en ellos, son como nuestros hijos, y fíjate que ahorita ya ni ganas de tener hijos, así estamos bien”.***

Así mismo, otra de las participantes encontró otro medio en el cual puede acercarse a sus deseos, satisfaciéndolos y al mismo tiempo satisfaciendo los de otras personas.

***T: “Me interese por la fotografía, en específico fotografiar a bebés, no se fue una forma como de estar cercana a lo que siempre he estado buscando, tomarles fotos se me hace algo muy especial, es como una muestra de cariño hacia a ellos, es el saber que a alguien le importas”.***

A partir de estas experiencias podemos reiterar que lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas, sino los satisfactores de esas necesidades. El cambio cultural es consecuencia entre otras cosas de abandonar satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes.

Entenderíamos entonces la sostenibilidad humana como un proceso que no sólo hace referencia a la posibilidad real de que la vida continúe, sino que dicho proceso signifique desarrollar niveles de existencia aceptables para toda la

población en una relación armónica entre la humanidad y la naturaleza. (Max-Neef , Elizalde y Hopenhayn ,1986).

## FAMILIA COMO APOYO EN EL FUTURO

Según el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), casi 97 de cada 100 mexicanos habitan en grupos en donde hay algún parentesco. El 2.7% se conforma por quienes viven solos y sólo el 0.5% representa a los que residen con otras personas sin que exista relación familia.

Los hogares familiares son la principal forma en que la población del país se organiza, pues se estima que el 96.8% de los habitantes vive de esta manera. Es por ello que en el caso de las parejas diagnosticadas con esterilidad, no solo está presente la preocupación por cumplir su ciclo y formar su propia familia, sino una angustia recurrente por preservarla y asegurarse de que tendrán una buena calidad de vida.

***A: “Me pone muy triste el pensar que es hija única y no tiene un hermano para apoyarse ,está sola. De hecho a él también le preocupa eso .Él le dice a nuestra hija que se busque una pareja o si no se va a quedar sola”***

***“Intentamos tener otro hijo, los dos queríamos, pero creo que ya no era posible, mi trabajo, mi hija, ya no podía tener los cuidados de antes con el tratamiento, además también tenía que atender a mi suegra y a mi hija”***

Es así como la esterilidad no solo se limita a la angustia de no poder concebir hijos de manera natural, sino que aun logrando la concepción, suele percibirse cierta insatisfacción por su nueva vida. Incluso esta situación también se ve reflejada en las páginas y blogs de internet que se crean con el propósito de apoyar a las personas diagnosticadas con esterilidad, desde que se encuentran en el proceso de concebir un hijo,, hasta que se enfrentan a todos los retos que requiere educar a un niño.

A continuación se presenta un comentario anónimo por una de las usuarias registradas en los blogs.

***“Me siento culpable por tener solo un hijo. Vengo de una familia numerosa y disfruté mucho mi infancia, hoy en día tengo una buena relación con mis hermanos y hermanas y nos queremos mucho. Pero mi pareja y yo decidimos tener solo un hijo. Sin embargo me da pena que mi hijo crezca sin hermanos, cuando mi esposo y yo no estemos, él se quedará solo. ¿Es egoísta no tener más hijos?”.***

Como podemos observar, la familia no es solo un ideal que se tiene como meta alcanzar, sino que forma parte del pasado, presente y futuro de cada persona. La familia cumple distintas funciones cuando se trata de enfrentar un diagnóstico de infertilidad.

1. Genera expectativas en cuanto al valor personal de tener o no tener hijos.
2. Por muchos años el formar una familia nunca se ha considerado como una elección, sino como una etapa por la cual es necesario pasar en el ciclo de vida humana.
3. El formar una familia también se ha asociado con la protección para la vida futura, se afirma sufrir menos, e incluso sentir menos ansiedad al enfrentarse a situaciones límite como lo es la enfermedad o la muerte cuando se está acompañado.

La interacción entre familia y salud, es recíproca ya que la calidad de las relaciones familiares existentes condicionará las formas en que la familia será afectada por la salud o enfermedad de alguno de sus miembros. Por lo tanto las decisiones de cuándo y a quien consultar, la adhesión a cualquier tratamiento y su cumplimiento dependerán en gran medida de la percepción y el contexto familiar existente en ese momento.

## GÉNERO:

El género como una simbolización de la diferencia sexual, cumple un papel fundamental en la construcción de una enfermedad y la experiencia de cada persona ante esta. Las significaciones construidas en cada género a través de los años han permitido que puedan predecirse algunas conductas o pensamientos tanto en los hombres como en las mujeres,

A continuación una de las participantes expresa como estas significaciones dirigieron su forma de pensar y actuar, además de sentirse alejada y ajena a la maternidad a causa de las elecciones que estaba tomando desde su infancia.

***I: “A mí nunca me gustó jugar con muñecas ni a la comida, me dicen que desde ahí rechazaba la maternidad, y me decían marimacha. Yo decía ¡ay n, yo quiero andar sin camisa! así como mi hermano y mi papá ,y una vez hasta quise rasurarme como ellos, son recuerdos que yo tengo; y digo será por eso que no se me quiso dar la maternidad”.***

Estas significaciones asumidas como “realidad” atribuidas a los cuerpos, organizan la vida colectiva. Por ejemplo el ser mujer bajo la institución del matrimonio se asoció a la naturaleza, especialmente a las actividades reproductivas, al asignarles una valoración jerárquica subordinada respecto a los varones cuyas actividades se identifican con lo dominante y trascendente de esa “naturaleza”. Sin embargo tampoco podemos dejar de considerar el espacio y tiempo en el que cada persona se desarrolló, ya que estos aspectos hacen de la experiencia algo totalmente personal.

Incluso a lo largo de las entrevistas se puede observar como en el discurso de los participantes, frecuentemente relatan su historia a partir de la comparación con el género opuesto, o incluso diferenciándose de los de su mismo género.

***J:” Al principio yo si la sentí apagada por el hecho de ser mujer y no poder tener un hijo, pero yo creo que si no se puede , pues no se puede y hay que aceptarlo , yo no soy como otros hombres que son machistas y les dicen a***

***fuerzas me tienes que dar un hijo. Yo siempre la respete y hasta la fecha la respeto. Mi mamá siempre me dijo, si un día tienes una pareja y la embarazas, esa muchacha se queda a vivir aquí y tú te sales a trabajar para mantener a tu hijo”***

***E: “A los dos en cierto modo nos exigían el tener un hijo, pero creo que el peso se cargaba más a ella”***

Incluso no solamente afirman que se tiene beneficios o limitaciones por pertenecer a uno u otro género, sino que su unión bajo el régimen legal también influye en sus oportunidades para poder obtener ayuda médica por parte del gobierno.

***I: “Nos tuvimos que casar por requisitos del ISEMMYM, porque no siendo casados no te dan ese beneficio de biología de la reproducción.”***

Cabe mencionar que uno de los criterios de admisión más importantes para tener acceso a la clínica de la fertilidad en el instituto de salud del Estado de México es que se cumpla con el rango de edad establecido, de 18 a 36 años 11 meses; en mujeres y su pareja varón de 18 a 44 años 11 meses, además de ser necesario contar con su acta de matrimonio.

Aunque a lo largo de la historia se han percibido más las limitaciones del género femenino ante el género masculino, es evidente que actualmente los grupos de mujeres se han fortalecido hasta el grado de no necesitar o no permitir la participación del género masculino en sus actividades. T: ***“Mi familia es totalmente de matriarcado, las mujeres lo pueden todo, los hombres no son nada. Pero en este caso yo fui como la protectora de los niños, me es más fácil acercarme a ellos, me identifico más”.***

¿Cómo es que los estilos de vida relacionados con cada uno de los géneros pueden conducirte o no a la maternidad o paternidad? Estos dos conceptos han sido considerados como “virtudes” que se adquieren naturalmente al nacer y son reforzados con el estilo de vida que lleva cada persona a lo largo de los años. Sin embargo durante las últimas décadas se han tomado posturas radicales en cuanto

al tema de decidir tener hijos. Además de considerar que el convertirse en padre o madre interfiere con el desarrollo de la vida individual y profesional, también se ha comenzado a educar para crear un rechazo total a la maternidad, así como en décadas atrás se formaba para el rechazo del crecimiento profesional en las mujeres.

Contundente frase de Simone Beauvoir reafirma lo planteado anteriormente, "No se nace mujer, llega una a serlo" como una crítica a la tesis biológica acerca del destino de las vivencias corporales. A lo largo de cada una de las entrevistas se puede observar como las prácticas realizadas para llegar a ser mujer o ser hombre de acuerdo a cada sociedad marca y define el cómo las personas se percibirán ante su condición.

## TRABAJO

La actividad laboral desarrollada por los seres humanos es un elemento de identidad personal y social; durante las últimas décadas para los varones el trabajo fue un dispositivo central, que los socializa en el papel de proveedores para "mantener una familia", y para las mujeres además de las labores domésticas, el trabajo se relacionaba con mantener la continuidad de un modelo en el que ellas deben "cooperar y ayudar" a padres, esposos e hijos, situación que las obligaba a buscar en la actividad remunerada como una salida a su situación precaria.

Sin embargo actualmente en las nuevas generaciones las mujeres tienen niveles educativos iguales o más elevados que los varones, lo cual se traduce en mayor oferta de trabajo para ellas.

Esto no significa que las mujeres dejen de basar su identidad en la maternidad y en su desempeño como parejas, esposas y madres, ni que estén exentas del conflicto entre el trabajo y la maternidad o libres de responsabilidades familiares, porque asumir una nueva función trae consigo resistencias, culpas, malestar

emocional en los integrantes del hogar y la sociedad. El cambio se orienta hacia una mayor individuación, requisito fundamental para reconocerlas como miembros activos de la sociedad y hacia una mayor centralidad de la actividad laboral en sus vidas.

A continuación en los siguientes párrafos se puede observar el cómo cada una de las participantes percibe su vida laboral y su desempeño en este.

***I: “El DIF fue mi único trabajo, me gustaba muchos y siempre tuve buenas relaciones con mis compañeros, pero me despidieron injustificadamente por eso salí”.***

***A: Fui muy feliz en mi trabajo, no me arrepiento de nada, siempre lo disfruté, me dio mucho durante todos estos años.***

***T: Estudié derecho pero actualmente estoy dando clases en una preparatoria, disfruto mucho el dar clases y estar conviviendo con los chicos, ya llevo varios años haciéndolo.***

***D: Siempre me gusto mi trabajo, de hecho me siguen buscando y pidiendo consejos, aunque ya no estoy el 100% dedicada al modelaje ya que decidí dedicarle todo mi esfuerzo a intentar concebir un bebé.***

No obstante, aunque la mayoría de las participantes alcanzó sus objetivos profesionales sin ningún inconveniente, no dejaban de percibir que algunos otros aspectos estaban insatisfechos, inconclusos o vacíos comparados al desarrollo profesional que ya habían alcanzado.

***I: “Ya he trabajado, ya me titulé, ya hice mi diplomado y estoy muy contenta por eso. Pero siento que me hace falta algo, no sé qué, pero me hace falta”***

***D: “Es algo que yo deseo mucho, no importa si tengo que dejar un tiempo de trabajar, o si mi cuerpo cambiará no tengo problemas con eso”***

Incluso el estilo de vida guiado por el trabajo también llega a provocarles incertidumbre, al sentir que su inclinación y necesidad por trabajar pudo haber sido



la causa de sus intentos fallidos por embarazarse o el que su embarazo no haya llegado a su término. La culpabilidad es el sentimiento que invade y domina sus vidas.

**A: “Aborté por un rompimiento de membrana, en realidad no tengo idea porque habrá sido, ese día yo estaba muy feliz, muy contenta y activa. Pero no lo sé estaba en mis dos trabajos, tal vez fue por eso. Fue un momento muy difícil, todavía recuerdo como Octavio y yo estábamos sentados en el sillón de un hospital con la esperanza de que el producto se salvara”.**

Así mismo no en todas las ocasiones el trabajo es dejado en segundo término para poder desarrollarse plenamente en otras áreas, sino que es utilizado como un recurso para construir de forma alterna aquellos deseos que no se lograron de la manera esperada. **T: “Estoy trabajando ahorita en la fotografía, y en fotos de bebés y embarazadas, yo tengo muchas fotos desde que nací, entonces yo digo es muy padre sentir que le importabas a alguien, entonces el trabajar con eso es decir tu bebe es importante demuéstreselo”.**

Por otra parte en lo que refiere al género masculino, su visión ante el trabajo se dirige más a una continua confusión y preocupación por saber si su labor tendrá algún valor en el futuro. Enseguida se muestra como uno de los participantes expresa sus pensamientos recurrentes en cuanto a la realidad de no poder tener hijos.

**E: “Hubo un tiempo donde me pregunté para que estoy trabajando tanto, no tengo a nadie a quien dejárselo, o alguien que me vea cuando este grande”.**

Claramente al tener actividades específicas dictadas por el género, ambos tienen una perspectiva diferente en cuanto al trabajo; mientras que para las mujeres significa una constante angustia por elegir entre sus actividades, en los varones dota de sentido su vida al preguntarse constantemente ¿Para qué estoy trabajando?, ¿Para quién estoy trabajando?, ¿Qué frutos dará mi trabajo en el futuro?.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos y las experiencias relatadas por algunos de los participantes, quedan ciertos cuestionamientos pendientes. ¿Es realmente el trabajo en las mujeres, una limitante para desarrollarse en el área reproductiva plenamente?, así mismo, ¿Es el tiempo y el valor que se le ha otorgado al trabajo causante del aumento de mujeres y hombres que son diagnosticado con esterilidad/infertilidad?

La respuesta sería evidentemente afirmativa, tanto los participantes como distintos investigadores expresan como el enfoque al trabajo y el valor que culturalmente se le otorga a este ha dificultado su salud reproductiva. Sin embargo existen otros aspectos que pueden explicar con más certeza por qué el trabajo podría ser causa de esterilidad.

El estudio llamado Medio Ambiente y Salud Reproductiva (EARTH), realizado del 2004 al 2015, analiza los factores que podrían afectar la fertilidad e incluye mujeres con un promedio de edad de 35 años. El estudio analizó la reserva ovárica en 473 mujeres, con el conteo de los folículos por ecografía, y la respuesta ovárica tras una estimulación hormonal en 313 mujeres. El análisis encontró que las mujeres que trabajan en horario nocturno o a turnos alternos responden significativamente peor a una estimulación de ovarios, pues se obtienen 2.3 menos óvulos maduros que aquellas que trabajaban solo en turno de día. Así mismo también existen otras condiciones que afectan directamente a los aparatos reproductores como lo es el exponerse frecuentemente a la radiación, trabajar con productor técnicos, exponerse a temperaturas altas, estar un gran periodo de tiempo en contacto con impresoras que desprenden materiales como solventes e hidrocarburos que tienen las pinturas y las tintas de impresión, los cuales afectan la creación de óvulos fértiles; sin olvidar ni dejar de lado los altos niveles de estrés que se tiene en la mayoría de los empleos del país.

Podríamos seguir mencionando una cantidad interminable de aspectos y condiciones en los trabajos que pueden estar deteriorando y destruyendo nuestro cuerpo, sin embargo también es cierto que no se puede dejar de trabajar de un día para el otro esperando que esto resuelva determinados problemas. El nuevo

cuestionamiento podría plantearse la siguiente manera. ¿Hasta qué punto podemos culpar a las condiciones sociales de nuestros estilos de vida, y no hacernos responsables del bienestar de nuestro cuerpo?

## SEXUALIDAD

La sexualidad es un rubro esencial en la vida de cada ser humano, la cual frecuentemente es reducida al coito y algunas otras veces a la identidad de género, siendo estos dos, temas que generan controversia y debate en la sociedad a nivel mundial. Sin embargo se ha demostrado que el desarrollo pleno de la sexualidad tiene relación directa con todas las áreas que construyen la vida humana.

Hoy en día se tiene pleno conocimiento de que la información sexual no debe ocultarse por ningún motivo, sino transmitirse sin culpabilidad o temor de que esto pueda tener consecuencias negativas en el futuro. No obstante, la transmisión de información también ha sido asignada de acuerdo al género, es decir, “yo puedo hablar acerca de sexualidad con mi hijo varón porque yo soy hombre, pero la información que recibe mi hija debería ser proporcionada por su madre, ya que no me corresponde”. Ante estas situaciones, es cierto que la identificación con el otro lleva a percibir la comunicación más clara y comprensible, pero por otra parte niega y limita el derecho a recibir educación sexual sino hay alguna persona cercana de su mismo sexo que pueda brindarle apoyo. A continuación se puede observar como una de las participantes experimentó esta situación, ocasionándole una gran confusión y daño en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

***I: “Desde la adolescencia tuve dismenorrea, y mi papá sufría mucho porque tenía que llamar a mi hermana la mayor, porque yo me ponía muy mal, entonces desde pequeña nadie me llevó a tratamiento, yo creo que si me hubieran tratado a tiempo tal vez si hubiera podido tener hijos”***

Incluso en la mayoría de las ocasiones se relaciona la nula información reproductiva con las complicaciones en la función menstrual e imposibilidad para

concebir un hijo. Cabe mencionar que en México se estima que el 42% de las mujeres van al ginecólogo una vez al año y 25% solamente cuando se sienten mal, por lo tanto el 33% restante nunca ha visitado el ginecólogo, principalmente por sentimientos inculcados desde la niñez como el miedo y la vergüenza.

La escasa información con la que cuentan las mujeres que nunca han visitado un ginecólogo acerca de los cuidados y enfermedades del aparato reproductor proviene de los especialistas que se presentan en los medios de comunicación. A continuación se muestra como una de las participantes afirma que descubrió el nombre del padecimiento que le afectó durante todo su vida a través de un medio de comunicación.

**I: “Y ahora en la televisión veo esos especiales de enfermedades, y así es como me di cuenta que yo tenía dismenorrea”.**

Sin embargo como se mencionó anteriormente aunque se tenga contacto con la información proporcionada por los medios de comunicación, hay un gran porcentaje de mujeres que se entera de su condición cuando ésta ya se encuentra muy avanzada, y recurren a un especialista como último recurso.

**T: “Nunca me hice un chequeo médico, yo me entere de mi problema hasta que fuimos al tratamiento de reproducción”.**

La controversia acerca de la difusión de información sexual se ha hecho presente durante las últimas décadas, afirmando que la escasa y errónea información era la única responsable de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual e insatisfacción en la actividad sexual. Sin embargo en la actualidad se tiene el conocimiento de que la sexualidad va más allá de ser conscientes de los cuidados y precauciones al momento de tener relaciones sexuales; sino que el foco está en los múltiples factores que complementan y construyen una sexualidad plena, como lo son las identidades, los papeles de género y la orientación sexual.

Aunque cualquier condición humana tiene una estrecha conexión con la sexualidad, cabe mencionar que la esterilidad/fertilidad tiene como consecuencia una alta alteración en la esfera sexual, ya que naturalmente es el primer medio al que recurren las parejas para satisfacer sus deseos, sobre todo porque el sexo deja de ser un medio de disfrute y placer, para convertirse solo en la posibilidad de cumplir el deseo de tener un hijo. A continuación se puede observar como los participantes expresan los cambios en cuanto al nuevo fin de tener una relación sexual.

**E:” *Había una angustia en cuanto a la relación sexual, ya no era por tener la relación, sino era por intentar la concepción. Era algo así como “en esta tiene que quedar”, entonces ya era por mecánica. Y te soy sincero a veces ya no tengo ganas estoy cansado.*”**

Cabe señalar que las relaciones sexuales forzadas e insatisfactorias también suelen ser alentadas por el ámbito médico, quienes pocas veces promueven la conexión afectiva entre la pareja dentro de su tratamiento, lo cual tiene como consecuencia una escasa variedad en la expresión de la sexualidad, la frecuencia aumentada de las relaciones sexuales o bien la frecuencia reducida de las relaciones sexuales, la disminución del deseo sexual y la anorgasmia, pues sólo se busca el fin procreativo y se le resta importancia al placer, lo cual da paso a la eyaculación retardada en algunas parejas, así como también la disfunción sexual eréctil.

**T: “No quería caer en la horrible dinámica de... tienes que tener relaciones sexuales tal día a tal hora, porque si no, no va a funcionar. Había una doctora que nos dijo, hasta que no pasen seis meses en los que tengas 5 veces relaciones sexuales por semana ininterrumpidos no me vengas a molestar porque no lo están intentando lo suficiente”.**

Ante situaciones como esta es importante resaltar la etapa donde se busca ayuda y orientación médica, ya que es sumamente importante hablar con la pareja acerca del propiciar y compartir la intimidad física y emocional no coital. En la

mayoría de las ocasiones las parejas infértiles son orientadas principalmente al objetivo de reproducción, que termina por eliminar cualquier otro contacto físico que no sea el coito (González & Miyar, 2001).

En relación con lo expuesto anteriormente se abren nuevos cuestionamientos en cuanto a la percepción actual del concepto sexualidad, ya que se puede comprender abiertamente que un estilo de vida (pensamientos, expectativas, costumbres y rutinas), marca el punto de partida para el desarrollo de alguna enfermedad o de cómo se vive dicha enfermedad, lo cual reitera que la infertilidad/esterilidad normalmente es percibida como una problemática individual o de pareja, y pocas veces es pensada como una condición que responsabiliza a toda la sociedad.

**T: “Ahorita que estoy pensando todo esto, creo que es como un problema generacional ¿no?, varios de mis amigos, familiares y conocidos, pasaron o están pasando por la misma situación que yo, solo que no todos quieren hablar de esto, no sé por qué pero es difícil para algunos hablar sobre su situación”.**

A continuación se realiza un breve recuento de las tres revoluciones sexuales que impactaron en la sociedad mexicana durante las últimas 5 décadas, trayendo consigo nuevos ideales para las generaciones futuras.

La primera revolución sexual, en los años 60, se dio cumplimiento a la demanda: ¡Amor sí, hijos no!, materializando, “la disociación entre sexualidad y reproducción”, al introducir y generalizar el uso de anticonceptivos, y hoy el aborto, quedando separados artificialmente sexo y procreación.

Las representaciones sobre la mujer moderna hablaban de ella como un ser social y sexualmente liberado, que desplegaba un rol activo en la búsqueda de su placer. La maternidad, si bien nunca fue abandonado, cedió terreno al placer. Las mujeres debían ahora concentrarse en alcanzar orgasmos. Esta inédita atención en el placer femenino, no tardó en generar controversia, sosteniendo que a pesar de

que ahora las mujeres se encontraran deseosas de placer, la mayoría de ellas no conseguía vivir un orgasmo.

La **segunda** revolución, a principios de los años 80, “es el resultado de la disociación entre afectividad y sexualidad, porque ligar la sexualidad a una persona a la que quiero, si lo decisivo es el placer, un placer sin rostro, que puedo encontrar en cualquier parte”.

La **tercera** revolución sexual en los 90, marcada por ser impulsada desde el poder y no por la sociedad, caracterizándose por la fractura entre el sexo (biológico) y el género (lo que quiero ser).

Con base en estos cambios radicales de pensamiento a través de los años, se puede tener la certeza del porque la esterilidad puede verse como una condición generacional que inició y dominó en las personas que vivieron su niñez y adolescencia en la época de los años 60, así como todas las generaciones de décadas posteriores, ya que como se mencionó anteriormente, durante cada década el fraccionamiento del ser humano fue en aumento, estableciendo otras prioridades alejadas de la reproducción y unificación humana.

Las nuevas formas de vivir la sexualidad permitieron percibir una mayor libertad y autonomía en cada persona, sobre todo en el género femenino, las cuales vivían su sexualidad limitada solo a temas referentes a la reproducción y maternidad. Sin embargo como bien se hizo referencia en la tercera revolución sexual, esta fue impulsada por el poder, por ello comenzó una lucha entre “lo que tú tienes, y que yo también quiero tener”.

Por lo tanto el género femenino fue obteniendo todo aquello que en años pasados solo podía imaginar y desear. Se registró una gran participación dentro de las actividades laborales, la actividad sexual se convirtió en un medio de disfrute antes que de reproducción, y la individualidad antes que una pareja se convirtió en una tendencia para las nuevas generaciones.

En muchas ocasiones se afirmó que el deseo de tener hijos se había esfumado en las nuevas sociedades, sin embargo al pasar de los años empezó a incrementar el número de personas que acudía a tratamientos de reproducción asistida y concebía a su primer hijo alrededor de los 40 años. Por lo tanto podríamos preguntarnos ¿el deseo de tener hijos se ha esfumado o cada vez se asocian más exigencias y responsabilidades a la idea de convertirse en padre o madre?

Probablemente para obtener con certeza una respuesta a este cuestionamiento, se tendría que tener una muestra de población mucho más extensa, que nos acerque a la realidad social. No obstante esto no nos impide saber que las mujeres en la actualidad siguen deseando tener hijos de la misma manera que lo hacían las mujeres de hace 20 años, sin embargo la sociedad moderna caracterizada por ser individualista ya no construye a personas “naturalmente” dispuestas a cuidar de un hijo, sino que cobra fuerza lo que se conoce como el deseo de una vida propia. Así mismo es importante señalar que el aplazamiento de la maternidad no solo crea angustia por saber que el tiempo puede agotarse, sino que comienza una eterna culpabilidad por un proyecto de vida mal planificado o incluso expresan sentir un vacío por una meta inconclusa.

Por otra parte, no solo es cuestión de un “reloj biológico” la causa de que repentinamente el convertirse en padres se vuelva una necesidad más que en un deseo. Así que durante las entrevistas se detectó otro aspecto que es determinante en la reacción de cada persona ante la posibilidad de encontrarse sin hijos en una edad considerada biológicamente madura. La religión fue un tema que sobresalía durante las historias de cada persona entrevistada, incluso aunque sus respuestas no hicieran énfasis en sentirse pertenecientes a una religión en específico, cada participante externaba de diferentes maneras el cómo sus creencias definieron su proceso de duelo.

Podemos abordar este tema considerando que la religión es una institución social, la cual tiene como principal función regular la conducta del ser humano que tuvo origen en la necesidad de creer en un Dios, en un ser superior que fuera capaz de dominar las fuerzas de la naturaleza y el mundo. Aunque es cierto que en



décadas pasadas la religión fue el punto central en el que giraba la sociedad, en la actualidad hay diferentes puntos de vista que la colocan como una “elección” y no como una creencia natural e indispensable.

A continuación puede observarse que aunque ninguno de los participantes se considera apegado en gran medida a un grupo religioso, nunca dejaron de mencionar estar sujetos a los planes o decisiones de “alguien o algo” que ellos no podían controlar.

***A: “El proceso en el que estuve en tratamiento fueron tres meses, ya que en enero me dijeron que estaba embarazada. Cuando eso pasó quería salir y gritarle al mundo que estaba embarazada. Fue el momento más feliz, pero a la vez sentía angustia, no quería ilusionarme de más porque temía que pudiera pasar lo mismo que en el otro embarazo. Aunque realmente me preguntaba ¿qué fue lo que hice mal?, o tal vez el medico que me estaba atendiendo lo había hecho mal, pero al final creo que todo pasa por algo, Dios por algo lo hizo y aunque no pude tenerlo en mis brazos, siempre estará en mi corazón.”***

*A continuación se presentan algunos fragmentos bíblicos que reflejan el cómo es percibida y resuelta la condición de esterilidad/infertilidad.*

Sarai Génesis 11:30 Dios prometió a Abraham y a Sara una descendencia, pero ella no dio a luz a su hijo Isaac, hasta los 90 años de edad.

Rebeca Génesis 25:21 Isaac, su esposo, oró fervientemente, y Jehová respondió; tiempo después nació su hijo Jacob.

Raquel Génesis 30:1, 22-24 Ella oró y al fin Dios “abrió su matriz” y dio a luz a un hijo, José.

Lo dicho hasta aquí supone que es importante reafirmar el sentido religioso que cada persona puede otorgarle a la condición de infertilidad, ya que como fue

expresado anteriormente por una de las participantes, la condición de esterilidad/infertilidad se convierte en una mezcla de emociones, debido a que son orilladas a aceptar el que una de las situaciones más dolorosas de su vida tenga una “buena razón de ser” aunque notablemente no se encuentren señales para creerlo.

De modo que podríamos afirmar que la religión cumple distintas funciones, no solo en la condición de esterilidad sino en cualquier otra situación que represente una amenaza para la vida, sobre todo cuando esta recae en el ámbito corporal.

En primera instancia se puede observar como el creer en un ser supremo puede ofrecer esperanza o bien resignación ante cualquier tipo de situación. No obstante en otros casos comienza a ser un constante recordatorio de que “otras” personas han logrado tener incluso más de un hijo sin ningún tipo de problema. Culturalmente siempre se ha tenido la premisa de que los hijos son un regalo de Dios y una bendición, por lo tanto es inevitable que entre las parejas comiencen los cuestionamientos acerca del “buen o mal” comportamiento que han tenido durante su vida en comparación con otras personas.

***I: “Porque yo, mis otro cinco hermanos si tuvieron y yo no. A veces hasta me hacía embarazos imaginarios, tenía náuseas y dolores”.***

He incluso puede convertirse en una razón más para culpabilizarse de la situación que se está viviendo, tal y como lo expresa el siguiente participante.

***E: Si llegue a pensar que era un castigo, o que yo no era responsable para poder cuidar un hijo. Si me hacía preguntas como ¿Qué hice?.***

Por tanto referente a este apartado podemos concluir que los mandatos religiosos están fundamentados principalmente en el grupo familiar, la reproducción y el arrepentimiento, pero sobre todo en la esperanza y la fe que concede una nueva oportunidad de que su deseo pueda realizarse. La religión y la espiritualidad son comúnmente percibidas como una forma de atribuir sentido a la vida, de tener esperanza y de encontrar un estado de paz en medio de los acontecimientos que nos desequilibran por completo como lo puede ser un diagnóstico de esterilidad.

## AUTOESTIMA

En cada una de las categorías a desarrollar es posible observar las redes que se construyen en la vida cotidiana de cada participante. Su historia se ve inmersa en un conjunto de prácticas, creencias y expectativas, sin olvidar la expresión de afecto a los demás, y a las situaciones o cosas a las que nos vamos enfrentando, siendo el afecto que construimos por nosotros mismos el más importante.

Al igual que otras condiciones, la infertilidad ataca directamente a los roles sociales de cada persona, es decir, el padecimiento a su paso va anulando, “las mejores características” que cada persona “debería poseer”.

El concepto de propia valía tiene su fundamento en la integración de pensamientos, sentimientos y sensaciones sumadas principalmente a lo largo de la infancia, donde su existencia está plagada de experiencias gratificantes o complicadas en la historia personal, no obstante la autoestima es algo que se aprende y, como todo lo aprendido, es susceptible de cambio y mejora a lo largo de toda la vida. Nunca se deja de construir la percepción corporal, mental y afecto por sí mismo.

A continuación durante el discurso de algunos participantes puede observarse el desgaste emocional y físico al que se enfrentan en cada una de las etapas del duelo. Cabe mencionar que no todas las personas diagnosticadas con esterilidad deciden iniciar un tratamiento de reproducción asistida o comenzar trámites de adopción, sino que deciden encontrar o crear nuevas formas de vivir y no por ello resultan menos o más afectados que otros.

***A: “Someterse a un tratamiento es un desgaste económico y mental, te hacen muchísimos estudios, y mes con mes estas a la expectativa de si se logró o no. Tuve un apoyo psicológico después del aborto, era una amiga del hospital que era psicóloga, pero durante el tratamiento no tuve ese tipo de asistencia, sólo al principio nos dieron una plática de lo que consistía el tratamiento y todos los mitos que había sobre él”.***

Tanto los actos como las características personales son criticados permanentemente por los demás en forma tanto constructiva como descalificadora. Así, los demás se convierten en elementos fundamentales del proceso de construcción de la autoestima, siendo evaluadores externos a la persona.

***A: “Mi hija es todo, mi mundo gira alrededor de ella, es oro para mi. Yo jamás pensé que iba a terminar separada de mi marido. Tarde tiempo en juntarme, y hable con él acerca de tener hijos y lo que pasaría si no losuviésemos. No quería que si eso no sucedía el buscara a alguien más, termináramos separándonos y me quedara sola, pero al fin de cuentas me quede sola y lejos de mi hija”.***

***T: “Lo que creo que nos pasó, o al menos a mí, es que decía “porque no lo tiene él, porque el mal lo tengo yo, mejor búscate a otra que tal vez te pueda dar un hijo”***

Cuando se es niño o adolescente existe una mayor dependencia respecto a los demás para ayudar a mejorar la autoestima, sin embargo como adultos la mayor parte del trabajo tiene que provenir de sí mismos, principalmente para alcanzar un sentido de vida y autorrealización.

***A: “Creo que Octavio cambió a raíz del primer aborto, parece que se frustró, es algo que deseábamos mucho los dos. Yo quería intentarlo a mis 40 años pero también estaba consciente de que podía fallar. Él si estaba seguro de que me iba a embarazar.”***

Hemos aprendido a vivir por objetivos, a plantearnos retos, sin embargo muchas veces olvidamos el para qué, nos desconectamos del propósito y de nuestros valores, para poder ajustarnos a esa imagen ideal que habíamos preparado para nosotros mismos; la de buenos padres, excelentes profesionales, y divertidos amigos. Nuestro empeño por controlar el proceso y nuestra autoexigencia hace que perdamos de vista el camino, la posibilidad de equivocarnos, de aprender y disfrutar. Desconfiamos del todo llegará para aferrarnos al apego, a la

desconfianza y al miedo, que en determinado momento recaen corporalmente y se convierten en enfermedades emocionales o físicas.

***E: “Todas las preguntas que hacia eran para mí, me acababa de pasar lo de la vesícula y ahora esto, incluso me empezaron a doler los testículos; cuando me empecé a tratar me dijeron que podía ser a causa de ese rechazo o indignación de mi parte a la situación que estaba pasando”.***

En el caso específico de la esterilidad, el recibir un diagnóstico transforma la autoestima de cada persona en un sentido negativo, en la mayoría de los casos, ya que se empiezan a percibir conductas y pensamientos destructivos totalmente alejados del cuidado y respeto humano. A continuación dicha situación se ve reflejada en la narración de la participante. ***T: “Yo siempre fui muy ajena a mi cuerpo, siempre me costaba trabajo revisarme. Por ejemplo no podía hacerme el tacto porque me empezaba a bajar la presión, sentía horrible. Entonces después de esto (esterilidad) tome la conciencia de cuidarme y empezar a explorar mi cuerpo.”***

Somos seres en constante cambio, las conversaciones que tenemos durante el día, las nuevas personas que conocemos, la comida que probamos y las emociones que experimentamos, nos dirigen hacia nuevos estilos de vida. Por lo tanto la manera en como el médico transmite el diagnóstico, la reacción y apoyo de los familiares ante la situación, los medios percibidos para resolver el problema y el tiempo invertido en algún tratamiento, resulta determinante para generar nuevas formas de vivir la esterilidad/infertilidad, o tal vez aún mejor, reconstruir totalmente el significado de autorrealización personal reconociendo las innumerables formas de llegar a ella sin dañar nuestro cuerpo y esencia.

## RELACIÓN ORGANO EMOCIÓN

*“Es más fácil construir niños fuertes que reparar adultos rotos”*

*Frederick Douglas*

Con el fin de unificar y relacionar al ser humano con cada componente del mundo exterior, es importante hablar y difundir el cuidado hacia nuestro cuerpo que funge como un espacio de representación de vida. Desde la niñez comenzamos a plasmar memorias en el cuerpo que al paso de los años nos fortalecen o por el contrario debilitan nuestro equilibrio, esto mediante las vías principales de alimentación del cuerpo como lo es la comida y las emociones, las cuales otorgan la energía y equilibrio necesario para mantener la vida.

Por tal motivo a lo largo de las entrevistas se pudo observar el cómo los participantes diagnosticados con esterilidad/infertilidad mantienen estilos de vida coincidentes que contribuyen a formar determinados padecimientos y condiciones corporales.

El primer aspecto relevante en la historia de vida de los participantes es la edad en la que fueron diagnosticados con esterilidad/infertilidad, la cual se encuentra en su mayoría en un rango de edad de los 30 a los 40 años, en la cual la inquietud por convertirse en padres se empezaba a hacer presente. Es aquí cuando el tener relaciones sexuales comenzó nuevamente a tener un sentido de reproducción y no solo de satisfacción.

A continuación dos de los participantes narran el como junto a sus parejas se dieron cuenta que no podían embarazarse.

***I: “Nosotros siempre nos cuidábamos, y un tiempo cuando ya estábamos viviendo juntos dejamos de cuidarnos y nos dimos cuenta que no pasaba nada”***

***E: Los primeamos años si nos cuidamos, después mi esposa empezó a tener una cierta alergia al látex; entonces dejamos de cuidarnos, y dijimos a***

***ver si pasa, fue tiempo después cuando dijimos no pasa...no pasa ... y pues empezamos a ir a muchos médicos, y así fue como nos dimos cuenta.***

Debido a que la esterilidad/infertilidad no tiene síntomas característicos que ayuden a detectarla antes de ir a una consulta médica, la única forma de saberlo o sospecharlo es que mes con mes no se tengan señales de embarazo a pesar de no estar haciendo uso de algún tipo de preservativo. Así mismo cualquier dolor relacionado al aparato reproductor como lo es el dolor en la zona pélvica, irregularidades en el sangrado menstrual o molestias en los testículos o pene, no está relacionado en primer instancia con esterilidad, sino con la salud del órgano sexual afectado relacionándolo principalmente con la posible afectación en su desempeño sexual.

Por otra parte al ser diagnosticados y conscientes de su condición a una edad madura, significa que el tiempo de acción y solución se ve reducido debido a la lucha constante con el reloj biológico reproductivo que en términos médicos disminuye considerablemente el convertirse en padres.

Otro aspecto que permea notablemente el ser diagnosticado y la forma de vivir con la esterilidad, son las emociones expresadas con más frecuencia por cada persona. En el caso de los participantes de esta investigación puede observarse que las emociones predominantes son la tristeza, el enojo y ansiedad, los cuales a su vez coinciden con los sabores que prefieren degustar en la actualidad y a lo largo de su vida.

También podemos observar algunas diferencias en lo que se refiere al género. En cuanto a los varones se puede ver que su sabor preferido es el picante y a su vez la emoción que predomina en ellos es la tristeza, el miedo y el enojo. Así mismo en el género femenino predominó la preferencia por el sabor dulce, quienes a su vez mencionaron que las emociones que frecuentemente expresan en su vida diaria son la tristeza y la ansiedad, las cuales son coincidentes con las enfermedades que cada uno de los participantes padece actualmente.

Una de los padecimientos más frecuentes mencionados por los participantes es la gastritis, colitis e hipertensión, las cuales como bien es sabido son padecimientos causados principalmente por una mala alimentación y por estar sometidos a un estrés excesivo, que no le permite al cuerpo asimilar las experiencias que se viven día a día, sino por el contrario quedan estancadas en un lugar de nuestro cuerpo, frecuentemente en aquel que se encuentra debilitado por ciertos estilos de vida.

Si recordamos el lenguaje popular literario, hay muchas expresiones comunes que se utilizan con frecuencia y que tienen que ver con la correlación psicosomática, por ejemplo, las expresiones “Tengo un nudo en la garganta”, “Se me rompió el corazón a pedazos”, “La persona que me atragantó”. Son referencias de cómo algo que tiene que ver con lo emocional se transforma en manifestación somática, y la sabiduría popular nunca falta.

A continuación se puede observar el cómo algunos de los participantes hacen referencia a la manera en que su desestabilidad emocional tuvo repercusiones directas en su cuerpo.

***E:” Empecé a tener dolores en los testículos y luego me provoqué lo de la vesícula, entonces el maestro Sergio me hablaba de una indignación y yo creo que en gran medida fue eso y no nada más lo del embarazo, sino lo de mi papá y muchas cosas más, y preguntarse ¿por qué soy así?, porque viví una vida con muchos excesos”.***

Así mismo, durante esta reflexión el participante “E”, también compartió su experiencia a lo largo de la infancia, en la cual menciona que padeció de asma, aclarando que en la actualidad no ha presentado ningún síntoma que le indique, que esta sigue presente. A continuación el participante explica más a fondo la situación que para él fue determinante en la desaparición repentina de su padecimiento.

***E: “Yo como fui un niño asmático, la mayor parte de la infancia estuve en hospitales. Pero ya después de los 12 años ya nada, algo paso”.***



**E: “Mi infancia la recuerdo muy feliz, hay un momento en el que mi abuelita le dijo a mi mamá: si se va a morir que se muera pero déjalo ser niño” entonces algo paso, todo eso que dicen del discurso médico de que no puedes salir, no puedes mojarte, lo hicé. Y ahora no se si lo tengo o no pero no he tenido ningún síntoma, ni he tenido necesidad de usar el spray”**

Enseguida se muestra el caso de otra participante, quien de igual manera percibió la relación y conexión entre sus emociones, su vida diaria y su cuerpo.

**I:“Siento que me falta algo, no sé qué es, pero siento que me falta algo, como de la parte emocional, hago muchas cosas por los animales, por los perritos, pero me gustaría hacer esto con mis hermanos o llevarnos como antes nos llevábamos. Además por esto mismo, por las tristezas y los corajes tengo muchas enfermedades, principalmente mi colitis y la gastritis”.**

Al escuchar las historias de vida de cada participante es inevitable percatarse del papel que juega la memoria en nuestras vidas, ya que esta es un glorioso y admirable don de la naturaleza por el que recordamos las cosas pasadas, abrazamos las cosas presentes y contemplamos las cosas futuras por su parecido con las pasadas (Yates, 2005). No obstante los abusos de la memoria pueden ocasionar un cambio corporal que se expresa en un cuerpo que no es capaz de responder a las demandas de una sociedad que elevó los procesos de una memoria que debe ser de rápida respuesta. Si los procesos se atropellan en el individuo, significa que se acumula una experiencia que no deja que fluya el proceso de una relación de vida y para nosotros una enseñanza de la unidad órganos y emociones al interior del sujeto, con implicaciones que el cuerpo no está desarrollando correctamente para estos tiempos.

En la cultura de la inmediatez enfocada en hacer y tener, apenas queda tiempo para ser, la comida debe ser rápida y el amor también, lo cual no da lugar al deleite gastronómico ni al placer del enamoramiento. Por lo tanto tampoco existe cabida para aquellos cuerpos enfermos que requieren de un tiempo para sanar por sí mismos, ya que los fármacos aceleran su proceso de recuperación creando una

ilusión de bienestar por algún tiempo. Este ritmo acelerado de vida nos impone la presión de que todo se tiene que hacer de una manera acelerada, lo que nos conduce a tener comportamientos impulsivos que nos llevan al estrés y la ansiedad. Es así como la esterilidad/infertilidad en las personas no es la primera expresión de desequilibrio en el cuerpo, ya que cada persona trae consigo enfermedades causadas por el estrés de la vida cotidiana, así como la dosis de medicamentos ingeridos desde la infancia que deterioran el organismo y la calidad de vida día con día.

## 5.1 CONCLUSIONES

Al inicio de este trabajo se plasmó un gran panorama acerca de la condición de esterilidad/infertilidad desde diferentes ámbitos. Se dió un amplio recorrido por la teoría médica, que nos aclaró puntos importantes, tales como la descripción conceptual del diagnóstico, la afectación orgánica, así como los tratamientos estudiados y empleados para erradicarla. Sin embargo uno de los principales propósitos de la investigación es ampliar el campo de intervención de esta condición, apostando por la unificación y relación integral del ser humano. Dicho de otra manera se busca dar a conocer que somos más que una estructura compuesta de órganos respondientes ante estimulación externa; hemos sido objeto de estudio por siglos, sin embargo el problema no radica en que seamos estudiados, sino para qué estamos siendo estudiados, ¿esto tiene un fin de desarrollo y plenitud humana?, o ¿simplemente continua siendo un medio de control para satisfacer fines individuales?

Evidentemente no podemos incluir a toda la población en el grupo que utiliza o está a favor de la investigación y el trabajo como medio de control, ya que existe una cantidad inimaginable de posturas y percepciones que superan cualquier estrategia para homogeneizar el mundo. Por tal motivo el trabajar con el tema de esterilidad abre la oportunidad de ahondar en una condición que pareciese no causa ningún dolor físico ni emocional, especialmente para las nuevas generaciones que han reconstruido su esquema de prioridades, donde el “cuidar de sí mismos” se ha confundido con egocentrismo, ya no hay más espacio para cuidar y procurar a otros, por lo tanto no se considera una situación de suma importancia que requiera atenciones especiales. Como ejemplo de dicha situación podemos tomar un diagnóstico de cáncer de mama, el cual se es sabido es una enfermedad terminal que se refleja notablemente en el cuerpo y las emociones, ante la cual reaccionamos de una manera alarmante brindando apoyo a la persona que fue diagnosticada, ya que el deterioro de la persona es perceptible día tras día. Sin embargo que se podría decir de condiciones biológicas que no son consideradas mortales, como es el caso de la esterilidad, la cual en su

mayoría no presenta un deterioro físico perceptible para los demás, por lo tanto la importancia que se le otorga decremента, debido a que las sociedades fundamentadas en la razón son enseñadas a actuar hasta que se reciben evidencias contundentes y válidas para evaluar el sufrimiento ajeno.

En ciertas situaciones resulta evidente que las enfermedades mortales tengan prioridad para las áreas de investigación biológica, médica y psicológica, debido a que la muerte siempre ha resultado ser un tema controversial lleno de connotaciones negativas que se perciben alejadas de la “autorrealización” anhelada del ser humano, sin embargo una de las principales aportaciones de esta investigación se centra en reafirmar la diversidad humana, en el cual se plantea que cualquier actividad que realicemos en la vida diaria nos acerca a la vida o por el contrario a la muerte. Es por ello que a lo largo de las entrevistas se retomaron aspectos como la alimentación, el estilo de vida (escuela, trabajo, hobbies) y emociones expresadas con frecuencia, ya que se pretende construir investigaciones que muestren la naturaleza humana, sin aprisionar los cuerpos en investigaciones descriptivas centradas en su funcionamiento y exactitud.

Si nos preguntamos nuevamente cual es en el mayor de los casos la causa más frecuente del diagnóstico de esterilidad/infertilidad, estaríamos limitando y fraccionando nuevamente al ser humano, centrándonos en reafirmar la teoría lineal causa-efecto. No obstante de acuerdo a la investigación teórica y práctica del presente trabajo se pueden reafirmar los múltiples factores que construyen la condición de esterilidad.

1.- Es una condición que ha ido en aumento con el paso de las generaciones, ya que es cierto que siglos atrás se iniciaron arduas investigaciones sobre el aparato reproductor y la infertilidad, pero fue hasta el año de 1978 cuando se logró el primer embarazo mediante fertilización in vitro, evento ante el cual se empezó a conocer mundialmente que existían miles de casos de personas que no lograban concebir un hijo, además de que esta situación causaba altos niveles de estrés y tristeza al contraponerse con los ideales fuertemente establecidos por la religión y la política . Sin embargo durante siglos la forma en que se ha percibido la angustia

de otra persona ha sido por medio del sentido de la vista, lo cual resulta sumamente superficial para la complejidad y profundidad de la vida humana. La esterilidad/infertilidad no puede ser percibida solo por medio de la observación, ya que es necesario otro tipo de acercamiento que genere nuevos estilos de vivir la condición tanto para la pareja como para todas las personas que forman parte del proceso.

2.- Nos encontramos en la era de la pre-enfermedad, y ya no en el proceso medico en el que se tomaba un tiempo para esperar la evolución o curso natural de las enfermedades. Por el contrario se solicita que se realicen diagnósticos con signos y síntomas mínimos, no teniendo en cuenta el factor tiempo tan importante en medicina, sumado a que el límite entre salud y enfermedad es a veces tenue. Con la afirmación anterior es importante reiterar que el estilo de vida actual es una de las principales causas de que el diagnóstico de esterilidad haya aumentado durante los últimos años, así como los malestares en el aparato reproductor, que originan desequilibrios en su función, principalmente en la menstruación. El estilo de vida que se lleva actualmente se basa en la inmediatez, y los niveles de estrés producidos causan que desde edades muy tempranas se padezca frecuentemente de enfermedades como infección de estómago y vías respiratorias, que se convierten en un estado cotidiano. No obstante el ritmo de vida no se detiene, aunque el cuerpo no esté en condiciones de continuar, así que recurrimos constantemente a fármacos como ibuprofeno, metoclopramida, ketorolaco, etc, para contrarrestar los malestares que en un futuro generan desequilibrios mayores como lo son los problemas de fertilidad debido al gran desajuste hormonal que ocasionan.

3.- Por otra parte sabemos que la condición de esterilidad/infertilidad tiene una gran relación con el concepto familia que es considerada la unidad fundamental de la sociedad, e incluso la perduración de la especie humana se pone en manos del apoyo y los cuidados familiares. Si bien está claro que la esterilidad/infertilidad ataca a los cuerpos debilitados por los nuevos estilos de vida apresurados y emocionalmente inestables, habrá que enfatizar de igual manera que la vida

después de ser diagnosticados con esterilidad es un proceso doblemente estresante debido a que su “recuperación” se enfoca en la satisfacción de deseos familiares, de pareja y de los propios estándares de la sociedad, para así alcanzar la esperada autorrealización.

A pesar de que la esterilidad/infertilidad usualmente es una situación que se vive en pareja, la angustia y el dolor que experimentan no se reparte entre dos personas para así hacerlo más ligero, sino que se acrecenta viviendo el dolor propio y el de la pareja; así mismo el apoyo social disminuye considerablemente al pensar que no se encuentra entre los padecimientos mortales, por lo tanto el apoyo sólo se concentra en aconsejar acerca de todas las opciones que puedan otorgarles un poco de tranquilidad aunque no se consiga el embarazo.

Al parecer siempre se tiene la sensación de querer hacer algo por la situación a la que nos estamos enfrentando, sin embargo, estas acciones no tienen dirección ni fundamento. Nuestros planes de acción carecen de sentido, es por ello que al intentar entre tantas alternativas e invertir un tiempo considerable en la situación, continuemos sintiendo un vacío y una sensación constante de que nada ha sido suficiente. En el caso específico del diagnóstico de esterilidad /infertilidad existe definitivamente un panorama desconocido por parte de la sociedad, en el que sólo se describe como “la incapacidad de concebir un hijo por medios naturales”, sin embargo pocas veces se piensa en la parte del organismo dañada que impide realizar esta función, no existe mayor preocupación por ella debido a que no se concibe que el aparato reproductor tiene otras funciones en el organismo que le permiten vivir en equilibrio.

Carecemos del cuidado y atención por nuestro cuerpo y el del otro, las emociones son experimentadas de maneras extremas lo cual tiene repercusión en nuestra salud, por ello el motivo por el cual se realizó esta investigación se inició con el fin de otorgarle voz a las personas que han pasado o están pasando por esta situación, la intención es brindar la posibilidad de crear nuevas formas de vivir la esterilidad, ya que desde el inicio de esta investigación se relató la construcción de este padecimiento, envolviéndonos en una serie de acontecimientos políticos y

religiosos que en ocasiones nos llevan a tomar posturas rígidas ante cualquier situación que se esté viviendo. Por ello la esterilidad/infertilidad es la condición que “imposibilita concebir un hijo por medios naturales” sin embargo a través de la teoría y las historias de vida compartidas por cada participante, podemos afirmar que es una posibilidad de encuentro con su cuerpo, sus emociones y su relación con los que le rodean. La esterilidad no es solo una situación presente, es una construcción de toda la vida.

## 5.2 REFLEXIONES

A lo largo de mi paso por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, he tenido la oportunidad de emprender diversos proyectos, entre ellos algunas investigaciones de temas y perspectivas teóricas que me han permitido ser una persona al momento de iniciar la investigación y otra muy distinta al concluirla. Considero que el decidir emprender un nuevo proyecto siempre viene acompañado de un significado personal que de una u otra forma alimenta el ser, y te conecta con un sin número de personas que desean compartir su historia y otorgar valor a todas las voces. Al elegir estudiar la carrera de psicología siempre tuve en mente acercarme a todos aquellos temas que estuvieran relacionados con el ser humano, pero no en una forma superficial, sino de una manera profunda, aunque estas sean situaciones que nunca hayamos experimentado, y personas a las que nunca hemos conocido.

Esta investigación me permitió saber que nada es ajeno a mí, sino que estamos en constante conexión con todo lo que nos rodea, lo cual nos hace responsables de poder colaborar para que cualquier situación en el mundo mejore. Como un ejemplo de esta responsabilidad y compromiso por mantener la vida, me gustaría hacer mención de cada uno de los participantes de esta investigación quienes a través de su historia me permitieron construir un puente de comunicación con otro grupo de personas, lo cual significa movernos por un momento de nuestro estilo de vida individualista y lineal para así mirar formas de vida distintas a la nuestra. Cada una de las entrevistas me otorgó una mirada distinta en cuanto a la condición de esterilidad/infertilidad, que me permitieron ver más allá de un diagnóstico y de todas aquellas características a las que son sometidos, para que cada persona viva la esterilidad de una manera única, sin permitir explorar o generar nuevas alternativas que promueven la vida en lugar de destruirla con indiferencia, abuso de sustancias e infinidad de procedimientos innecesarios para la vida y el cuidado de sí mismo.



El realizar historias de vida con cada uno de los participantes, me permitió establecer otro tipo de comunicación diferente al que regularmente estamos acostumbrados, debido a que se abordaron aspectos que usualmente son olvidados al entablar una conversación. Considero que una investigación debe de impactar en 3 momentos: “antes de iniciarla” ya que te permite mirar más allá de lo evidente y de lo conocido, “en el proceso de investigación” porque te acerca a otro tipo de personas con los que se logra hacer un intercambio de ideas, y “al concluir la investigación” ya que te proporciona nuevas herramientas para hacer frente a la situación, además que al escribir y hablar sobre un tema se le otorga valor e importancia, debido a que todos deberíamos hablar de ello y sobre todo hacer algo por ello.

Por tales motivos mi propuesta ante la esterilidad/infertilidad en hombres y mujeres se concentra en el trabajo preventivo, principalmente con el cuidado del cuerpo y el valor otorgado al aparato reproductor, debido a que los malestares en los órganos sexuales nunca son tan importantes hasta que se desea que cumplan su función primordial que es la reproducción. Es importante mencionar que el punto central del problema no es la falta de información, sino la indiferencia ante todo este cúmulo de información; ya que la educación que recibimos diariamente en nuestros hogares desde que somos niños define el sentido que le daremos a todo el conocimiento que recibiremos a lo largo de nuestra vida.

Los temas que se consideran importantes a tratar en la actualidad, son sólo aquellos que tienen beneficio político, comercial y religioso, en ellos se invierte en investigación y atención para resolver sus conflictos. Otro punto que resalta la educación recibida en la casa y en las escuelas son los ideales de autorrealización femeninos y masculinos que durante décadas se han establecido de un extremo a otro. Así como el estudio en las mujeres era antes algo completamente negativo, ahora el tener hijos e incluso tener más de 1 es considerado algo completamente perjudicial para la felicidad y realización completa del ser humano, lo cual se ha grabado claramente en las nuevas generaciones no solo llevando este mensaje a su cerebro sino a todo el cuerpo.

Claramente el vivir la esterilidad/infertilidad de una manera diferente requiere de una movilización de todos los aspectos que conforman al ser humano, aunque inicialmente comencemos por nosotros mismos , divulgando esta información y promoviendo el que se compartan historias de vida que le otorguen al otro una nueva posibilidad de vivir con la enfermedad. En cuanto al ámbito médico se requiere su apoyo para la difusión de grupos de apoyo tanto de manera virtual como presencial acerca de la esterilidad. Observemos un carnet médico y analicemos cuales son las áreas en las que los centros de salud puntualizan, ya que existen apartados para cuidados dentales, oculares, nutrición etc.; cabe mencionar que existe un apartado para salud sexual y reproductiva, sin embargo se limita a la promoción y otorgamiento de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Claramente para las sociedades es confuso y contradictorio el que se hable de reproducción, cuando los últimos años han sido dedicados a contrarrestar los embarazos no deseados y a proporcionar e informar sobre los métodos anticonceptivos como solución para obtener una vida productiva y realizada además de obtener millones de pesos para la industria farmacéutica. Sin embargo desde el inicio de esta investigación se propuso el equilibrio como estrategia para construir un bienestar completo, donde lo que emprendamos por nosotros mismos siempre pueda tener un beneficio para los demás.

*Agradezco la oportunidad de emprender esta investigación y abordar un tema que tiene múltiples significados para mí. Es gratificante para mí el poder compartir una parte de mi visión del mundo para que en algún otro momento esta pueda ser compartida y todos nuestros pensamientos se puedan hacer al fin realidades.*

## BIBLIOGRAFIA

- Acuña, M. (1993). La adopción: una alternativa de reubicación al menor abandonado. *Revista de Ciencias Sociales*, 59 (1),25-26.
- Ambriz, M. (2005). Construcción del rol de maternidad y su relación con la formación de la identidad genérica femenina en la cultura mexicana (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Edo. de México.
- Antequera, R. Moreno-Rosset, C. Jenaro, C. y Avila, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29,( 2),5-10.
- Ares, P. (1996). Virilidad ¿conocemos el costo de ser hombre?, *Revista Cubana de Psicología*, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, 13 (2),137-149.
- Arjona,A.(2009).La educación patrimonial como estrategia para la formación ciudadana. *Reunion Iberoamericana de la Red de Escuelas Asociadas de la UNESCO/REDPEA*.1(154),2-6.
- Aspillaga, H. Avendaño,B. y Aguirre, M.(2012). Método de Estudio para el Cromosoma Y. *Revista Chilena de Pediatría*, 53(1),1-6.
- Ávila-Espada, A. y Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2),186-196.
- Aytoz, A. Camus, M. Tournaye, H. Bonduelle, M. Steirteghem, A. y Devroey, P. (1998). Outcome of pregnancies after intracytoplasmic sperm injection and the effect of sperm origin and quality on this outcome. *Fertil Steril*. 70 (1), 500-505.
- Baqueiro,E. y Buenrostro,R.(2009) .Derecho de Familia .Mexico:Oxford
- Bestard, J. (2009). Los hechos de la reproducción asistida: Entre el esencialismo biológico y el constructivismo social. *Revista de Antropología Social*, 18(83),95-100.
- Bezanilla,J. y Miranda,M.(2014).La familia como grupo social: Una reconceptualización. *Alternativas en Psicología*,3 (1),58-73.

- Bianchi, X. y Estremero J. (2003) .*Ciclo vital : crisis evolutivas*, Buenos Aires: Fundación de Medicina Familiar.
- Bitzer, J. (2001). Counselling in infertility treatment. Guidelines for counselling in infertility. European Society of Human Reproduction and Embryology: Human Reproduction, 16 (1),1301-1304.
- Blake, W. (2010). Pairwise selection assembly for sequence-independent construction of long-length DNA. *Nucleic Acids Res*, 38(8) ,2594-602.
- Blasco, J. y Perez, J. (2007). Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y deporte: ampliando horizontes. España: Club Universitario.
- Brugo-Olmedo, S. Chilick, C. y Kopelman, S.(2003).Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia Ginecología*. 54(4), 227-248.
- Castan, J.(2015). Derecho Civil Español común y foral. Madrid:REUS
- Cherry, N. Labrèche, F. y Collins, J.(2001).Occupational exposure to solvents and male infertility. *Occupational and Environmental Medicine*; 58 (13),635-640.
- Consejo Nacional de Población (2013). Proyecciones de Población 2010-2050, México. Recuperado de: <http://www.conapo.gob.mx>
- Dolz, P. y García, A. (2002). Incidencia positiva de los Programas de Apoyo Psicológicos en los Tratamientos de Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, 24(2),233-234.
- Domínguez, R.(1999). ¿Existen las causas psicológicas de la infertilidad?. *Sociedad Chilena de Fertilidad*, 7(1), 6-7.
- Domínguez, V. (2002). Psicología e infertilidad. *Revista Médica de la Clínica Las Condes*, 13(1) ,5-10.
- Fagetti, A.(1995). Los cambiantes significados de la maternidad en el México rural, Relaciones de género y transformaciones agrarias, México: Colegio de México.

- Famá, M. (2012). El derecho a la identidad del hijo concebido mediante técnicas de reproducción humana asistida en el proyecto del Código Civil y Comercial de la Nación. *Lecciones y ensayos*, 90 (2), 171-195.
- Grimberg, C. (1982). *Historia Universal. El siglo de la Ilustración*, Barcelona: Editorial Daimon.
- González, I. y Miyar, E. (2001). Infertilidad y sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 291-295.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (2001). *El diseño de la investigación; problemas, casos y muestras. Etnografía*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, A. (1999). Caracterización de la mujer infértil: resultados de un estudio estandarizado. *Revista Cubana de Endocrinología*, 10 (11), 16-24.
- Ibarra, L. (1992). *La visión del mundo de los antiguos mexicanos. Sobre las estructuras cognitivas de causalidad, de tiempo y espacio*. México: Universidad de Guadalajara.
- Ibarrola, A. (1996). *Cosas y sucesiones*, México: Porrúa.
- Jimenez, C. (1998). *La relación del profesional de enfermería con la familia del paciente. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud II*. Córdoba: Universidad de Córdoba.
- Kentenich, H. (2002). Guidelines for counselling in infertility. *ESHRE monographs*, 2(3), 1-3.
- Lequerica, P. (2013). *Repercusiones psicológicas de las técnicas de reproducción asistida*. España: Oviedo.
- López, S. (2011). Las primeras explicaciones de lo psicossomático en México. *Mundo Siglo XXI, Revista del CIECAS-IPN* ISSN 1870-2872, 25(7), 65-78.
- López, A. y Perez, E. (2012). El valor de la procreación y el embarazo desde la cosmovisión Mesoamericana. *Revista Antropoformas*, 2(1), 42-58.
- Llavona, L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 158-66.

- Macaluso, M. Wright-Sharp, J. Chandra, A. Johnson, R. y Satterwhite, C. (2008). A public health focus on infertility prevention, detection, and management. *Fertility and Sterility*, 93 (1), 1-10.
- Martín-Cala, M. y Tamayo-Megret, M. (2013). Funciones básicas de la familia: Reflexiones para la orientación psicológica educativa. Centro Universitario de Guantánamo, 44 (13), 60-71.
- Marre, D. (2010). Adopción familiar: una visión antropológica. Bilbao: Mensajero
- Max-Neef, M. Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1986). Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro, Chile: Copour.
- Minuchin, S. (2004). Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa.
- Molina, M. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Revista Scielo*, 2(15), 93-103.
- Moreno-Rosset, C. (2008). Infertilidad y psicología de la reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 154-57.
- Novel, G. y Sabater, P. (1991). Familia y formas familiares. Enfermería psicosocial II, Barcelona: Salvat
- Oddens, B. Tonkelaar, I. y Nieuwenhuys, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems a comparative survey. *Human Reproduction*, 14 (1), 255-61.
- Obeirman, A. (1978). Construcción de un instrumento para la detección de factores de riesgo en el postparto inmediato. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires
- Oberman, A. (2004). Historia de las madres en occidente: Repensar la maternidad, *Psicología, Cultura y Sociedad*, Universidad de Palermo, 5(1), 115-128.
- Oliva, E. y Villa, J. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia ISSN 1692-8571*, 10 (1), 11-20.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Informe bienal del Director General a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud.(2008). Fertilidad y Esterilidad.Comite Internacional para el monitoreo de la tecnología de reproducción asistida.,92(5),1,5.
- Padilla, S.(2004). Derecho Romano, México: Editorial Mac Graw Hill.
- Palacios, E. y Jadresic, E. (2014). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía<sup>[L]</sup>Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatria*, 38(2),6-10.
- Palacios, J., Román, M. y Camacho, C. (2010). Growth and Development in Internationally Adopted Children: Extent and Timing of Recovery After Early Adversity,*Health and Development*, 2 (1),1-7.
- Palacios, J. y Sánchez-Sandoval, Y. (1996). Relaciones padres-hijos en familias adoptivas. *Anuario de Psicología*, 71 (3), 87-105.
- Palomar,C.(2005).Maternidad,historia y cultura. *Revista de Estudios de Género La Ventana*,1(22),35-67.
- Pérez, P. (1995). Aspectos psicológicos en esterilidad e infertilidad: Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción. México: Salvat.
- Pérez, M.A. (1989). *La nueva adopción*, Madrid:Civitas
- Pezeshka, K., Feldman, J., Stein, D.E., Lobel, S.M. y Grazi R.V. (2000). Bleeding and spontaneous abortion after therapy for infertility. *Fertility and Sterility*, 74 (4), 504-508.
- Pina, R. (1973). Diccionario de Derecho,México:Porrúa.
- Repokari, L. Punama, R-L. Poikkeus, P. Vilska, S. Unkila-Kallio, L. Sinkkonen J. Almqvist, F. Tiitinen, A. y Tulppala, M. (2005). The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood a prospective controlled study. *Hum Reprod* 20 (4),3238-3247.
- Romero, R. Romero, G. Ignacio Abortes Monroy y Medina ,H.(2008).Factores de riesgo asociados con infertilidad femenina,*Ginecologia Obstetricia Mexico*,76(12),717-21.

- Romero, S. Juárez, B. Galindo, C. Mendoza, M. y Sánchez R. (2009). Prevalencia de alteraciones cromosómicas en pacientes infértiles estudiadas en una clínica de reproducción asistida. *Ginecología y Obstetricia Mexicana*, 77(3), 128-35.
- Ruíz, J. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. España: Deusto.
- Serrano, F. (2010). Estado, golpes de estado y militarización en América Latina: una reflexión histórica política. *Revista Scielo*, 23(64), 175-193.
- Silva, J. (1971). Un campo de batalla (matrimonio y sexo). *Instituto Mexicano de Psicoanálisis A.S.*, 2(1), 161-162.
- Rivas, A. (2009). Introducción: Pluriparentalidades y parentescos electivos. *Revista de Antropología Social*, 18 (1), 7-20.
- Tapia, J. (2013). Derecho de Familia, México: Porrúa.
- Senecky, Y. Agassi, H. Inbar, D. Horesh, N. Diamond, G. Bergman, Y. S., y Apter, A. (2009). Post-adoption depression among adoptive mothers. *Journal of Affective Disorders*, 115, 68-69.
- Stanton, W. Etzel, M. y Walker Bruce, Mc Graw-Hill, (2004). Fundamentos del Marketing, Interamericana, 13(1), 6-8.
- Sussman, D. (1993). Acupuntura, teoría y práctica. Buenos Aires: Kier
- Soussan, P. (2006). Élogio del secreto. Paris: Hachette.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Trebisacce, C. (2013). Ambivalencias y disputas a "la revolución sexual", "La liberación de las mujeres" y el "feminismo" entre la militancia de los años setenta. III Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género, La Plata Argentina, 2(1), 15-16.



- Usategui, E. y Del Valle, A.(2009).Escuela,familia y sociedad:La ruptura de un consenso. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*,39(2),171-192.
- Valdeavellano, L. (1963). *Historia de España I. De los orígenes a la baja Edad Media. Segunda parte*, Madrid, Revista de Occidente,11(1), 535-536.
- Valladares,A.(2008).La familia:Una mirada desde la psicología.*Revista electrónica Medisur*,6 (1),4-13.
- Vandivere, S. Malm, K. y Radel, L. (2009). Adoption USA: A Chartbook Based on the 2007 National Survey of Adoptive Parents. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation,2(1),11-12.
- Vite, V.J. Ortiz, N.D., Hernández, M.I., Tovar, R.J. y Ayala, A. (2005). Análisis epidemiológico de la infertilidad en una población mexicana. *Ginecología y Obstetricia en México*, 73(7), 360-364.
- Wade,P.(2002).Race, nature and culture:an anthropological perspective.Londres:Pluto Press.
- Walters,K. Cintrón, F. y Serrano, I. (2006).Familia reconstruida:El significado de la “familia” en la familia reconstruida.*Psicología Ibroamericana*, 14 (2),16-27.
- Wilcox, AJ, Baird, DD. y Weinberg, CR. (1999). Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 340, 1796-1799.
- World Health Organization. (1992).The influence of varicocele on parameters of fertility in a large group of men presenting to infertility clinics. *Fertility and Sterility*, 57 (3),613-616.
- Yates, F. (2005), *El arte de la memoria*, Barcelona:Siruela.
- Zavala,D. (2006). *Derecho Familiar*, Mexico:Porrua.

# ANEXOS

## GUIA DE ENTREVISTA, HISTORIA DE VIDA

### Ficha de identificación.

- Nacimiento:
  - ❖ A) Historia del embarazo. Incluir toda la información relativa a la concepción en la que se debe recopilar datos en relación con el tipo de alimentación de la madre
  - ❖ vigilancia médica (control periódico, si existió alguna enfermedad y los tratamientos administrados)
  - ❖ tipo de servicios médicos.
- B) Situación de la madre durante el embarazo. Estuvo sola, en pareja (condiciones de vida de la madre y del padre en general hasta llegar al parto), con familiares, otros.
- Relaciones emocionales de los padres durante el mismo; embarazo deseado, planeado, por falla en el método anticonceptivo o impuesto.
- C) Parto. Asistido por un médico (cesárea, fórceps o normal), una partera o sola.
- D) Lactancia y cuidados posteriores. Fue amamantado por la madre o con leche de fórmula (tiempo); la edad de ablactación, tipos de alimentos.
  
- Crianza y crecimiento: Desde el nacimiento hasta la edad actual (la idea es detectar en lo posible los principios del padecimiento).
- A) Estilo de crianza; de qué manera era corregido, al cuidado de quién estuvo y con quienes convivía ya sea porque compartieran la casa o por que se frecuentaran.
- B) Alimentación que comía, con quien comía, cuantas veces al día, donde come, cuales son los alimentos que prefería y rechazaba, sí considera que algunos alimentos le hacen daño (antes y ahora) .
- C) Salud, servicios médicos de que es usuario, formas en que atiende sus padecimientos, con qué frecuencia asiste, enfermedades más comunes que ha padecido y si puede identificar en que épocas, que tipo de tratamientos recibe o a recibido, los medicamentos así como su dosificación. Cuáles han sido los resultados obtenidos en la búsqueda de su salud, tratamientos alópatas, alternativos, pronóstico y expectativas.
- 
- D) Relaciones emocionales: familiares y extra familiares; quienes integran su familia, qué lugar ocupa en ella, actividades, rutinas, rituales, que emociones

experimenta y como las expresa, con cada uno de los miembros de su familia. Relaciones con otros: Indagar al respecto de cómo construye las relaciones emocionales: si se basan en el odio, resentimiento, tristeza, miedo, angustia etc., y sus expresiones como vínculos afectivos con mamá, papá, hermanos, maestros, amigos, parejas, hijos, jefes y compañeros de trabajo.

- E) Trabajo, que necesita hacer para vivir, donde trabaja, horarios, que emociones experimenta con relación al trabajo, proyecto de vida, expectativas de la misma, relaciones emocionales laborales.
- F) Escolaridad, que nivel de estudios, escuelas en las que estuvo, como fue su desempeño, si entabla relaciones emocionales, de que tipo, con quienes y como las expresaba.
- G) Tipo de vivienda, como es la casa donde vive, de que materiales está hecha, como es la distribución del espacio en la misma, desde cuando vive ahí, con qué servicios cuenta, ubicación geográfica (si es ciudad, área conurbada, zona rural, etc., oxigenación, altura) .
- Concepción de la enfermedad:
- A) Tratar de entender cómo la persona vive la enfermedad, es decir si la considera castigo divino, herencia, ya me tocó, bajó del cielo, contagio mecánico
  - Á) Crisis: tratamos de encontrar que hace cuando entra en crisis en su enfermedad, es decir si se deprime, se esconde, llora, se exhibe, se trata de suicidar, etc., entender cómo afecta la enfermedad a su familia.
- B) Concepto del cuerpo y de su cuerpo: Antes y después de la enfermedad para saber si lo vive como un recurso, mercancía, ideal, medio o una posibilidad!!!!!! Importantísimo!!!!!! . Buscar su construcción personal respecto al género y su ideal de belleza, lo mismo que el ejercicio de su sexualidad.
- C) Creencia Religiosa: Preguntar sobre la fe que profesa y cómo la práctica tratando de encontrar la relación con su enfermedad (castigo o bendición).

NOTA: Hacer anotaciones, observaciones y comentarios después de la entrevista.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes que usted decida participar en la siguiente entrevista por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos de la entrevista.

El objetivo principal es conocer datos generales, tales como nivel socioeconómico, salud, alimentación etc. Además de obtener información sobre su historia de vida, relacionada con el área familiar, laboral y emocional, los cuales son datos importantes que ayudarán a hacer un análisis más profundo del caso.

Este constará de una a dos entrevistas que demoraran entre 45 minutos a una hora y media, y se llevarán a cabo en el lugar acordado por usted y la investigadora a cargo.

Se le informa que las entrevistas serán audiograbadas, para conservar la fidelidad de la información que nos provea. Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en dicha investigación, las cuales se aseguraran de que ésta se realice de manera correcta. La información que proporcione será confidencial y para uso estrictamente académico.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

López Zamudio Aylin Alejandra

\_\_\_\_\_  
Nombre del Investigador

\_\_\_\_\_  
Firma