



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Experiencias y significados de las prácticas sexuales de mujeres con problemas de infertilidad

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)**

Sara Berenice Mora Sosa

Director: Dr. **José Salvador Sapién López**

Dictaminadores: Dra. **Diana Isela Córdoba Basulto**

Mtro. **Jorge Guerra García**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La presente Actividad de Investigación-Reporte, forma parte del X Seminario de Titulación organizado por el Proyecto de Investigación: Género, Salud y Sexualidad. "GESSES" de la FES Iztacala UNAM. Cuyos responsables son la Dra. Diana Isela Córdoba Basulto y el Dr. José Salvador Sapién López.

AGRADECIMIENTOS

A mis amados padres, Concepción y José Luis, quienes con amor me han enseñado lo mejor de ellos para hacerme una mejor persona. Gracias por su apoyo incondicional, su cuidado, su preocupación, sus palabras de aliento y sobre todo el gran amor que me han brindado a lo largo de toda mi vida.

A mis hermanos, Paty, Luis y Daniel, por apoyarme de diferentes formas, desde darme una sonrisa o un abrazo hasta ser un soporte en los momentos más difíciles. Gracias a los tres.

A Tania, por ser una persona cuya amistad, apoyo, sonrisas, sudor y lágrimas, amor y sobre todo nuestro reencuentro han esclarecido quién soy. Muchísimas gracias por estar a mi lado en este momento tan importante de esta vida. Siempre juntas, alma gemela.

A Mario, por ser una persona que me ha brindado muchos conocimientos, amor, paciencia y siempre ha creído en mí. Gracias por el increíble apoyo que me has dado en todos los sentidos a lo largo de tantos años. Te admiro mucho.

A mis queridas amigas de la preparatoria y mis amigos de la universidad que han sido parte fundamental de mi construcción personal para llegar a lo que hoy con orgullo soy. Gracias por su cariño y maravillosa amistad que hemos forjado. Los amo.

A la Dra. Diana Isela Córdoba y al Dr. José Salvador Sapién López por enseñarme el sentido de la responsabilidad, lo que es el amor a la profesión y sobre todo, por mostrarme una manera de entender la realidad. Mis respetos, admiración y estima.

Gracias a la vida por permitirme conocer a todas estas y otras bellas personas que han dejado una hermosa parte de sí dentro de mí.

ÍNDICE

1. Resumen.....	5
2. Introducción.....	6
3. Metodología.....	18
4. Resultados.....	28
5. Discusión.....	100
6. Conclusiones.....	131
7. Bibliografía.....	137
8. Anexos.....	146

RESUMEN

La educación social que recibimos nos va forjando como mujeres o como hombres, dicha formación afecta también la manera en cómo percibimos nuestro cuerpo y nuestra sexualidad pues a las mujeres se nos ve como símbolo de lo puro y lo fértil. Es por ello que existe una contradicción entre el deber ser y el ser provocando conflictos psicológicos en la mujer diagnosticada con infertilidad. Esta discrepancia afecta la vida de la mujer, por ejemplo, en las cuestiones sexuales. La infertilidad y las relaciones sexuales están vinculadas intrínsecamente, por lo que éstas se ven alteradas en los tratamientos para la fertilidad y sobre todo cuando no se tiene el éxito esperado. El objetivo de la presente investigación fue conocer las experiencias y significados de las prácticas sexuales de mujeres con problemas de infertilidad. Para tal propósito, desde una perspectiva de género, se utilizó la metodología cualitativa para analizar las entrevistas semi estructuradas realizadas a ocho mujeres que tuvieran infertilidad. Los resultados indican que durante los procesos de fertilidad, las mujeres significaron las relaciones sexuales como poco satisfactorias al tener como prioridad la procreación, dejando de lado la obtención de placer, siendo los encuentros sexuales poco frecuentes y con un carácter obligatorio. El auto concepto que tenían las mujeres se vio modificado al concebirse como “vacías”, “secas” e “incompletas”. Después del proceso de infertilidad, para la mayoría de las mujeres, las relaciones sexuales se redirigieron a la obtención de placer dándole al sexo un significado de satisfacción y como una actividad que formaba parte de una nueva etapa de la vida. Se concluyó que el incumplimiento social de la realización de la mujer a través del embarazo tiene repercusiones en el bienestar mental de la mujer afectando así diversas áreas de su vida desde su autoconcepto hasta sus relaciones sociales, personales y sus prácticas sexuales. Se propone agregar el tema de la infertilidad en la educación sexual y aumentar la participación del psicólogo en el proceso de infertilidad.

Palabras clave: experiencia, significados, infertilidad, mujer, prácticas sexuales

INTRODUCCIÓN

El surgimiento de la perspectiva de género se da a mediados del siglo XX después de una serie de acontecimientos históricos en los que se apreciaba una opresión genérica a las mujeres desde los albores de la revolución francesa entre los numerosos *Cahiers de doléances* (cuadernos de quejas), varios hacían eco de quejas femeninas. El balance del estado de cosas con respecto a la mujer en la revolución francesa da una idea de cuál era la situación en aquel entonces (Burin, 2000). Desde aquellas épocas comenzaron diversos movimientos que buscaban la mejora de las condiciones en las que se encontraban las mujeres como lo era el derecho a la instrucción, al voto y al trabajo. La serie de eventos tanto de opresión a la mujer como sus diversas y diferentes sublevaciones dieron pauta para que en la década de 1970 surgiera dentro de las ciencias sociales una nueva visión, un enfoque teórico metodológico para la ciencia, la Teoría Feminista se estaba haciendo notar.

Fadiman y Frager (2001) mencionan que, dentro del mundo de la psicología, el libro *Toward a New Psychology of Women* de Jean Baker Miller ofreció una nueva perspectiva sobre la psicología femenina la cual sus postulados indicaban el efecto que el contexto sociocultural ejerce en la vida de las mujeres, la importancia que tienen las relaciones para las mujeres y la fuerza legítima de las actividades y capacidades de relacionarse de las mujeres. Estos postulados pusieron en tela de juicio las premisas tradicionalistas donde, desde esta nueva perspectiva, se plantea que también se ha perjudicado la experiencia de los hombres, puesto que se presiona a los niños en aras de la competencia, la desconexión (evitación de la participación en una relación de sensibilidad) y el poder (ídem).

Es así que las teorías feministas se van abriendo paso en la sociedad, dando a lugar en la actualidad a la perspectiva de género.

La perspectiva de género, menciona Cazés (2000), responde a la necesidad de abordar de manera integral histórica y dialéctica, la sexualidad humana y sus implicaciones económicas, políticas, psicológicas y culturales en la vida social de los géneros y de los particulares, es decir, en la organización patriarcal de la sociedad. Este enfoque implica hablar de la relación equitativa entre ambos sexos, sabiendo respetar las diferencias biológicas, y por tanto entender las relaciones hombre-mujer desde otro punto de vista (Chávez, 2004).

La concepción del género no es definida por aspectos únicamente biológicos como diversos teóricos han mencionado, al argumentar que el comportamiento tanto del hombre como el de la mujer se rige por cuestiones de base biológica, entonces ¿todas nuestras acciones, pensamientos, roles, sentimientos, ideologías y nuestro género, están ya predeterminadas desde antes de nuestro nacimiento?

Es necesario hacer la diferencia entre lo que es el sexo y el género para entender la forma en la que nos convertimos en quienes somos.

La palabra “sexo”, como menciona Cazés (2000), corresponde a la *naturaleza* en donde se muestra una dicotomía haciendo referencia a dos cuerpos diferentes que son mutuamente excluyentes al ser identificados como macho y hembra, los cuales se complementan en el proceso de reproducción orgánica. El concepto de “naturaleza” del sexo deviene de las características adquiridas por procesos biológicos y particularidades anatómicas. El sexo muestra tres diferentes dimensiones relacionadas entre sí, como es la dimensión genética (cromosomas XX que definen características femeninas y cromosomas XY que dan lugar a las cualidades masculinas), la hormonal (predominancia de estrógenos en las hembras mientras que en los machos es la testosterona) y la gonádica como es la presencia de testículos y pene (genitales masculinos) u ovarios y vulva (genitales femeninos).

El concepto analítico de “género” pretende poner en cuestión el enunciado esencialista y universalista de que “la biología es destino”. Trasciende el

reduccionismo biológico al interpretar las relaciones entre mujeres y hombres como construcciones culturales engendradas al atribuirles significados sociales, culturales y psicológicos a las identidades sexuales biológicas (Stolcke, 2000).

La frase célebre de Simone de Beauvoir de “no se nace mujer, se llega a serlo” es concreta y tiene una gran carga conceptual dentro de sí y que además se aplica de igual manera a la condición del hombre. La frase de De Beauvoir es analizada por Benhabib y Cornell (1982) mencionando que el “llegar a ser” se puede interpretar como un conjunto de actos intencionales y apropiativos, la adquisición gradual de ciertas destrezas, un “proyecto” para asumir un estilo y una significación corporal y culturalmente establecidos. Conway, Bourke y Scott (1996) mencionan que la formación de los individuos está contextualizada en un momento y lugar determinados los cuales a su vez están supeditados a instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas.

Las instituciones que se albergan en el Estado tienen el deber de continuar con el legado necesario para que la clase predominante, la cual en el capitalismo es la burguesía, continúe en el estrato más alto de la sociedad, es decir, las instituciones son una forma de legitimizarse. Lagarde (1997) menciona que han sido los hombres, sus instituciones y sus intelectuales, dueños de la palabra creadora, quienes han elaborado esa identidad simbólica de las mujeres mexicanas pero igualmente aplicables a cualquier mujer. Son, pues, estas organizaciones las que nos van construyendo, van modelando nuestra forma de concebirnos e identificarnos en un género determinado por el sexo.

Cuando una persona nace macho o hembra, existen muchos aspectos de trasfondo, como son todas las aspiraciones y sueños que tendrá en general cualquier hombre o cualquier mujer. Ésta predefinición de quiénes seremos Cazés (1994) la ha llamado *desiderátum*, para referirse a la reproducción de las formas vigentes de la designación genérica, señalando que se sintetiza en la asignación de género y tiene una concreción histórica, un contexto cultural, un momento en el tiempo.

Soria (2006) menciona que los seres humanos saben bien que tienen que comportarse de una determinada manera según sean hombres o mujeres; muchos de ellos no saben por qué, otros más ni siquiera necesitan preguntar por qué puesto que lo dan como un hecho natural y reaccionan automáticamente ante las exigencias sociales. Hablando más específicamente de la mujer, nos inculcan desde edades muy cortas la idea de la maternidad, que Cazés (2004) hace referencia a las características de ésta mencionando que en ella coexiste el deseo, la obligatoriedad, el afecto, la libertad, la violencia, la voluntad y desde luego, la opresión. El primer contacto que tenemos las mujeres con la maternidad es recibiendo de regalo un juguete con forma de bebé para que lo cuidemos, lo abracemos, le hagamos de comer con el juego de “la comidita” que nos habían dado con anterioridad; les cambiamos los pañales, los dormimos e incluso los regañamos. Esta idea de la maternidad se va fortaleciendo conforme va pasando el tiempo y la niña empieza a formarse como toda una mujer “hecha y derecha”, lo cual se entiende que es una hembra que ha aprehendido ya mucho de la educación necesaria para casarse, podría decirse que ésta ya posee conocimientos en cocina (para alimentar a su marido y a sus hijos), saber bordar (para hacer o remendar prendas de vestir), sabe diversos quehaceres; e incluso ha adoptado muchos de los buenos valores para ser una “ama de casa” como sería ser sumisa, cariñosa, sensible, comprensiva, alegre, con falta de carácter, disponible para distintos caprichos de su esposo y de su familia e incluso la idea de la maternidad que se le enseñó de pequeña se ve ahora como una necesidad.

Todas las tareas y “necesidades” que se le han adjudicado a la mujer vienen en buena parte por el patriarcado en el que se ve inmerso el género femenino. Como lo menciona Lagarde (1997), una de las varias características del patriarcado es el antagonismo genérico, sumado al dominio de las mujeres y a la opresión de los hombres y de sus intereses, reflejados en interacciones y formas sociales, en concepciones del mundo, normas y lenguajes, en instituciones, y en determinadas formas de vida para las personas.

La idea del patriarcado va íntimamente ligada a circunstancias históricas particulares de un contexto. De acuerdo con Cazés (2000), el patriarcado es la organización política, ideológica y jurídica de la sociedad cuya base es el sexismo. Este autor menciona que dentro de este tipo de organización las relaciones de género son desiguales, en donde los hombres dominan a las mujeres, es decir, el hombre es quien tiene el poder.

Muchas mujeres guían su necesidad de tener un hijo por el “reloj biológico” que más que biológico se entendería mejor por un reloj social, el cual se maneja por un engranaje de índole cultural en donde cada pieza es una forma de tabúes y dogmas que generan una presión social. Esta idea reafirma el concepto que refieren Díaz y Bernal (2010) al indicar que el término condicionamiento del género define mejor la articulación entre lo biológico y lo psicosocial, es decir, biocultural determinado por el conjunto de atributos culturales asignados según el sexo biológico, que conforman una manera particular de vida y de concepción del mundo, en otras palabras, una subjetividad diferente y excluyente para hombres y mujeres.

Dentro de las construcciones sociales que van formando a la mujer que son en gran parte obligaciones sociales que sutilmente se van transformando en deseo por parte de la mujer, está la de casarse. El matrimonio se ve como el más bello y sagrado objetivo que puede alcanzar una mujer pero se debe de alcanzar a una determinada edad. En la zona metropolitana, durante el 2010, la edad promedio al contraer nupcias, según la INEGI (2012) era a los 29.3 años. El pasar por un par de años esta edad se comienza a dar un discurso negativo contra la mujer por no poder encontrar una hombre (para alentar la heterosexualidad) con el cual casarse y ser feliz. Los hombres, por su parte, al decidir casarse han pasado a su prometida por un tamiz ideológico pues como lo menciona Arias (1995), los hombres hacen distinciones entre su “novia” y las amigas con las que él puede mantener relaciones sexuales aún cuando no ha tenido éste tipo de prácticas y, aunado a la presión social de sentar cabeza, deciden casarse con la novia formal.

En el caso favorable de que la mujer contraiga nupcias, el siguiente aspecto a considerar es formar una familia. Por lo que se ha dejado a la mujer como el pilar principal en la reproducción de individuos. Figueroa y Liendro (1994, en: Arias, 1995) señalan “la interpretación que usualmente se hace de las transformaciones y cambios en la fecundidad... la mujer sigue siendo el centro de análisis alrededor de la reproducción”. Existe cierta concepción que se ha venido perpetuando y está culturalmente muy arraigada, la cual es que la responsabilidad del papel femenino es tanto la reproducción biológica como la social. La reproducción es comúnmente relacionada con la sexualidad por sus características y esto debido a la carga cultural que representa la reproducción biológica y social.

Por sexualidad, Foucault (1986, citado en: Lagarde, 1997) considera a la sexualidad como una experiencia históricamente singular, constituida por tres ejes: la formación de los conocimientos que a ella se refieren, los sistemas de poder que reglamentan su práctica y las maneras según las cuales las personas pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales, sujetos deseantes). De acuerdo con Lagarde (1997), la sexualidad es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas. La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. Por su parte, Rodríguez y López (2009) definen la sexualidad de manera concisa como el conjunto de actitudes, prácticas, hábitos y discursos que cada sociedad, en un tiempo y espacio determinado, construye de manera colectiva en torno a la reproducción, los deseos y las relaciones eróticas.

Es necesario, de igual manera, abordar puntos relevantes relacionados con la sexualidad, como lo son la salud sexual reproductiva y la no reproductiva para poder abordar puntos posteriores.

Para comenzar, ¿cómo consideran los médicos alópatas la salud sexual y reproductiva? Reyes (2009) menciona que desde la perspectiva médica, la construcción del conocimiento y la práctica médica en salud sexual y reproductiva se han orientado a definir la forma y el comportamiento de los cuerpos masculinos y femeninos para lograr los objetivos de salud pública: control de la natalidad, disminución de la morbilidad y mortalidad de madres y niños y de las enfermedades de transmisión sexual en hombres y mujeres, bajo el concepto de cuerpos económicamente productivos. Sin embargo, este tipo de definición reduccionista y homogénea no es suficiente para explicar cómo se dan los procesos reproductivos en las personas, cómo los viven y cómo los conciben. Por su parte, Mazarrasa y Gil (2006) indican que la salud sexual es definida por la WAS (World Association of Sexology) como un estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos.

Ligadas a la salud sexual se encuentran las prácticas sexuales, las cuales son definidas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2000) como los “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles”. Sin embargo, este concepto representa cierta simplicidad al dejar de lado más factores que comprenden las prácticas sexuales, indicando además que las prácticas sexuales no muestran un cambio sino que por el contrario se muestran tan constantes como para ser predecibles. Es por eso, que para propósitos de la presente investigación se retomó la definición de Díaz y Rivera (2008) quienes indican que las prácticas sexuales son todas aquellas conductas, experiencias y prácticas que se generen y tengan relación con los varios aspectos de la sexualidad, comprendidos desde la perspectiva integral, es decir, biológico,

psicológico, emocional, social, cultural, ético y religioso o espiritual; incluyendo el sexo, el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor, y la reproducción; experimentándose y expresándose en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

El ser humano es también un cuerpo que sostiene relaciones sexuales, pero aquí la biología no impone las reglas sobre con quién tener sexo, en qué momento, con qué finalidad, si es por placer, necesidad o coerción, de modo frecuente o esporádico, etc., por lo que podemos encontrar temas como la salud. Con respecto a la salud reproductiva queda definida como el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Mazarrasa y Gil, 2006).

Pero ¿Qué hay de las personas que no desean tener relaciones sexuales con fines reproductivos o de las personas que no pueden concebir hijos?

Por infertilidad se entiende a la imposibilidad de lograr un embarazo después de un año de vida sexual activa sin uso de anticonceptivos, o también la imposibilidad de lograr un embarazo a término dando a luz a un niño vivo. Dentro de este concepto se incluyen tanto la imposibilidad de concebir como la de albergar el feto y la de dar a luz a un niño vivo (Roa, 2008).

En los últimos años se ha incrementado el número de parejas que acuden a clínicas de fertilidad el cual podría ser debido por lo menos a cuatro razones principales. En primer lugar, la edad promedio a la cual la mujer desea quedar embarazada ha aumentado, esto significa que las mujeres desean quedar embarazadas a una edad de aproximadamente 35 años, momento en el cual la fertilidad comienza a declinar. En segundo lugar, las alteraciones en la calidad del semen pueden incidir sobre la necesidad de consultar por infertilidad. En tercer

lugar, ha habido cambios en la conducta sexual, como aumento de la frecuencia de las relaciones y del número de las parejas sexuales (Brugo, Chillik y Kopelman, 2003).

Cabe señalar que existen otros diversos factores de la infertilidad. Flores, Jenaro y Moreno (2008) señalan las enfermedades de transmisión sexual, el consumo elevado de alcohol, tabaco, drogas, algunos medicamentos, los trastornos de la alimentación, el estrés y la ansiedad así como otros relacionados con los métodos anticonceptivos utilizados (p.e. utilización de dispositivos intrauterinos), el acceso de la mujer al mercado laboral y la edad avanzada a la que se desea tener hijos, aunque estos factores no impiden de manera determinante la concepción de un hijo.

Es importante señalar que la infertilidad no se da únicamente por parte de la mujer, como se cree comúnmente y se revisará posteriormente. Alrededor del 40% de todas las parejas que consultan por infertilidad habitualmente presentan una combinación de agentes; es decir, un factor femenino combinado con un trastorno masculino. Por lo tanto, el estudio de la infertilidad siempre se debe hacer considerando la pareja en conjunto: el hombre, la mujer y las interrelaciones entre ellos (Brugo, Chillik y Kopelman, 2003).

De acuerdo con Rosas (2007), las principales causas de la infertilidad masculina son los trastornos hormonales, genéticos y vasculares, los procesos infecciosos y los factores inmunológicos, entre otros. También hay un porcentaje de la población (15%) que presenta infertilidad por causas inexplicadas. De manera más específica, Huidobro (2010) hace mención de las causas más frecuentes de la infertilidad masculina dentro de las cuales se encuentra el Varicocele, el mal descenso testicular o Criptorquidia no tratada y enfermedades infecciosas del tracto reproductor, como la epididimitis, orquitis, prostatitis y vesiculitis. La mayoría de estas últimas están relacionadas con infecciones de transmisión sexual. Causas menos frecuentes incluyen disfunciones sexuales, efectos adversos a medicamentos, exposición a radiaciones o contaminantes, causas endocrinas y genéticas. Todas estas patologías se traducen en una

disminución en la fertilidad del varón, que se evidencia a través de una disminución en la cantidad de espermatozoides, de su motilidad y de alteraciones en su morfología.

La infertilidad de la mujer, al igual que la del hombre se da por distintas razones. Una de las razones es por cuestión ovulatoria como lo es la infertilidad anovulatoria, que Brugo, Chillik, y Kopelman (2003) la definen como la condición en la cual el desarrollo y la ruptura folicular están alterados y por lo tanto el ovocito no es liberado del folículo; se han identificado varias causas, que incluye factores genéticos autoinmunes, y otras como la quimioterapia. La disfunción ovárica, secundaria a la regulación gonadotrópica, es otra causa. Otra causa posible es la llamada infertilidad tubárica-peritoneal, siendo ésta cualquier alteración anatómica o funcional de las trompas de Falopio pues éstas también participan en el desarrollo temprano del embrión y en su transporte a la cavidad uterina, siendo las infecciones genitales las principales culpables del daño tubérico-peritoneal (Op.cit).

Se debe hacer mención de dos tipos de trastornos uterinos, que son la endometriosis y el fibroma uterino. Rosas (2008) menciona que la endometriosis es el crecimiento anormal del tejido endometrial, que normalmente recubre el útero, en otras zonas del cuerpo como los ovarios, el recto, el intestino y la vejiga. En el caso de endometriosis grave la fertilidad puede verse comprometida al producirse adhesiones pélvicas, distorsión de la anatomía y lesión tubárica u ovárica. Esta alteración se relaciona con sangrados irregulares y dolor en la zona abdominal. Sobre el otro trastorno uterino, es decir, el fibroma uterino, se trata de un tumor benigno constituido por tejido muscular liso que se adhiere a la pared del útero y en raras ocasiones a las trompas de Falopio. Suelen ser asintomático, aunque puede originar menorragia, presión intensa, molestias urinarias o intestinales (Op. Cit.).

En la actualidad, se ha visto que la participación de la mujer en ámbitos en donde anteriormente no tenía derecho a estar se ha venido incrementando, esto debido a diversos factores como lo son la política y la economía. El rubro de la

economía se ha hecho más evidente con el paso de los años y con la decadencia económica que ha repercutido drásticamente sobre la población mexicana haciendo que el sueldo que percibe el hombre para mantener a su familia sea ahora casi lo mínimo para sobrevivir por lo que ahora se le ha “permitido” a la mujer salir de su casa habiendo, claro, dejado todas las labores del hogar ya hechas. La necesidad que se ha tenido de que la mujer sea ahora parte de la población económicamente activa ha generado muchos cambios en las estructuras sociales o solamente ha modificado ciertas características de estructuras que siguen aún muy consolidadas. Una característica de esas “resistentes” organizaciones ideológicas que siguen permeando la forma de vida de las mujeres es la maternidad.

La maternidad pareciera ser igualmente necesaria para las mujeres en un sociedad en donde desde hace un par de décadas se han realizado cambios significativos en la manera en que tanto hombres como mujeres perciben su realidad en términos de equidad de género, sin embargo, la imperiosa necesidad de “querer ser madre” recae de manera contundente en la mujeres que forman parte de una sociedad tan machista como lo es la mexicana, en donde aún con esfuerzos personales e incluso familiares, son estos últimos los que perpetúan la concepción de que una mujer debe de dar descendencia como prioridad pues, aún cuando haya estudiado, terminado una carrera e inclusive ha ya comenzado su trayectoria laboral se le hace la “sugerencia” de formar una familia, la sugerencia de un asunto que desde tiempo atrás ya había considerado. Así es como la vida de la mujer tiene como finalidad última la procreación de un hijo.

La búsqueda constante del embarazo genera ilusión, expectativas y estrecha lazos afectivos entre la pareja, por lo que cuando la mujer se entera sobre su problema de infertilidad es catastrófico para la mayoría de las mujeres pues todas las construcciones e ideas que se habían realizado en torno al embarazo se ven destruidas. La idea de ser buena pareja y sobre todo el concepto de mujer se ven transformados por representaciones negativas al ver que no son compatibles con la ideología construida desde edades tempranas.

Pero, ¿es realmente la infertilidad un problema *per se*? La infertilidad, como cualquier concepto, está contextualizada en un momento y un lugar, trae en sí una carga ideológica que sirve de referente para las personas. Los hechos son dados en la realidad, sin embargo, la idiosincrasia en la que se ven inmersos los individuos les dan un significado y un sentido, por lo que tanto individual como colectivamente las personas van significando sus experiencias de acuerdo a un marco de referencia socialmente preestablecido.

Puesto que no se ha abordado a profundidad la manera en cómo las personas, más específicamente las mujeres, significan las experiencias que van teniendo de acuerdo a la manera en que socialmente se conceptualiza la realidad, es preciso, realizar este tipo de investigaciones para abordar la infertilidad desde otra perspectiva, una que tenga una visión más amplia y contemple las cuestiones sexuales no sólo con los calificativos de problemas o ausencias de ellas sino que se haga referencia a la manera en la que la sociedad influye en los sentimientos, pensamientos y acciones de las personas.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue conocer las experiencias y significados de las prácticas sexuales de mujeres con problemas de infertilidad.

Ya revisados los principales conceptos, surgieron diversas cuestiones como: ¿Cómo son las prácticas sexuales de mujeres con problemas de infertilidad?, ¿cómo experimentan y significan dichas prácticas sexuales? y ¿cómo cambian las prácticas sexuales y sus maneras de experimentarlas y significarlas?

METODOLOGÍA

Se utilizó la metodología de investigación cualitativa para poder abordar hechos de la vida personal de las mujeres. La metodología cualitativa puede considerarse como una teoría de análisis que se basa en la investigación que produce datos descriptivos para proceder con su interpretación: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Las características de este modo de “encarar el mundo empírico” son descritas por Taylor y Bogdan (1996), los cuales destacan los siguientes:

1. La investigación cualitativa es inductiva. Las investigadoras y los investigadores desarrollan conceptos y explicaciones, partiendo de las pautas de los datos y no recogiéndolos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas.
2. La metodología cualitativa estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan. Los investigadores cualitativos investigan los escenarios y a las personas vistos como un todo.
3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.
4. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Para la perspectiva fenomenológica y por lo tanto para la investigación cualitativa es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan.
5. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Dentro de la investigación cualitativa, el

investigador debe de evitar hacer juicios de valor sobre las acciones, pensamientos y sentimientos de los participantes.

6. Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. Este investigador no busca "la verdad" o "la moralidad" sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. A todas se las ve como a iguales.
7. Los métodos cualitativos son humanistas. Ésta metodología destaca el aspecto humano de la vida social al no trascender las palabras y los actos de la gente a ecuaciones estadísticas.
8. Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación. El investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias.
9. Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Ningún aspecto de la vida social es demasiado frívolo o trivial como para ser estudiado. Todos los escenarios y personas son a la vez similares y únicos.
10. La investigación cualitativa es un arte. El científico social cualitativo es alentado a crear su propio método. Se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas.

Una de las diversas técnicas dentro de la metodología cualitativa es la entrevista. La entrevista cualitativa se encuentra a medio camino entre una conversación cotidiana y una entrevista formal. Es una entrevista con alto grado de institucionalización, debido a que su fin determina el curso de la interacción en términos de un objetivo antes definido.

Se entiende por entrevistas cualitativas los encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que los informantes tienen respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras (Taylor y Bogan, 1996) En las entrevistas cualitativas el investigador es el instrumento de la investigación y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. En las entrevistas cualitativas se tienen la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas.

Webb y Webb (1965, en: Valles, 2007) definen a la entrevista en sentido científico como el interrogatorio cualificado a un testigo relevante sobre los hechos de su experiencia personal. Puesto que el informante no se halla coaccionado, el entrevistador tendrá que escuchar comprensivamente muchas cosas que no son pruebas, ya sean opiniones personales, tradiciones y rumores sobre hechos, todo lo cual puede ser útil para sugerir nuevas fuentes de investigación y revelar sesgos. Pero la principal utilidad de la entrevista consiste en averiguar la visión sobre los hechos de la persona entrevistada. Según Nahoum (1985, citado en: Díaz y Andrés, 2005), refiere que la entrevista es un intercambio verbal que nos ayuda a reunir datos durante el encuentro de carácter privado y cordial, dónde una persona se dirige a otra y cuenta su historia, da su versión de los hechos y responde a preguntas relacionadas con un problema específico.

De entre los distintos tipos de entrevista se escogió para la investigación, la entrevista semiestructurada. Las ventajas que presentan este tipo de entrevistas son descritas por Rivas (1996): una exploración de tipo semiestructurada puede propiciar el surgimiento de sentidos y significados de carácter subjetivo que recuperen la particularidad sobre el tema en cuestión. De igual manera, la misma autora menciona los puntos favorables por los cuales utilizar una entrevista de corte semiestructurada con de ella se pueden recabar datos a profundidad. Va más allá de la mera descripción de los hechos al darle una carga de cualidades y apreciaciones específicas, apoyar una relación dialógica entre el entrevistador y el entrevistado.

Las entrevistas se llevaron a cabo de acuerdo al guión de entrevista. Las sesiones de entrevistas variaron de acuerdo a la información obtenida en cada ocasión, por lo que con tres participantes fue necesario realizar dos entrevistas. La duración promedio de las entrevistas fue de 90 min. Todas las entrevistas fueron audio grabadas para realizar posteriormente su transcripción y análisis.

Participantes

Se entrevistó a 8 mujeres que tuvieran problemas de infertilidad. Por cuestiones de anonimato, el nombre de las participantes fue cambiado.

A continuación, en la Tabla 1 se muestran los datos demográficos de cada participante.

Nombre	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación	Religión	Hijos
Ariadna	38	Licenciatura	Divorciada	Desempleada	Católica	Ninguno
Angie	39	Licenciatura	Casada	Ama de casa	Católica	Uno
Claudia	49	Licenciatura	Separada	Empleada	Creyente	Uno (adoptado)
Gemma	38	Licenciatura	Casada	Empresaria	Católica	Ninguno
Losiram	32	Secundaria	Divorciada	Empleada	Católica	Ninguno
Paula	33	Licenciatura	Casada	Ama de casa	Católica	Dos
Samantha	48	Licenciatura	Casada	Desempleada	Atea	Uno (adoptada)
Rosana	41	Licenciatura	Casada	Ama de casa	Católica	Dos

Tabla 1. Datos demográficos de las participantes.

El proceso de selección fue la técnica de bola de nieve para poder contactar a las participantes. De acuerdo con Crespo y Salamanca (2007), mencionan que el nuestro tipo bola de nieve o de avalancha consiste en pedir a los informantes que recomienden a posibles participantes. A esta técnica se le reconoce su practicidad y eficacia en cuanto al coste, además, gracias a la presentación que hace la persona ya incluida en el proyecto, resulta más fácil establecer una relación de confianza con los nuevos participantes. También permite acceder a personas difíciles de identificar. Por último, el investigador tiene menos problemas para especificar las características que desea de los nuevos participantes.

Escenarios

Los escenarios fueron acordados por la investigadora y las participantes, fue importante para su elección el que fueran lugares con pocas distracciones y que no interfiriera con las actividades de las participantes. Los escenarios fueron los siguientes:

Ariadna: El caso de Ariadna fue particular pues las entrevistas se realizaron por medio de videoconferencia, sin embargo, ella estaba sola en su casa.

Angie: La entrevista se llevó a cabo en la casa de la participante, cerca del Metro. La participante quiso que se hiciera en su casa pues cuidaba a su hijo de 7 meses.

Claudia: En las dos entrevistas que se le realizaron a Claudia, fueron en lugares públicos, como una fonda, la primera vez; y un McDonald's la segunda ocasión. Ambos lugares, en los alrededores de Satélite, permitían la realización de otras actividades que tenían la participante y/o su hijo.

Gemma: Su entrevista se realizó en el propio negocio de la participante, más específicamente en su oficina en donde se hallaba su perro y nadie podía escuchar la conversación. El lugar se sitúa en Insurgentes Sur.

Losiram: La entrevista se llevó a cabo en la bodega donde laboraba la participante. En dicho lugar habían pocos distractores aunque entraba de vez en cuando un empleado para realizar diversas actividades como lavar trastos. El negocio se encuentra en un centro comercial de la zona norte de la Ciudad de México.

Paula: La participante pidió que se realizara la entrevista en su casa pues tenía que cuidar a sus dos hijas. Pese a que estuviera su hija de 3 años de edad no fue impedimento para realizar la entrevista. No hubo distractores externos durante la entrevista. La casa se encontraba en el sur de la Ciudad de México.

Samantha: La entrevista de la participante se llevó a cabo en un Vips de la delegación Coyoacán pues la participante no podía ausentarse por mucho tiempo de su casa además, ese lugar le quedaba cerca de su domicilio.

Rosana: En el caso de ésta participante, la entrevista se realizó en su casa, donde sólo se encontraba ella junto con sus hijas. Su casa se ubicaba en una cerrada, por lo que había poco ruido externo. El domicilio de la participante se encontraba cerca del Metro.

En la Tabla 2 se muestra el número de entrevistas realizadas para cada participante así como su duración.

Nombre	Entrevistas realizadas	Duración de la entrevista
Ariadna	2	44 mins. 1:01 hrs.
Angie	2	1:51 hrs 1:27 hrs.
Claudia	2	50 mins. 1:20 hrs.
Gemma	1	58 mins.
Losiram	1	1:42 hrs.
Paula	1	1:08 hrs.
Samantha	1	45 mins.
Rosana	1	1:30 hrs.

Tabla 2. Número de entrevistas y su respectiva duración.

Instrumento

Se utilizó una guía de entrevista de tipo semiestructurada en donde se resumieron los aspectos que se quisieron conocer con respecto al tema de interés (anexo 1). Durante las entrevistas se trató de seguir la lógica que tenía la guía de entrevista, sin embargo, si la participante comenzaba abordar temas de interés relacionados con la infertilidad, la investigadora realizaba preguntas con respecto a eso para obtener mayor información que la que se pudo haber obtenido únicamente con las preguntas del guión. Con todas las participantes hubieron más preguntas de las contempladas aunque el tipo y el tema de éstas variaba según la participante.

Materiales

Se hizo uso de una grabadora digital que permitió grabar la información. De igual manera, se utilizó una computadora portátil para leer el guión de entrevista y posteriormente para realizar las transcripciones de las entrevistas.

Procedimiento

En primera instancia, se contactó a una informante clave, una familiar de la investigadora que poseía amistades con las características requeridas, es decir, mujeres que tuvieran problemas de infertilidad. Una vez que se contactó con la familiar, ésta envió correos electrónicos a las posibles participantes para preguntarles si estaban interesadas en cooperar en una investigación sobre mujeres que tuvieran problemas de infertilidad. Una vez confirmada la participación de las mujeres, la informante clave le mandaba por correo electrónico a la investigadora los datos de las mujeres que habían accedido a ser entrevistadas. Posteriormente, para formalizar la participación, la investigadora mandaba correos electrónicos a las participantes en donde indicaba el título de la tesis, en qué consistiría su participación y dejaba su número celular en caso de existir alguna duda. Las participantes contestaron el correo electrónico aceptando ser entrevistadas e indicando sus direcciones y números telefónicos. Con dichos datos, la investigadora se comunicó con las mujeres para fijar una fecha y lugar para llevar a cabo las entrevistas. La investigadora confirmaba la entrevista, por medio de una llamada o un mensaje de texto un día antes de su realización. Para ninguna entrevista hubo alteración de la fecha acordada.

Cuando la investigadora acudió al lugar acordado, se presentaba con la participante, indicando su nombre, la escuela de procedencia y su relación con la informante clave. Después de dar esta información, las participantes solían

preguntarle a la investigadora sobre si tuvo alguna dificultad para llegar al lugar y/o hablaban sobre qué tan desordenada estaba la casa debido a las actividades de su(s) hijo (s). Una vez que la entrevistadora y la mujer por entrevistar se situaron en el lugar donde se realizó la entrevista, la entrevistadora comenzó a explicar de manera general sobre lo que se hablaría en la entrevista y para la seguridad del participante se le entregó un consentimiento informado (anexo 2) y la investigadora explicó los objetivos de la investigación, la importancia de su participación y pidió la autorización para grabar la entrevista.

Transcripción de las entrevistas

Las entrevistas grabadas fueron transcritas de forma literal. Una vez realizadas las entrevistas, la entrevistadora escuchaba las entrevistas y las transcribía de acuerdo a lo que decían las participantes, repitiendo la grabación las veces que fuera necesario para transcribirlas fielmente.

Codificación de la información

Por análisis de datos cualitativos se entiende el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones (Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005). La importancia de realizar las categorías en base a las entrevistas fue para poder encontrar los significados y relaciones que existen entre ellas, para poder así comprender y entender las características que comparten las participantes.

Una vez realizadas y transcritas todas las entrevistas, éstas se revisaron para identificar los aspectos personales y comunes de las participantes. Con lo que surgieron varios tópicos de categorización.

Porta y Silva (2003) mencionan que el desarrollo de categorías de codificación es un proceso de clasificación de datos en torno a ideas, temas y conceptos que emergen de la lectura del propio material de estudio. La identificación de las categorías emergentes es un proceso relacionado no sólo con el material de análisis sino con la formación y el propio marco teórico de la investigación. Fue así que la información recabada fue distribuida en 5 ejes principales, los cuales se dividieron en categorías y estas a su vez se desfragmentaron en subcategorías. Esta manera de organizar la información permitió un análisis más profundo al descomponer cada parte de los datos obtenidos, compararlos, sintetizarlos y analizarlos posteriormente de manera integral.

Hubo información que no se tomó en cuenta para la realización de categorías debido a que se le alejaba de los objetivos del trabajo. De igual manera, se sustrajeron los fragmentos de las entrevistas en donde se ejemplificara claramente el objetivo de éste eliminando así las repeticiones de palabras y/o información, tartamudeos y omisiones que no formaron parte del análisis del contenido.

RESULTADOS

A continuación se presentan cada uno de los ejes con sus respectivas categorías y subcategorías. La información se presenta por medio de fragmentos retomados de las entrevistas realizadas a cada una de las participantes. Es necesario indicar que no todas las participantes dieron información para todas las categorías elaboradas.

1. *Género y sexualidad*

Este eje está estructurado para dar un panorama general sobre cómo las participantes se vivían como mujeres, tomando en cuenta la definición de mujer, feminismo, machismo y sus orígenes. Se abordó de igual manera la sexualidad por medio de su concepto y el propio conocimiento de éste.

1.1. Concepto de ser mujer: Esta categoría integra aspectos de la personalidad y de valores que según las participantes son características generales y cotidianas de las mujeres. Dentro sus definiciones destacan el deber, el tener y el ser.

Para tres de las participantes, la maternidad no era un aspecto importante para definir a la mujer, si no que ellas se refirieron a sí mismas como personas fuertes, sentimentales y delicadas, siendo estas últimas cualidades sociales atribuidas a la mujer.

Ariadna: *“Pues es ser una persona dedicada pero también muy fuerte, porque las mujeres tenemos que pasar muchísimas cosas. Tenemos mucha dedicación y*

tenemos como que mucho valor para afrontar las cosas, ¿no?, una mujer, en sí, fuerza y fragilidad a la vez.”

Losiram: *“una mujer es alguien que tiene que tener mucha fuerza, muchas agallas, solamente eso.”*

Paula: *“Pues es un ser humano lleno de emociones mucho menos práctico que el hombre, con todas las capacidades para realizarse en todos los ámbitos.”*

Las cinco participantes restantes sí le dieron importancia a la concepción y conceptos afines para describir qué es una mujer. Son tres las participantes que de manera más enfática indicaron la importancia de “dar vida” para ser mujer. Estas participantes mostraron en su discurso aquellas características esperadas en una mujer, es decir, que sea capaz de procrear, protectora, tierna y que sea un apoyo para la familia.

Claudia: *“(…) es la parte femenina de la creación (…) es dadora de vida”*

Angie: *“(…) una de las personas más importantes, como que la mujer es todo, la que da vida, la que protege, todo.”*

Gemma: *“(…) pues la mujer es como que (…) como el signo de vida, ternura y apoyo, a la familia (…) como que la mujer es muchas cosas, como que un apoyo… como que es un apoyo incondicional.”*

De manera menos categórica, las otras dos participantes sí mencionaron la procreación pero le otorgaron gran importancia al desarrollo profesional y social de la mujer, dejando a la elección de cada persona el ámbito en el que se desee tanto si la mujer quiere desarrollarse como profesionalista o como madre.

Samantha: *“pues muchas cosas: profesionalista, es una persona que puede ser feliz haciendo lo que le gusta, puede o no puede tener hijos, esa es su decisión. Puede o no tener parejas, eso también es su decisión.”*

Rosana: *“Pues una mujer es una persona del sexo femenino, que tienen la capacidad de procrear y de desenvolverse en cualquier ámbito. En otros ámbitos porque ya no está tan estigmatizado de que es nada más la mujer debe ser una u otra cosa (...) se puede desenvolverse en cualquier en cualquier ámbito.”*

1.2. *Concepto de feminismo y machismo y el origen de dichas ideas:* Dentro de la categoría se habla de la definición de ambas palabras, sus semejanzas y sus diferencias en la práctica diaria.

Casi todas las participantes indicaron que tanto el machismo como el feminismo eran polos contrarios en los cuales, no se debía de caer pues ambos eran equivocados. De manera más notable, se pueden indicar el caso de tres participantes. El feminismo, a no ser como una manera de humillar o abusar del hombre, era visto como una manera de promover los derechos de la mujer.

Ariadna: (Sobre el machismo) *“Opino que no debería existir y que ya en estos tiempos el machismo como que está demás, ¿no?, porque las mujeres hemos demostrado que también podemos hacer muchas cosas y que al contrario, podemos como que a la par, que podemos conseguir muchas cosas. No me refiero a que podemos ser iguales, porque no somos iguales...”*

(Sobre el feminismo) *“Tampoco debe existir. Sé que las mujeres somos capaces de muchísimas cosas, pero también necesitamos de los hombres. Es como algo compartido todo.”*

Samantha: (Sobre el machismo) *“pues que es algo terrible, que desgraciadamente la mayoría de las mujeres son infelices porque se someten...”*

(Sobre el feminismo) *“(...) si feminismo es luchar por tus derechos, me parece bien pero si feminismo es abusar del hombre pues no”.*

Losiram: (Sobre el machismo) *“(...) vivir con un hombre machista no es fácil, porque de cierta forma también tú te haces machista (...) el de hacerle ver de que no soy, que no debo de tener un hombre por ejemplo para ser feliz, o para estar bien, y mis padres lamentablemente si tienen esa idea, me quieren dejar con alguien antes de morir para que esté bien.”*

(Sobre el feminismo) *“(...) lo he hecho más precisamente por, por darle del otro lado mi papá, es machista entonces yo tener ideas feministas y de cierta forma en serlo en algunas ocasiones, no me encanta totalmente porque yo creo que nos quitara feminidad, al fin y al cabo (...) tenemos que ser mujeres y dejar a los hombres ser hombres, nada más.”*

Por otra parte, dos de las participantes no hicieron comentarios negativos en contra de machismo, si no que le dieron un significado o una explicación diferente del por qué de la existencia del machismo. De igual manera, el feminismo se entendía como cualidades o características que tenía la mujer y que debían ser respetadas.

Angie: (Sobre el machismo) *“pues no estoy a favor, pero nunca lo he vivido, o sea, bueno... ni con mi papá, o sea, no fue de “no sales, no trabajas”, no, al contrario.”*

(Sobre el feminismo) *“... tiendo a ver más, ¿cómo se dice? Cuando un amigo me platica un problema, tiendo más a defender a la mujer, o sea, de defenderla más, en todos los aspectos, no sólo decirle “no, pues procúrala más, que te falta atenciones hacia ella” y me dice “es que eres muy feminista” y me doy cuenta que soy feminista pero que yo te diga que lo soy, si soy un poco más feminista, defiende más a las mujeres, como que valoro más esa parte.”*

Gemma: (Sobre el machismo) *“(...) yo no creo en el machismo, yo creo que eso es más de manera inseguridad por parte del hombre, no tanto que sea machismo, sino que quieren mandar para no hacerse sentir menos”*

(Sobre el feminismo) *“(...) pues es que es lo mismo, ¿no? Mucha de la gente lo ve como independencia pero yo creo que es, no es el feminismo, yo creo que es la mujer que ahora se quiere hacer independiente y ya fue evolucionando”.*

Con respecto a las tres participantes restantes, estas mencionaron el origen social del machismo, haciendo mayor referencia a la educación por parte de las madres hacia los hijos, por lo cual, estaban en desacuerdo con el machismo. Sobre el feminismo, las participantes indicaron la importancia de este movimiento como una manera de promover el desarrollo de la mujer, la equidad en la sociedad y en la pareja.

Claudia: (Sobre el machismo) *“Me parece que es una idea equivocada de la fuerza masculina (...) mal educada (...) que viene desde el núcleo familiar, desde la mamá que le da la idea al hombre de que puede con muchas mujeres y que la mujer debe ser abnegada y dedicarse a un solo hombre, (...) nosotras hacemos a los hijos machistas o no”*

(Sobre feminismo) *“(...) siempre los polos son complicados, ni hacia un lado y ni hacia el otro. Sí considero que el hombre es más fuerte que la mujer en cuestiones físicas, sin duda alguna, esa es la estructura, sí considero que las mujeres tenemos también cosas de las que por otra propia naturaleza femenina, somos más sensibles, creo que somos diferentes pero en cuestión de oportunidades creo que podemos ser igualitos (...), caminar de la mano del hombre, tratando de conservar equidad... en conciencia, creo que es lo más adecuado.”*

Paula: (Sobre el machismo) *“(...) vivimos en un México y en una sociedad en la que pues desgraciadamente como que de mucho tiempo atrás se ha puesto de manifiesto en los hombres mexicanos eso, o se dice que son machos, yo creo que depende de la cuestión cultural y el nivel educativo que tengan sus padres y la*

forma en que te eduquen (...) eso influye mucho en que las prácticas machistas se lleven a cabo donde la mujer se ve reprimida, únicamente se le ve como una máquina de hacer hijos, donde no se le permite o se le ve mal trabajar (...) entonces pues desgraciadamente yo no lo apruebo, donde las golpean y las tratan como si fueran muebles o animales.”

(Sobre el feminismo) “el feminismo manejado desde un punto de vista en que la mujer se le permita los mismos derechos y los mismas cosas que al hombres me parece correcto (...) por ejemplo esas ideas del feminismo llevados a los extremos pues no, no es que no los apruebe, pero no predico eso...”

Rosana: *(Sobre el machismo) “(...) realmente las mamás somos las que hacemos a los machos, las mujeres somos las que nos quejamos del machismo pero somos las primeras que lo sembramos y lo cosechamos, lo cultivamos y, y lo hacemos”.*

(Sobre el feminismo) “todo tiene que ser en cierto balance (...), como mujer tienes todo el derecho a crecer, a salir adelante, siempre que tú lo quieras, yo creo que tú siempre debes de hacer lo que quieras, no que sea algo que te dicte ni la sociedad ni el marido, ni el papá, sino que sea algo que tú estás convencida, que lo que tú estás haciendo sea lo que sea es lo que tú quieres hacer.”

1.3. El concepto actual de sexualidad: Dentro de esta categoría se incluyeron características mencionadas por las participantes acerca de la sexualidad.

Dos participantes dieron su definición de sexualidad basándose en las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres. Sin embargo, una de ellas consideró la sexualidad como algo agradable.

Claudia: *“la diferencia física que hay entre un hombre y una mujer (...) y la práctica de esta diferencia, ja ja ja.”*

Losiram: *“(...) no sé, la sexualidad en mi, en mi persona es algo lindo, algo placentero, algo bueno (...) la veo como en los libros, como (...) que tenemos un sexo, y nada más, femenino o masculino, así lo veo.”*

Por su parte, dos de las participantes indicaron de manera superficial que la sexualidad es parte del autoconocimiento y del placer, haciendo referencia a las relaciones sexuales pero dejando de lado a la procreación.

Gemma: *“Es conocerte a ti mismo, no tanto de relaciones, bueno, si tiene que ver que te conozcas con tu pareja, pero más que se conozca uno mismo.”*

Samantha: *“es disfrutar plenamente de tu cuerpo, no necesariamente enfocarlo a la reproducción, sino vivirlo como algo que se puede disfrutar mucho, algo que te puede hacer sentir plena, tanto hombres como mujeres.”*

De manera más explícita, dos participantes refirieron a la sexualidad como parte fundamental del propio conocimiento y del otro. Esta sexualidad se vio como una constante de cambio en la vida de las personas el cual se debe de conocer y disfrutar, dichos cambios se expresaban de manera corporal y en formas de interacción entre personas

Ariadna: *“la sexualidad (...) empieza desde que conoces tu cuerpo, desde que aprendes también lo que es el cuerpo de los niños, desde chico que te van enseñando. Es algo que debes de disfrutar porque el cuerpo es lo único que tenemos y lo hemos de disfrutar y de vivir al máximo.”*

Rosana: *“la sexualidad es desde el todo, ¿no? Desde el sexo que tienes tú como niña, cosas del sexo ya sea femenino o masculino, cómo te desarrollas sexualmente, cómo creces, cómo cambias de niña a mujer, el encuentro de un*

hombre y una mujer ya sea el caso o de dos mujeres o de dos hombres que eso ya es de cada quien, ja ja ja, y pienso que todo eso es la sexualidad”

Por otra parte, dos de las participantes le dieron a la sexualidad una connotación de pareja, es decir, como la relación íntima entre una persona y otra, equiparando incluso los términos de sexualidad y sexo.

Angie: *“la sexualidad es una parte importante del ser humano, es a lo mejor me estoy confundiendo con sexo, pero la sexualidad es para mí como una parte esencial en una pareja.”*

Paula: *“(...) la connotación de sexo no nos remite a la fe de amor con la pareja, la sexualidad yo creo que se refiere a lo que tienes tú con tu pareja, a si eres sexy o no, a lo relacionado con tu cuerpo y el cuerpo de tu pareja, exactamente eso me hace referencia.”*

2. Concepciones de las mujeres sobre infertilidad

Este eje reúne la definición que tiene cada participante sobre la infertilidad y el diagnóstico que tienen con respecto a esta problemática.

2.1. Conceptos de infertilidad: En esta categoría se incluyeron características mencionadas por las participantes acerca de la infertilidad y lo que consideran que padecen.

Con respecto a este concepto, todas las participantes coincidieron en que la infertilidad era una incapacidad o el “no poder” concebir un hijo, sin embargo, existieron diferencias en la manera en que las participantes expusieron su definición debido a la experiencia que tuvieron. Un ejemplo de este concepto es el proporcionado por Claudia:

“la circunstancia de no poder procrear un hijo, de no poder llevar en tu vientre un (...) producto de tu amor (...) sí, de no poder ser madre.”

En manera particular, dos de las participantes hicieron mayor hincapié en que la infertilidad es el hecho de no poder concebir de manera “natural”, es decir, no engendrar por medio de relaciones sexuales sin usar ningún tipo de método anticonceptivo.

Rosana: *“la infertilidad es (...) el no poder tener hijos naturalmente.”*

Paula: *“(...) el no poder concebir un hijo, el no poder traer (...) por el método natural, traer a un hijo, a un bebé al mundo.*

Aún cuando el concepto de infertilidad fuera muy similar entre las participantes, únicamente tres de éstas indicaron que la infertilidad puede ocurrir en cualquier miembro de la pareja, es decir, que la infertilidad no recae en problemas de la mujer sino que es una cuestión que puede ser dada por alguna dificultad en el hombre.

Samantha: *“(...) la incapacidad de concebir un embarazo, ya sea por parte de la mujer o el hombre, o de ambos.”*

Gemma: *“(...) la infertilidad es que por algún motivo no puedes llegar a que un embrión se pueda desarrollar en ti, o que el esposo no tengan espermatozoides suficientes para que se pueda lograr.”*

Ariadna: *“la infertilidad (...) hasta ahora no lo puedo entender pero según yo es la incapacidad de tener hijos pero no es únicamente en mujeres sino también es en hombres.”*

Las dos participantes restantes, además de haber indicado la definición de infertilidad, fueron las únicas que llevaron el concepto a sí mismas, en su experiencia.

Angie: *“(...) viví la infertilidad de alguna manera como el no poder embarazarse a pesar de tener varios intentos o varias relaciones, o de tener relaciones constantes porque yo tengo entendido que la infertilidad se dictamina después de dos años de actividad sexual constante y no tener resultados y pues en mi caso no la viví dos años, la viví 20 años”*

En el caso de Angie, su conocimiento sobre el concepto de infertilidad abarcó el tiempo en el que se había tenido relaciones sexuales a lo largo de más de dos años sin ningún método anticonceptivo de por medio. Ella subrayó el hecho de que en su experiencia fueron 20 años en donde no tuvo un embarazo, confirmándose así su infertilidad.

Con respecto a la definición de Losiram, además de haber indicado que la infertilidad era una incapacidad, ella dirigió su problema hacia su matriz.

Losiram: *“(...) debe ser algo como que no eres capaz, o que la matriz no es capaz, [de] hacerlo de la manera como debe de ser, lo normal: una relación sexual, se atrapa y bueno quedas embarazada (...) no sé si no tienes, en sí, el sistema reproductor (...), no hay algo bien dentro de ti.”*

2.2 Los diagnósticos de infertilidad: La categoría hacer referencia al conocimiento o no del origen de la infertilidad de las participantes y cómo fue que lo obtuvieron.

Para Samantha, el diagnóstico de su infertilidad la atribuyó a la mala calidad de sus óvulos y a la del semen de su pareja, es decir, en ambos casos, estas situaciones fueron explicadas por la edad avanzada de la pareja.

Samantha: *“(...) se supone que yo ya no daba muchos óvulos buenos para cuando hacíamos tratamientos (...) él no tenía muy buen esperma y se supone que yo tampoco tenía muy buenos óvulos.”*

En el caso de Claudia, indicó que primeramente no tenía un diagnóstico si no posteriormente al fallar cuatro inseminaciones fue cuando se le diagnosticó endometriosis.

Claudia: *“a mí me diagnosticaron al final de mis cuatro inseminaciones endometriosis (...) el doctor me dijo “me acabo de dar cuenta que usted tiene endometriosis y entonces... pues así, si llega a formarse en, si llega a ver fecundación, el cigoto no tiene dónde anidar”, eso es algo que medio recuerdo”.*

Con respecto a Angie, la clamidia fue lo que no le permitía concebir pues físicamente los estudios indicaban que se encontraban, tanto ella como su esposo, en condiciones para poder tener hijos.

Angie: *“... fuimos al médico, nos mandó unos estudios...había adquirido una infección, que se llama clamidia... en todas mis estudios perfecto, mis trompas bien, sus espermias bien, todo iba muy bien, entonces ¿qué es lo que pasa aquí? (...) clamidia positivo”.*

Dos de las participantes indicaron que médicamente no tenían un diagnóstico como tal sobre por qué sufrieron de infertilidad pese a que por un momento fueron diagnosticadas con un “falso-positivo”.

Paula: (...) nunca me diagnosticaron infertilidad, me hicieron una serie de estudios en los que tanto a mí como a mi marido, en los que pues realmente los donde estábamos muy sanos (...) tardamos casi tres años en poder concebir (...), no sabíamos qué era lo que estaba provocando que no me pudiera embarazar.”

Gemma: “(...) a mí me hicieron estudios de todo y me dijeron que estaba bien, cuando yo perdí mis tres primeros bebés fue porque los tres se quedaron atorados en las trompas, no bajaron a la matriz. Me mandaron hacer estudios (...) como el esperma de mi esposo como mi matriz, todo sale bien pero ¿por qué?, no lo sé...”

En el caso de Ariadna, ella sí tuvo un problema con las trompas de Falopio pero aún cuando recibió una operación para resolver la situación, continuó teniendo problemas para concebir.

Ariadna: “no es diagnosticado totalmente, porque por más estudios que me hicieron no salía absolutamente nada malo, entonces salía que tenía buena ovulación, salió que la calidad de los espermias de mi ex esposo era buena, todos los estudios que me hicieron todos salían normal. Al principio sí me dijeron algo de las trompas que estaban obstruidas pero estudios que me hicieron después de una operación pues también diagnosticaron que estaba bien. Entonces no es un diagnóstico en sí pero a la fecha no he podido tener bebés.”

La infertilidad de Losiram, no tuvo un diagnóstico médico claro pues varios especialistas le habían asegurado que poseía distintas afectaciones, todas divergiendo según cada doctor.

Losiram: “(...) unos me dicen que mi matriz está dañada, otro doctor me dijo que no, que sólo me hacía falta darle a mi día fértil, como que son cosas muy diferentes que todos te dicen (...) hay papeles que dicen que tengo quistes en los ovarios, con el doctor con el que fui sí me dijo que tengo obstruida una trompa de Falopio pero nada más, es lo único...”

Para Rosana, el diagnóstico médico no estaba tampoco del todo claro pues en ella se presentaron dos situaciones, la primera fue una obstrucción de una de sus trompas; y la segunda circunstancia fue el saberse con un problema inmunológico de la sangre.

Rosana: *“(...) yo me enteraba que estaba embarazada y a la siguiente semana y media empezaban los sangrados, y lo perdía (...) la doctora me hace análisis y todo... ella me hace una laparoscopia, y resulta que tengo la trompa izquierda tapada completamente, y la trompa derecha, o viceversa, y la otra trompa sí la tenía yo permeable pero la tenía así como deforme (...) investigando, y todo, mi papá tiene un problema de sangre, que tiene la sangre espesa, entonces yo le comento a la ginecóloga que mi papá tiene la sangre espesa... un síndrome de las proteínas de la sangre y que a veces eso causaba problemas para que las mujeres se embarazaran. Entonces ella me manda a hacer unos estudios de sangre y sale algo positivo, no me acuerdo qué (...) tengo un factor de riesgo inmunológico en la sangre... entonces así como que el diagnóstico, como que fueron muchos factores, los que se, la trompa, lo de la sangre, pero realmente nunca me dieron un diagnóstico, como por ejemplo, que tienes ovario poliquístico, nunca me dieron un diagnóstico así.”*

3. Tratamientos y/o recomendaciones para la infertilidad

El eje contempla el tiempo o intentos que realizaron las participantes para concebir de manera natural. Igualmente se indican los distintos tipos de tratamientos que se llevaron a cabo para llegar a un embarazo.

3.1 Tiempo o Intentos fallidos de concebir de manera natural:

La categoría se realizó con el fin de dar una idea sobre la decisión que tuvieron las participantes de tener un embarazo de manera natural antes de buscar algún tipo de tratamiento.

Samantha fue la única que trató de embarazarse naturalmente en un lapso menor de un año.

Samantha: *“de manera natural, como seis meses y como vimos que no pasaba nada entonces hicimos tratamientos.”*

Dos participantes, Ariadna y Paula, indicaron haber tenido relaciones sexuales sin protección por un año, mientras que Rosana y Claudia tardaron un año y medio y dos años, respectivamente.

Ariadna: *“después de dos años de casada empezamos a buscar hijos [de manera natural] un año”*

Paula: *“a los 29 cuando empecé (...) pasa ese año en limpio [sin lograr la concepción], no me embarazaba...”*

Rosana: *“(...) de manera natural, un año y medio (...) me embaracé (...) y lo perdí (...) descanso un mes, y me vuelvo embarazar y (...) lo volví a perder (...) y ya no me vuelvo a embarazar.”*

Claudia: *“(...) estuvimos dos años intentándolo (...) teníamos ocho meses juntos (...) y luego (...) yo me casé en el 98 y creo que todo 98 nos dedicamos a ello.”*

De manera más contundente, los casos de Angie y de Gemma marcaron tiempos superiores al resto de las participantes. En el caso de Angie, ella no tuvo

ningún tipo de embarazo a los largo de 6 años. Por su parte, Gemma no pudo mantener con éxito tres embarazos en un tiempo de 7 años.

Angie: *“en teoría nos dejamos de cuidarnos, y pues ¿cuál va siendo la sorpresa? que pasa el primero y segundo y el tercer año y el cuarto y el quinto y el sexto año y nada...”*

Gemma: *“[naturalmente] siete años tuve tres embarazos (...) se quedaban en las trompas (...) y no bajaban al útero.”*

3.2. Tratamientos y recomendaciones populares para poder concebir:

La categoría abarca aquellas acciones realizadas por las participantes debido a los consejos populares de personas cercanas o por ellas mismas.

En el caso de Losiram, ella indicó que el tipo de remedio que utilizó fue sugerido por su esposo quien conocía a una persona dedicada a realizar tratamientos caseros para aliviar padecimientos, sin embargo, Losiram presentó escepticismo a este tipo de remedios pues consideraba que los rituales o los jugos que tomó no presentaban lógica alguna para quitar su problema de quistes, indicando así que ella confiaba más en la medicación.

Losiram: *“[mi esposo] me llevó con un amigo que era doctor pero él hacía, según él, curaba a base de jugos y cosas así, como remedios propiamente, de manera natural, entonces a mí sinceramente, igual tengo la costumbre de que si es enfermedad, con pastillas, no hay otra, como que yo no le tengo mucha fe a esas cosas de 'no, es que luna llena y esas cosas', 'no que 'tómame el jugo de no sé qué' y decía '¿en qué me va a beneficiar? No entiendo la lógica de cómo un jugo me va a quitar los quistes, ¿cómo?, O sea, no...' Entonces igual yo no, digo, según mis creencias, debes tener fe para que las cosas funcionen, entonces yo decía 'eso no'*

entonces como eso era más barato (sonriendo) pues seguimos con eso y cuando empezamos a ir con el ginecólogo, ya después era muy caro y en el seguro se molestaba porque tienes que llegar temprano, tenías que esperar las horas para que te atienden y eso no le gustaba, entonces lo fuimos dejando hasta que de plano 'es tu culpa, tan tan...'"

Claudia generalmente indicó los remedios sugeridos por la gente que se deben de utilizar durante o después del acto sexual. La participante mencionó los risibles que son los remedios pero que aún así los llevó a la práctica para poder lograr el embarazo.

Claudia: *"(...) ya sabes, 'y cuando ya haya terminado el sexo, te paras de cabeza, con las piernas hacia arriba', para ver si aquéllos bajaban más rápido, ja ja ja. ¿Qué otra cosa? ¡Con luna llena! Todo el mundo te dice, porque ahí salen todas las cosas de las abuelitas, 'ponte una rama de epazote detrás de la oreja', ja ja ja y cosas así, todo el mundo te dice 'toma mucha agua de no sé qué' pero sí, todo el mundo te da ahí sus remedios caseros (...) un poco te ríes y un poco haces. Sí llega un momento en el que tratas de hacer todo lo que te dicen, porque lo que quieres es lograrlo. La cosa es cuando de repente te das cuenta que tu ropa está manchada y que aún no hubo nada, ¡híjole!, eso sí se siente bastante feo".*

En el caso de Samantha, ella refirió la posición de mantener las piernas en alto durante las relaciones sexuales. Dio el beneficio de la duda sobre la eficacia de esta posición sexual.

Samantha: *"pues a lo mejor te aferras un poco a hacerlo en ciertas posiciones, a tener las piernas en alto, para que baje el semen supuestamente, pero no, a lo mejor sí un poco..."*

Para el caso de Angie, ella hizo, de manera irónica, referencia a los remedios populares para demostrar cómo la gente intervino en su proceso de

infertilidad, sin embargo, hubo un remedio el cual indica sí haber utilizado y fue el que ocupó una amiga suya antes de quedar embarazada.

Angie: *“(...) todos te dan consejos y “ahora haz esto y esto y esto”, “si te untas caca de caballo, sirve” y vas y te untas caca de caballo. Me acuerdo mucho de esta amiga de la oficina ‘me trajeron este líquido de un pueblo que, este, se lo tomaban las muchachas para cuando querían tener familia porque las limpiaba y las embarazaba’. Ella se lo tomó y me dijo, cuando ya se embarazó, ‘te voy a dar’ y me daba una copita, o sea, a ella le trajeron una así grandota, ‘ojala te funcione a ti porque yo ya estoy embarazada’ ¡y me lo tomé! (...) y si me decías que me tenía que poner de cabeza después de, iba y lo hacía (...) y ‘ve al reflexólogo porque el reflexólogo embarazo una vez’ (...)”*

3.3. Tratamientos y recomendaciones médicas para la concepción

Con respecto a este eje, se indican los procesos médicos a los que se sometieron las participantes para poder quedar embarazadas. Se toman en cuenta aquellos procedimientos que se realizaron posteriormente de tratar de quedar embarazadas de manera natural.

En el caso de Losiram, ella indicó que el tratamiento que le dieron primeramente fue para su problema de quistes y posteriormente mencionó, de manera general, un tratamiento que parecía ser para la inducción de la ovulación.

Losiram: *“en el seguro sólo me dieron pastillas anticonceptivas, que con eso se me iban a deshacer los quistes pero me pusieron bien loca, me deprimía horrible (...), y nada más, y con el otro doctor que fui, que ya me dio de tratamiento propiamente para quedar embarazada ‘te tomas estos días, estos días estás, tienes que tener relaciones”*

Samantha mencionó de manera general los procedimientos a los que se sometió indicando que trató por medio de inseminaciones y por donación de óvulos.

Samantha: *“hicimos dos inseminaciones, hicimos dos tratamientos con donación de óvulos también inseminados (...) fue como año y medio, sí, como año y medio”*

Para cuatro de las participantes, los tratamientos que recibieron fueron muy similares, variando en el número de intentos, el tiempo de cada tratamiento y de manera más contundente, en la parte del proceso en el que dejaron de buscar la concepción.

Para Claudia, sus tratamientos comenzaron por medio de coitos programados para pasar posteriormente a las inseminaciones.

Claudia: *“(...) te dicen ‘a ver, ¿cómo está tu ciclo?’ está así (...) tal día tiene que ser’, ‘tiene que ser hoy, mañana y pasado’ (...) con ese tipo de indicaciones, ‘tales días importan tanto pero estos días en los que se estás ovulando tienen que ser seguido, inténtalo así’, y así lo hicimos pero no, nomás no dio nada.(...) [Luego] vi una doctora que me hizo dos inseminaciones y luego cambié a un doctor que era lo más maravilloso de todo el universo y cuando ese doctor me hizo su primer inseminación, era la tercera mía (...) no funcionó. Y luego ya el cuarto (...) y me dijo [el doctor], ‘me acabo de dar cuenta que usted tiene endometriosis’ (...) ya no quise hacer más estudios, ya no, nada (...)”.*

Para el caso de Angie, ella también trató de quedar embarazada por medio de coitos programados mientras que trataba de erradicar la clamidia. Posteriormente, indicó haber realizado inseminaciones y por último se sometería a una inseminación *in vitro* pero es antes de su realización que Angie quedó embarazada de manera natural. La participante hizo mucho hincapié en el costo que tenía cada proceso, viéndolo como un desperdicio de dinero.

Angie: “(...) te mandan a tener relaciones ciertos días ‘de ahora en adelante lo van a hacer el día 13 14 15 tu período, entonces en cuanto te baje el 13,14, 15 y lo vas hacer y no sé que’...yo había adquirido (...) clamidia (...) pues todo el tiempo tratamos de radicar a la clamidia (...) empezamos con las inseminaciones a la par de tratar de erradicar la clamidia. Entonces empezamos con las inseminaciones, y ¡oh sorpresa! Yo juré que en la primera pues íbamos a quedar, nos hicieron como 4 o 5 (...) es muy caro, es muy agotador, físico económico y emocionalmente. Económico porque todo es carísimo, yo me acuerdo que gastamos cerca de \$30.000 mensuales en las ampollitas, que te tienes que inyectar todos los meses, una hormona para hacer crecer tus folículos, finalmente era, 15 inyecciones, eran como \$10.000 de inyecciones o 12.000, más el ultrasonido, más la consulta, más no sé qué pues ya estaba de 10 a \$15.000 mensuales, destinados únicamente a eso, hacia la infertilidad, hacia la búsqueda de un bebé y emocionalmente pues es muy desgastante porque... al hacerse la prueba de embarazo, nada, o sea, no estás embarazada, espérate que pase al segundo mes, en cuanto te baja el tercer día, a inyectarte... vamos por el *in vitro* (...) vamos con todo y que va a ser hasta el último recurso, una y ya (...) quedé embarazada pero pues la sorpresa fue mayúscula porque fue solito, o sea, ¿cuánto me ahorré? ¡Muchísimo!”.

Para Ariadna, sus tratamientos contemplaron la inducción de la ovulación de manera reiterada y posteriormente la fertilización *in vitro*, que resultó ser su último procedimiento para quedar embarazada. A lo largo de sus tratamientos se sometió a diversos estudios para conocer el estado de su matriz y el de sus trompas.

Ariadna: “(...) el primer tratamiento, que fue con pastillas (...) como seis meses de pastillas, lo que es el Omifin que es para ovular (...), el segundo tratamiento fue la bendita histerosalpingografía, que duele horrible (...) igual dura unos cuantos minutos y te ponen un medio de contraste igual en las trompas (...), el tercer tratamiento pues ya era... sesiones de hormonas semanales que me daba mi médico, el cuarto tratamiento fue una operación de trompas precisamente, el cuarto tratamiento fue una insuflación en las trompas (...) la hacen en una sola

tarde, dura una media hora, entras al quirófano y te inyectan líquido en las trompas (...) y el quinto tratamiento... fue otra vez por pastillas, el último tratamiento que tuve fue para una fertilización in vitro (...) fueron como aproximadamente mes y medio y lo dejé, eran inyecciones y pastillas, y yo creo que también el cuerpo se cansa mucho y uno también se cansa del medicamento y de todo”.

De igual manera, Paula comenzó sus tratamientos por medio de coitos programados, seguidos de un par de inseminaciones asistidas para concluir con un *in vitro* exitoso.

Paula: *“después de eso [tratar de embarazarse naturalmente] fue cuando empecé con las inseminaciones y ya la final el in vitro (...) las primeras dos [inseminaciones] se hicieron de forma natural, eso de que te dicen ‘tómame la temperatura’, teníamos horarios para tener relaciones ¿no?, y las otras dos fueron lo que le llaman inseminaciones asistidas, o sea, él da una muestra de esperma, se analiza, le ponen algo a los espermatozoides como para acelerarlos un poco para que puedan fecundar y después de eso te lo inyecta ti ¿no?, vía vaginal. (...) fueron pues cuatro procesos, los primeros fueron muy naturales, realmente fueron muy natural, salvo que teníamos horarios para tener relaciones, pero ya los otros dos al ver que no pegaba pues como que dices ‘¡ay! pues algo está pasando’, se empieza a crear esa incertidumbre de ¿qué va pasar y qué es lo que no están detectando para que no te puedas embarazar? Como que empezaba una ansiedad, yo creo que a lo mejor pasó un año con estas inseminaciones, luego el in vitro... pegó luego, fue rápido.”*

En el caso de dos participantes, el tratamiento *in vitro* fue la única posibilidad que tuvieron de quedar embarazadas después de haberlo intentado de manera natural.

En el caso de Rosana, la doctora le sugirió realizarse un *in vitro* pues aunque una trompa era permeable era muy difícil poder concebir así.

Rosana: *“la doctora (...) me hace una laparoscopia, y resulta que tengo la trompa izquierda tapada completamente, y la trompa derecha, o viceversa, y la otra trompa sí la tenía yo permeable pero la tenía así como deforme (...) tengo posibilidades de embarazarme naturalmente pero que sí iba a ser difícil que me pueda embarazar así, y que las inseminaciones para mí no funcionan porque, que la inseminación es lo mismo que tratar un embarazo natural pero que con un poco más de ayuda y que a mí no me iba a funcionar por lo mismo de las trompas. Entonces ella me recomienda una [fertilización] in vitro, entonces me hago una [fertilización] in vitro con tres embriones y sale negativa, y después tenía embriones congelados, descongelamos un embrión, se implanta en el embrión pero resulta que nos equivocamos mi esposo y yo al comprar las hormonas, entonces me pongo menos hormonas, y al final la doctora piensa que es la causa por la cual el embrión muere. En este momento la doctora decide y le hace un estudio cromosómico al embrión, para ver si no había incompatibilidad de genética y sale que no, resulta que era una niña, porque también me dieron el sexo, y la doctora me dice que me tome descanso un tiempo para buscar otra [fertilización] in vitro. (...) de esta in vitro nace María José...”*

Para Gemma, después de perder de manera natural tres embarazos, se sometió a varios intentos por medio de fertilización *in vitro* (por el retiro de las trompas), posteriormente hizo uso de la matriz de una prima, la cual no pudo concebir. Gemma trató nuevamente un *in vitro* sin éxito y planeó realizar el último, pues se sentía muy desgastada física y emocionalmente.

Gemma: *“...yo perdí mis tres primeros bebés (...) [después] me tuve que meter en tratamiento [fertilización] in vitro (...), hice cinco in vitros y ninguno pegó (...), hicimos tres, entonces la doctora nos dijo “¿por qué no se consiguen a alguien que les preste su matriz?” y escogimos a una de mis primas (...), no pegó (...), y después decidí intentarlo otra vez y no funcionó. [La fertilización in vitro] solamente se va a hacer una vez más este año y ya porque también es mucho desgaste emocional, por lo físico todavía lo sobrepasas pero lo emocional yo creo que no”.*

3.4. Pensamientos y sentimientos durante los tratamientos.

Esta categoría hace alusión a la manera en que vivieron las participantes su proceso de quedar embarazadas a lo largo de sus tratamientos.

Absolutamente todas las participantes indicaron que el proceso de infertilidad es un momento de frustración, impotencia y sentimientos negativos sobre sí mismas y sobre las circunstancias que les rodean, generando desgastes físicos, económicos y emocionales.

Rosana mencionó que el altibajo de emociones le hizo pensar en renunciar a su búsqueda de tener un bebé, sin embargo, las experiencias de otras mujeres infértiles que pudieron quedar embarazadas le daban esperanzas, además del apoyo brindado por su pareja.

Rosana: *“¡Ay, no! Pues era un altibajo de emociones porque había veces que estaba yo súper emocionada de ‘sí voy a hacerme la in vitro’ y había veces que decía ‘no, ya no quiero nada, hasta aquí y ya, ya veremos si adoptamos’, luego decía ‘nos compramos un perro y un perico’, mas sin embargo nunca, nunca me pasó por mi mente separarme de mi esposo pero sí era una situación muy, de muchas emociones (...) muy altibajo (...) yo creo que sí me deprimí, yo creo que sí, yo creo que no es fácil el hacerte a la idea de no tener bebés, más que nada porque si ya empiezas con que tus amigas tienen a sus hijos, y que vas al bautizo, y todo eso, mas sin embargo sí me dio muchas esperanzas que muchas de mis amigas han sido por tratamiento (...) pero al final del camino la que lleva más el desgaste físico como emocional pues era yo, el desgaste era más fuerte para mí.”*

Para Ariadna, en el proceso experimentó impotencia y coraje por el hecho de no dar aquello que su pareja y su familia querían, afectándole en su

autoconcepto pues llegó a denominarse “seca”. Ariadna vivió una etapa de mayor “preparación” por cada embarazo no logrado.

Ariadna: *“Te da sentimiento de impotencia, pensamiento de impotencia también, de repente te da mucho coraje y te da mucha tristeza el no poder tener un bebé, (...) de que no puedes darle a tu pareja lo que tanto te está pidiendo, de darle a tu familia y todo mundo quiere, el bebé. (...) hubo un tiempo en el que sí, mi autoestima estaba muy muy baja. Hubo un tiempo en el que yo decía ‘híjole, no puedo ser mamá, estoy totalmente seca y chin ya no puedo seguir’ (...) después de que perdí el primer bebé lo sentí más, ya para el segundo estaba preparada y para él tercero mucho más*

Al igual de Ariadna, Paula consideró que la infertilidad fue una situación que no le permitía lograr una condición en pareja dentro de una nueva etapa, llegándole a generar frustración y decepción.

Paula: *“(...) sientes mucha frustración porque sí es algo que deseas, que tú misma relación es ya una fase nueva en la que quieres entrar y no puedes, entonces sí es desesperante; frustrante porque muchas veces dices ‘¿cuántas mujeres tienen hijos y los dejan tirados en basureros?, o ¿cuántas tienen hijos y los maltratan, ¿no?, y tú que estás de alguna forma llena de amor y que esperas con tanta ansia a un bebé y no lo puedes tener pues sí es una gran decepción ¿no?.* “

Otra participante, Gemma, de igual manera compartió el sentimiento de impotencia, tristeza y decepción, incluso también tuvo una etapa de “preparación”, al igual que Ariadna con respecto a los embarazos perdidos, sin embargo, Gemma mencionó la importancia que tenía para ella lo que dijera la gente sobre ella, llegándose a sentir vigilada.

Gemma: *“(...) te sientes como impotente, sobre todo porque haces todo lo posible y sigues las indicaciones tal cual y que a la mera hora no, no quedas, como que te*

sientes como que triste, decepcionada, impotente (...) cuando supe que estaba embarazada fue así como que la ilusión y a los tres días me empezó dar sangrados (...) me puse súper deprimida. El segundo (...) sí me pegó, pero no tanto como el primero. [Los últimos] ya no son tan fuertes porque además, yo creo que te quedas muy desilusionada porque siempre empiezas con la esperanza, ya después, cuando dices ‘híjole! ya me toca hacer estudios’ pues ya dices ‘si no pega pues ya hice lo que tenía que hacer, me tomé los medicamentos que me tenía que tomar, me inyectaron lo que me tenían que inyectar, ya hice todo de mi parte’. Sí te pega, en el momento te sientes triste pero ya no me pega igual como con el primero o el segundo (...) me sentía muy presionada (...) y ¿si no pega?’ (...) te empiezan a preguntar (...) sientes todas las miradas, ja ja.”

Igualmente, para Samantha, el tener hijos indicaba una relación más profunda entre su pareja y ella al tener una “mezcla” de ambos, por lo cual esta situación no lo permitió, generando así sentimientos de tristeza en la pareja. Samantha mencionó también los desgastes que sufrió.

Samantha: *“me deprimí mucho, me desanimé mucho, mucho miedo de no poder ser mamá (...), después de los seis meses [de tratamiento] tenía yo algo de esperanza, pero cuando ya vimos que no funcionaban los tratamientos nos deprimíamos mucho, sobre todo yo (...) me dolió un poco pensar que no íbamos a lograr hacer esa mezcla de él y yo (...) normalmente me deprimía cuando veía que no resultaba, pero ya después me volvía a sentir animada, es como cíclico, haces el tratamiento tienes esperanzas, ves que no funciona y te da el bajón, pero ya después tienes que subir (...), [el tratamiento] es muy desgastante y muchísimo: emocionalmente, económicamente, físicamente... ya cuando llegas a adoptar llegas toda cansada...”*

En el caso de Angie, hubo tristeza, decepción y hastío por no poder concebir, pero su discurso iba más ligado al desgaste económico, llegando a indicar que éste era mayor que el desgaste emocional.

Angie: *“(...) pasamos muchos tratamientos (...) es muy caro, es muy agotador, físico económico y emocionalmente. Económico porque todo es carísimo (...) yo veía como si tú pusieras \$15000 en un fajito y lo pusieras en un bote de basura y esperar a que alguien se los lleve (...) emocionalmente pues es muy desgastante porque... al hacerse la prueba de embarazo, nada, no estás embarazada (...) es muy desgastante cada mes hacer lo mismo, las pruebas y saber que es negativa, entonces, te va desgastando, como pareja también va desgastando (...) es una lucha muy fuerte, es como ‘¡híjole! si quiero pero ya no quiero que se me vaya este dinero’ entonces la lucha es más económica que emocional (...) llega un momento en el que llegas a decir ‘ya no quiero nada, ya, ya estoy harta, estoy hasta la madre de esto, ya lo que no llegó, no llegó’ (...) era de mucha decepción, mucha tristeza (...) yo trataba de no demostrarlo, o sea de hacerte más fuerte, pero es imposible”.*

Claudia hizo referencia a las expectativas que se generaban en cada posible embarazo y cómo es que éstas al no cumplirse generaron desilusión y desesperación.

Claudia: *“(...) cuando (...) te das cuenta que tu ropa está manchada eso sí se siente bastante feo porque te das cuenta de que ‘¡chin!, otra vez a intentarlo’. Sobre todo porque piensas ‘ahora sí es de a de veras’, (...) uno está con las emociones en el cielo y las esperanzas, las expectativas, las ilusiones, y cuando te das cuenta de que no (...) son procesos muy fuertes (...) yo estaba muy desesperada y después entre como en paz porque ahí sí entró (...) la cuestión espiritual (...) pero ahí es donde... empieza mi lucha interna de ‘sí quiero, es que verdaderamente desde el fondo del corazón quiero ser mamá, sí quiero, todo eso que la vida me ha enseñado sí quiero pasárselo a alguien y que mejor que a un hijo, sí quiero’ (...) ahí fue cuando tomé la decisión de (golpeando la mesa) ser madre... adoptiva”*

Para Losiram, el hecho de que las pasantes y el doctor que la atendían tomaran una actitud irresponsable y poco ética la hizo sentir muy mal. Otro factor que le provocaba malestar fue que la pareja con la que planeaba tener el hijo bajo tratamiento era menor que ella, por lo que la participante pensaba negativamente sobre esta situación. Losiram se piensa como “tonta” por pensar demasiado en las situaciones que vivía.

Losiram: *“[al inicio] no me sentí tan mal. Cuando fui al seguro me dijeron ‘tu matriz está dañada y sólo por inseminación’ ahí sí me sentí muy mal, sí lloré muchísimo... cuando en el seguro saqué mis cosas, el doctor jugando con cel., las pasantes sacándole fotos a mis radiografías, yo sí me quedé así de ‘o sea, ¿cómo?’ Entonces eso sí también me pegó muchísimo, eso fue el año antepasado que entré de lleno a hacerme la firme convicción de tener una pareja estable, de repente me dijo ‘yo me aviento’ y dije ‘bueno’, pero ahí sí fue eso, sí me sentí así como ratón de laboratorio ‘y si hacemos esto, a ver qué pasa’ sí me sentí mal por eso. Dejé [el tratamiento] desde abril porque él era muy chiquito (...), él tal vez me iba a dejar (...) por una más joven, cuando yo sea más grande y ¿si no puedo tener hijos? (...), dos tratamientos se nos pasaron porque él quería estar con sus amigos (...) me comencé a alejar (...), a veces digo ‘Dios, ¿por qué me mandaste esto?, ¿por qué no me hiciste tonta para no pensar tantas cosas?’ (...) trato de ser al revés, porque cuando es al revés de que te burlas de ti misma, piensan que no todo duele, y que así eres feliz y ya no te están diciendo a cada rato ‘ay, pobrecita, deberías de hacer esto o aquello’, ¡ash! no te ayuda mucho (...).”*

4. Las mujeres después de vivir un proceso de infertilidad

Este eje hace referencia a la manera en cómo la infertilidad afecta a la mujer posteriormente a su conocimiento y su tratamiento.

4.1. Resignación a la imposibilidad de concebir de modo natural: Esta categoría se aplica a aquellas mujeres que definitivamente no pudieron concebir a un bebé de manera natural. Se plantean las maneras en las que la mujer descartó la idea de concebir naturalmente.

Claudia y Samantha encontraron imposible la concepción por cuestiones biológicas como la edad, que afecta la fertilidad; por su parte Gemma no fue capaz de concebir naturalmente por haberse sometido a procedimientos quirúrgicos que afectaron el funcionamiento de la matriz.

Para Gemma, el hecho de ya no tener sus trompas descartó de manera absoluta la concepción de manera natural, por lo cual tuvo que recurrir a otros métodos.

Gemma: *“dejé de intentar después del tercer bebé, porque ya no tenía trompas (...) me las cortaron las dos, ya no tengo trompas, por eso si lo tuve que intentar por medio del in vitro.”*

En el caso de Claudia, ella contó que el realizar varios intentos infructuosos a lo largo de los años, la presión del “reloj biológico” y las cuestiones espirituales fueron circunstancias fundamentales para que dejara de lado la opción de concebir naturalmente.

Claudia: *“(...) desde que pasan los meses y no te embarazas, pasan los meses y no te embarazas, porque tú tienes tu vida normal, tienes sexo regularmente, ‘chin! pues no fue en este mes, a ver si el que sigue, tampoco en este, a ver si en el que sigue’ y se empieza pasar el tiempo y, con la amenaza digamos entre comillas del ginecólogo de ‘óyeme mijita, tu reloj biológico pues ve pensando en una adopción’(…), y yo le dije “¿¡qué!?”, por eso lo dejé y era mi ginecólogo desde que empecé yo mi vida sexual, a él siempre lo vi (...), entonces lo dejé y me fui con una doctora “especialista” de eso también pero por eso lo dejé, porque me metió mucha presión y ya en septiembre del 2000 yo ya estaba ya metida más en la*

cuestión espiritual y religiosa de querer encontrar respuesta a esta negativa, por decirlo así, de no tener hijos biológicos.”

Con respecto a la situación de Samantha ante la imposibilidad de poder concebir naturalmente por cuestiones biológicas, ella encontró una manera de renunciar a esta idea por medio de un “coco wash” como lo denominó ella, viendo el embarazo como un proceso desagradable y doloroso.

Samantha: *“(...) le tuve que mirar el lado amable, me tuve que hacer “coco wash” como dicen, pensé en todo lo malo del embarazo, ja ja ja, y dije ‘no, no engorde, no me salieron estrías, no sufrir dolor de parto porque soy muy cobarde y bueno dada mi personalidad y mi carácter no me tocó cuidar a un bebé que me desvelara tres horas’, entonces le tuve que ver el lado bueno, a lo mejor si me hubiera embarazado no me hubiera metido en este juego, pero dado que no sucedió, me tuve que echar porras a mí misma (...) al principio [fue] un poco difícil por despegarse de la ilusión de embarazarse, el trabajar así, a la inversa, buscando lo malo del embarazo me ayudó mucho, y empezar a verlo como ‘bueno, qué bueno que no pasó’ y actualmente así pienso”.*

Para Ariadna, pese a no conocer exactamente el porqué de su infertilidad, tuvo una reacción similar a Samantha, es decir, trató de ver el lado positivo de no haber concebido o buscan aspectos desagradables y negativos del embarazo para poder alentarse a sí misma.

Ariadna: *“empieza una etapa de aceptación y dices “ bueno, ok, no puedo tener hijos pero puedo hacer más cosas” y a lo mejor intentas rescatar muchas cosas con tu pareja que ya no puedes y después ya llega el momento en el que dices “bueno, ok, no puedo tener hijos, podría adoptar uno si quisiera o si quisiéramos los dos” pero después ya lo ves como algo normal, como tan cotidiano como para decir “bueno, voy a seguir adelante con mi trabajo y con mi vida y no se me va a acabar el mundo por tener un hijo o no”. Te puedo decir que dos años y medio después de que perdí al último bebé (...) yo creo que en el momento en el que los*

dos decidimos separarnos (...) fue ese momento en el que hizo que dijera “qué bueno que no tuve hijos porque estarían pasando mil cosas ahorita y pues de aquí para adelante y voy yo sola”.

4.2. Resignificación de ser mujer: La presente categoría incluye aspectos sobre cómo la infertilidad cambió la perspectiva de “ser mujer”, es decir, los puntos fundamentales que se deben de tomar en cuenta para definir a una mujer.

Para Ariadna, el concepto de ser mujer era demostrar a los demás que no necesitaba ser madre, pues con la infertilidad se dio cuenta que hay más cosas por hacer que tener hijos.

Ariadna: *“(...) creo que como mujer se debe realizar también intelectualmente, o sea, no eres solamente una máquina para ser hijos, también es muy importante en lo intelectual y lo que le puedes demostrar los demás y a ti misma (...) cuando yo pensé primero en que era una mujer incompleta por no tener hijos fue cuando empezó mi lucha de poder tener hijos. Cuando me costaba trabajo el ser mamá, mi cambio fue que cuando me di cuenta de que no toda la vida es tener un hijo, de que hay muchísimas cosas más alrededor que te pueden llenar y que a pesar de que psicológicamente y fisiológicamente el cuerpo en la sociedad te lo piden, hay muchas otras cosas que puedes hacer.”*

Por su parte, Angie consideró que la mujer representa trabajo y fortaleza. Al contrario de Ariadna, Angie pensaba que tener hijos era la parte más bella de la vida.

Angie: *“(...) una mujer es sinónimo de trabajo, de fortaleza, de esfuerzo, de lucha (...) poder y de tener, porque pues una mujer de ahora llega al mismo nivel que un hombre (...) no puedo creer que una mujer no quiera tener hijos, cuando es la parte más bonita de la vida (...) y te quedas así de (cara de sorpresa), ‘¿cómo?’”.*

4.3. *El “nuevo” autoconcepto:* En el apartado se indica la percepción que tienen las participantes de sí mismas y si consideran que existió un cambio o no en el autoconcepto después de haber pasado por un proceso de infertilidad.

La mayoría de las participantes consideraron que su autoconcepto no se vio modificado por haber vivido el proceso de infertilidad, sino que esto les permitió reafirmar sus ideas de sí mismas.

Samantha indicó que su autoconcepto no tuvo ninguna alteración debido al proceso de infertilidad, sin embargo, se veía a sí misma como un resultado de lo que había vivido, es decir, sin concebir pero ejerciendo la maternidad por medio de la adopción.

Samantha: *“porque yo no soy mujer en la medida en que pueda embarazarme, eso siempre lo tenía muy claro, sí quiero ser mamá pero hay muchas maneras de ser mamá, yo ahora soy mamá porque adopté, entonces para mí era ser mamá finalmente, si había salido de mi panza o no eso era cosa muy aparte pues en primer lugar le vas a dar cariño a un ser que por alguna razón en su momento no lo pudo tener, que va a formar parte de tu familia, le vas a dar amor, lo vas a criar, lo vas a guiar, que esa es la esencia de la maternidad, no que se parezca a ti.”*

En su caso, Rosana indicó que realmente no tuvo cambios su autoconcepto y que únicamente reafirmó la idea que tenía de sí misma.

Rosana: *“(...) una mujer fuerte, inteligente, y luchona. Este siempre ha sido como mi concepto mío. [Después del diagnóstico] soy muy fuerte, demasiado fuerte.”*

Angie mencionó que no creía que hubiera habido un cambio en su autoconcepto sino que se maximizó cada cualidad que se había atribuido con anterioridad, sólo que ya se sentía completa por tener a su hijo.

Angie: *“sí cambia, no el auto concepto porque siempre me sentí querida, valiosa, amada, vaya, con toda mi lista... pero hoy, como que está completo...me siento muy bien, muy completa. Sí me siento amada, me siento más amada, sí me siento querida, me siento más querida, sí me siento respetada, me siento más respetada, no cambia pero sí me siento más segura, más tranquila, ya se llenaron todos mis*

huecos (...) llené todas las piezas con él [con su hijo], se llenó todo el rompecabezas.”

Para Claudia, el cambio se dio en su percepción como individuo, es decir, no como mujer, y es bajo este concepto en el que Claudia reconoció sus límites.

Claudia: “(...) te iba a decir que no [hubo un cambio], me visualizaba más como individuo, no de si dejo o no de ser mujer o ser menos mujer o eso, sino más como individuo, más de lo que yo quiero lograr y no puedo lograr, más así”.

Sobre el caso de Gemma, ella consideraba que siempre había sido independiente y que lo seguía siendo, sin embargo, veía que la infertilidad había cambiado su forma de ser y de expresarse, siendo después más seca y seria. La participante indicaba que la infertilidad le afectó de manera emocional y no de manera radical.

Gemma: “(...) como que me volví más como más seca, como que antes era más expresiva y si siento que me pegó al haberlo intentado que fueron siete años y todo y que no haya, que no se ha podido, sí me pegó, me volví un poquito más seria (...) siempre he sido como independiente (...), sí me pegó emocionalmente pero de eso a que yo cambiara radicalmente, no”.

El autoconcepto para Losiram tuvo un cambio significativo pues anteriormente se veía como una persona completa, pero después de no poder concebir se veía como una persona incompleta que tenía total responsabilidad de lo que le pasaba.

Losiram: “(...) lamentablemente ya no me siento como antes: completa y bien (...), ya es así como de ‘chin, yo soy la que tiene la culpa, o sea, no hay ningún otro culpable más que yo’ entonces ya no soy como ‘Losiram completa’, sino que ya es como ‘Losiram, la que no puede tener hijos”.

4.4. *La vida con o sin hijos*: Esta categoría indica las expectativas y forma de vida que tienen las mujeres que pasaron por un proceso de infertilidad, tanto de aquellas que sí pudieron concebir o adoptar un hijo, como también de las mujeres que definitivamente no pudieron tener hijos.

Se pueden distinguir entre las participantes dos grupos, aquellas que de alguna manera pudieron ser madres ya fuera de manera biológica o adoptiva y aquellas mujeres que no habían podido tener la oportunidad de ser madres.

Primeramente, fueron cinco las participantes las que pudieron tener un hijo. Se encontró de manera clara que las expectativas que tenían las participantes se veían fuertemente influenciadas por los hijos pues para ellas era más importante la realización de sus hijos que la propia.

Unos estos casos es el de Angie, la cual se enfocó en la crianza responsable de su hijo y en darle la mejor educación posible. Posteriormente, hizo referencia al desarrollo profesional que podía tener en nuevos ámbitos.

Angie: *“(...) yo como todas las mamás, criar a un hijo responsable, sano, seguir teniendo mi familia, darle valores a mi hijo, darle hábitos, ser una mujer alegre, disfrutar la vida, proyectar de alguna manera todas las alegrías y todo lo que me ha dado la vida, siento que tengo muchas razones por las cuales estar muy feliz, como proyectar un hijo, con mis hijos, y dedicarme ahorita a ellos, sí se puede dedicarme a la docencia de niños, o sea, si bien mi desempeño laboral ha sido en actividades de oficina pues empezar involucrarme un poquito más, ahorita lo dejé por el bebé porque si no puedo separarme de él. En un futuro (...) me gustaría buscar un poquito más hacia allá y quizás trabajar en escuelas donde tenga la oportunidad de estar con mis hijos, de tener un ingreso adicional y tener el tiempo por estar. Entonces, hacia allá van mis expectativas.”*

En el caso de Claudia, ella no tenía expectativas para sí misma pues ella vivía las situaciones como iban sucediendo en su vida, sin embargo, sí tenía expectativas con respecto a su hijo, del cual esperaba que tuviera mucha felicidad por medio de un matrimonio con amor, con hijos y con una buena economía.

Claudia: *“pues dicen que uno nunca debe de tener expectativas, uno debe esperar con sorpresa las cosas que la vida te va dando. La única expectativa que puedo tener con respecto a mi hijo es que sea feliz, eso sí quiero, eso sí espero de él, que sea feliz, ¿cómo le va a hacer? Ese es su problema (...), yo procuraré desde el fondo de mi corazón y de mi alma darle lo mejor que tengo yo. (...) me encantaría que fuera ingeniero en robótica (...) que ganara muchísima lana y que le fuera súper bien, que se casara con una mujer que lo ame, que sea bonita, pero finalmente, que se amen, que tengan hijos, me gustaría conocer a mis nietos, me gustaría que fuera un hombre próspero y que sea un hombre feliz, todo eso está padrísimo, pero eso va a depender de él, no de mí. Yo lo único que espero de él es que sea feliz, tan tan (fin).”*

Para Rosana, sus expectativas se dirigían a la pareja, trabajo y a sus hijas, siendo éstas últimas el eje central para las otras expectativas pues los trabajos que ha tenido son ocasionales para poder estar más tiempo con sus hijas ya que un trabajo de oficina le quitaría tiempo de convivencia con ellas.

Rosana: *“pues ahorita estoy empezando con un negocio de pasteles, me metí a un diplomado y ahí poco a poco, porque obviamente ellas todavía me quita mucho tiempo, la verdad es que dicen “ay, pues cuando crezcan” ya cuando crecen, dejas de ser mamá para ser chofer (...) pero no, regresar a la oficina, no, ja ja ja. [Con la pareja] tengo la expectativa de hacerme viejita con él, ja ja. De que sigamos creciendo juntos, que él siga creciendo en lo que le gusta, su trabajo su posición, le gusta mucho lo que él hace, le digo que es “workohólico” pero él es muy apasionado. [Sobre la familia] ¡Ay! yo nada más pido que mis hijas sean felices, que sean niñas sanas, que sean lo que ellas quieran, pero que sean felices... ya*

siendo ellas felices y estando sanas ellas lograrán lo que ellas quieran, ¿no? Y que sigamos juntos, ya con eso no pido más, ja ja ja.”

Dos participantes pudieron tener al menos una hija, pero sus expectativas, sin embargo, se dirigieron más al plano profesional aunque no por ello dejaron de lado las expectativas que tenían con respecto a sus hijas.

Paula pensaba necesario introducirse nuevamente al ambiente laboral en cuanto la edad de sus hijas lo permitiera pues consideraba que por “salud mental” se debía de desarrollar en otros ámbitos que no fueran el hogar. Con respecto a sus hijas, mencionó que sus expectativas son verlas crecer y darles lo mejor.

Paula: *“(…) ver crecer a mis hijas, darles lo mejor en todos los aspectos, a mi me encantaría volver a la ámbito laboral, yo creo que lo voy a hacer ahora que crezca un poco más la bebita, ya que sea un poco más independiente, buscar aunque sea algo de medio tiempo, sí me encantaría por salud mental también ¿no?, porque también es bien pesado de veras que, yo no sé cómo le hacían antes como mi abuela que se casaban y tenían tantos hijos y se dedicaban exclusivamente al hogar, de veras que uno dice pues ‘¿qué hacen en la casa? qué rico ¿no?’, de veras en la casa nunca se acaba el trabajo, créeme que la mamá es la primera que se levanta y la última que se acuesta, y es una labor ¡híjole!, muy linda pero muy cansada, y yo creo que por salud mental sí necesitas otro espacio. [Con la pareja] (...) nadie tiene seguro nada, pero digo yo estoy contenta, estoy feliz en mi matrimonio, creo que él también, hemos formado un patrimonio juntos, tenemos dos hijas y pues suficiente razón para seguir juntos y queriéndonos, cuidándonos y viendo por ellas.”*

Samantha indicó que sus expectativas son positivas, mencionando primeramente las cuestiones económicas, posteriormente habló sobre la buena

relación que tenía con su pareja y finalmente hizo mención de su hija, con la cual pese a que tenía algunas diferencias con ella esperaba que se pudiera resolver los futuros conflictos.

Samantha: *“Están difíciles las cosas en materia económica pero sobre todo tengo buenas expectativas, [con la pareja] pues estamos muy a gusto, yo creo que nos seguimos llevando bien, y si tenemos problemas los podemos superar... [Con respecto a la familia] pues cuando adoptas, y hay que hacerlo con mucho cuidado, ahorita mi hija y yo estamos viendo a una desarrollista, estamos muy a gusto, nos está enseñando a cómo llevarnos mejor porque a veces sí hay algo de pique entre mujeres, y está casi entrando a la adolescencia y yo estoy casi entrando a la menopausia... A ver cómo me va cuando ya esté de lleno en la adolescencia.”*

El segundo grupo de mujeres son aquellas que no habían podido ser madres por ningún método. Las expectativas de las mujeres iban más dirigidas al desarrollo de otras áreas que a las cuestiones familiares.

Para Gemma, sus expectativas se dirigían al establecimiento de su negocio y su desarrollo como empresaria. Sobre la familia no parecía indicar expectativas sino más bien una forma de interacción que era poco frecuente.

Gemma: *“[Expectativas] (...) pues no sé, lo de mi negocio que apenas voy empezando, seguir siendo empresaria. [La familia] (...) pues igual, sí los veo y todo pero como estoy con lo del negocio casi no, pero cuando los veo me da mucho gusto.”*

Para Ariadna, sus expectativas iban dirigidas hacia su realización como pareja ya que algunas cuestiones profesionales habían quedado coartadas por situaciones geográficas por estar ella en Estados Unidos, pero dijo que sus expectativas laborales eran incluso más que las sentimentales.

Ariadna: *“mira, ahorita las expectativas son poder realizarme ahora sí como pareja, poder estar estable con él. Expectativas laborales no puedo tener muchas porque estoy acá y no es lo mismo trabajar acá que en México. Te puedo decir que en México mis expectativas laborales iban mucho más allá de siquiera de mi vida sentimental. En el aspecto de ser mamá, no me preocupa tanto ya el poder o no tener un hijo porque lo único que quiero es seguir haciendo mi vida, sentirme bien con lo que soy y pues lo demás está por añadidura, ¿no?”*

El caso de de Losiram es particular pues indica no tener expectativas en la vida pues ella ha puesto su sentido de vida en la concepción de un hijo y en la maternidad, por lo que la falta de éstos la hacen sentir sin rumbo.

Losiram: *“(...) no sé, con respecto a la maternidad quiero no pensar ya en eso, ya no porque siento que entre más lo persigo, más me huye, es como si lo buscara y se me escondiera (...) este año me propuse sólo vivir mi vida y hacer lo que quiero, hacer lo que me satisface, (...) me dicen los doctores ‘ya le queda poco tiempo’ (...) ya no quiero pensar en la maternidad porque aunque me hago tonta yo sola, no lo pienso y de repente empiezo a sentir algo extraño en mí y otra vez, ¿no? Llega esa esperanza o esa inquietud pero no ya no quiero pensar (...) lamentablemente eso ha sido como mi cimiento fundamental entonces debo de buscar otro... para... para distraerme o distraer mi mente para realmente voltear mi mirada a otro lado y dejar realmente en paz la maternidad (...), ya no tengo nada que diga ‘sí, lo voy a hacer por esto’, ni el amor, ni la maternidad que son como mi base, entonces no encuentro realmente en qué otra cosa cobijarme (...) no sé, ni para dónde voy(...)”*

5. Importancia de la infertilidad en las prácticas sexuales de las mujeres con su pareja.

En este eje se menciona la manera en que las participantes habían tenido sus prácticas sexuales a lo largo de diferentes etapas de su vida, esto con el propósito

de conocer cómo se fueron modificando dichas prácticas, sobre todo durante y después del proceso de infertilidad.

5.1. Antes de buscar la concepción:

La categoría incluye las experiencias y significados que tuvieron las participantes sobre sus prácticas sexuales antes de buscar el embarazo.

5.1.1. Significado de la relaciones sexuales:

La subcategoría hace referencia a la manera en cómo las participantes conceptualizaban las relaciones sexuales.

Angie se veía temerosa pues por la educación religiosa que tuvo consideraba que las relaciones sexuales eran malas, como pecado; sin embargo era algo que quería hacer.

Angie: *“(...) las primeras relaciones son así de ‘¡oh no! Estoy haciendo algo mal, esto es pecado’ ¿por qué? Pues porque estuve en una escuela de monjas, no conoces, no sabes si hacerlo o no hacerlo, si es bueno o es malo”.*

Losiram indica que tener relaciones sexuales implicaba realizarlas únicamente por amor.

Losiram: *“no, yo pensaba que era por amor como por la conexión, era por amor solamente”.*

De manera similar a Losiram, Claudia indicó que a ella se le inculcó que las relaciones sexuales se debían de realizar hasta el matrimonio, sin embargo, la “emoción” hizo que llegara a tener relaciones antes casarse.

Claudia: *“(…) mi mamá me martilló mucho el hecho de que, de que llegara virgen al matrimonio, entonces yo me guardé hasta los 23 (…) hasta donde me fue posible (riendo), hasta donde la emoción me lo permitió, ja ja ja (…) entras al sexo... con la idea de que ‘ay, el amor es maravilloso y todo tiene que ser de color de rosa’ (…)”*

Las siguientes cuatro participantes hicieron referencia a las relaciones sexuales como un momento efímero en donde por adrenalina, emoción o placer se pudieron tener relaciones.

Rosana contó que para ella fue un momento superficial en donde estaba con la persona que quería, sin embargo, hizo referencia a que ese cariño o amor se confundía con la pasión y/o la idealización de la pareja.

Rosana: *“(…) el encuentro es más superficial, más de momento, ¿no? (…) yo lo que esperaba era vivir el momento, estar con la persona que tú querías, sin importar nada (...), como que te dejas llevar más por la calentura, ¿no? de ir a un antro y salir con un cuate y acostarte con ese cuate, pero yo creo que cuando eres joven, confundes muchas veces lo que es el amor con la pasión, la idealización de la persona”.*

Ariadna hace más referencia a estar con alguien por las sensaciones que le provocaba estar en esas situaciones.

Ariadna: *“al principio lo haces a lo mejor por la emoción de estar con alguien (…) en ese momento es más también la adrenalina”*

De manera más contundente, Paula hizo referencia a que las relaciones sexuales se llevan a cabo por una cuestión física y sexual.

Paula: *“[las relaciones sexuales] en el noviazgo es mas llevado por una atracción sexual, física”*

Samantha es la única que hizo referencia a las relaciones sexuales como

fuentes de placer, dejando de lado el amor y las emociones provocadas por la pareja.

Samantha: *“...yo sabía que iba a sentir placer, sabía que lo iba a disfrutar, sabía que no era nada más el hombre...”*

5.1.2. Satisfacción y placer en las relaciones sexuales

La categoría indica si las participantes consideraban satisfactorias sus relaciones antes de la búsqueda de un hijo.

Poco más de la mitad de las participantes señaló que sus relaciones sexuales antes de querer concebir eran satisfactorias.

Angie: *“(...) siempre he tenido esa visión de que sea placentero y mutuo (...) siempre hemos buscado el placer mutuo...”*

Paula: *“sí yo creo que ese ha sido el éxito de nuestra relación: mucha comunicación, la confianza de platicar las cosas, entonces sí, yo me siento satisfecha”*

Gemma: *“(...) yo creo que lo he vivido plenamente [la satisfacción sexual y el placer] siempre me ha gustado, como que el placer es como que es lo mismo entre la satisfacción, que te guste”*

Samantha y Claudia hicieron mención de tener relaciones sexuales satisfactorias con la excepción de algunos casos en donde el hombre se caracterizaba por ser egoísta.

Samantha: *“siempre he tenido la vida sexual muy satisfactoria, desde que inicié hasta la actualidad (...) alguna vez me tocó un compañero con el que no estaba*

muy a gusto [debido] al egoísmo que tienen algunos hombres, o también puede haber falta de compatibilidad, no con todo el mundo te puedes llevar bien”

Claudia: *“... por supuesto, sentirme satisfecha (...) aunque el hombre en general, es muy egoísta entonces a veces el hombre no se ocupa de uno, y luego uno se tiene que ocupar de uno”.*

Losiram indicó haber tenido un orgasmo, sin embargo, ella no se sabía capaz de buscar placer.

Losiram: *“... mi primer orgasmo no fue con penetración, fue con estimulación entonces, yo decía “pues qué padre” pero yo no sabía que yo podía ser capaz de encontrarlo [el placer]”.*

Para Rosana y Ariadna, la satisfacción es una circunstancia que se encontró paulatinamente por medio de las experiencias, siendo no únicamente la cuestión psicológica la satisfecha sino también la física.

Rosana: *“yo no tenía idea de cómo buscar la satisfacción, pues sí, y vas aprendiendo poco a poco (...) me acuerdo que mis últimas dos relaciones fueron más de satisfacción mutua, la de mi esposo y el anterior pero sí ya estaba más grande”*

Ariadna: *“(...) en sí no buscas una satisfacción sexual para ti ni a lo mejor para la otra persona, a lo mejor ni siquiera sabes qué es eso, con el tiempo yo creo que lo vas aprendiendo y vas entendiendo muchas cosas, conforme vas obteniendo más experiencia (...) a lo mejor eran placenteras psicológicamente pero no corporalmente (...) porque al principio con el novio desde que ‘no, rápido’, entonces ahí no piensas en una satisfacción.”*

5.1.3. Tipos de relación con las personas con quien se tuvo sexo

La categoría hace referencia a las personas con quienes las participantes tuvieron encuentros sexuales. De igual manera, se indica el tipo de relación que debía tener la participante con su pareja para que accediera a tener relaciones sexuales con él.

Cuatro de las participantes mencionaron el tipo de relación que tenían con su pareja para tener sexo. Todas, excepto Samantha indicaron que debían ser personas con quienes tuvieran algún cariño especial o que las hicieran sentir seguras. Por su parte, únicamente Samantha dijo que nunca buscó hombres “machos”.

Samantha: *“...es que yo me fijé con quien me metí, yo nunca busqué compañeros machos”*

Claudia: *“(...) en mi particular caso, con educación y demás (...), con una persona por la que ya tienes un cariño especial, no con un amiguito, yo de las ‘one dance night’, de ‘te conozco aquí vamos al hotel’ no (...) al principio sí era de mujer de un solo hombre (...) procuro que sea con una persona con la que siento algo... ‘Hago el amor’... con una persona por la que tengo un sentimiento lindo”.*

Gemma: *“sí, tener relaciones sexuales con alguien sí debe de ser alguien con quien quiero, que me sienta segura, que me sienta protegida, ¿no?”.*

Ariadna: *“[las relaciones sexuales anteriores] eran placenteras porque eran con las personas con que yo quería, no me refiero a que yo quería con Fulanito y Juanito y los otros tres, sino que con las personas con las que tenía algún sentimiento lo hacía.”*

Las cuatro participantes restantes sí mencionaron a las personas con quienes mantuvieron relaciones sexuales.

Rosana hizo referencia a tres parejas sexuales: la primera con la cual comenzó su vida sexual; un novio anterior a casarse y por último su esposo.

Rosana: *“yo empecé mis relaciones con mi primer novio, tuvimos relaciones como a los 19, entonces estaba yo muy chavita, entonces entré a la Universidad, y después termino con él, tengo otro novio, termino con este novio y prácticamente toda la carrera me la pasé sin novio, después tuve novio que era mucho más grande que yo con el cual tampoco tuvimos relaciones y luego de él pasé un buen tiempo sin novio hasta que luego tuve mi otro novio, luego otro y luego con mi esposo.”*

En el caso de Losiram, ella indicó que sí tuvo relaciones sexuales antes de casarse, sin embargo, ella hizo una clara referencia acerca de su esposo.

Losiram: *“obviamente pues he tenido más parejas sexuales era, por ejemplo, antes de casarme, para mí era como que el estar con mi esposo, era lo que tenía que ser y bueno sí sentía padre”*

Tanto Angie como Paula habían tenido únicamente una pareja sexual, sus esposos.

Angie: *“(...) con mi esposo ahora sí que fue el primer hombre en mi vida y el único que ha habido, que no cualquiera puede decir eso, la verdad eso si es como que muy importante hoy en día y de comentarlo.”*

Paula: *“(...) no, sólo mi esposo”*

5.1.4. Finalidad de las relaciones sexuales

La categoría hace referencia de manera concreta a los motivos que tenían las participantes para tener sexo.

Cuatro participantes indicaron que la finalidad de tener relaciones sexuales era por amor, sin embargo, también hicieron mención del placer y la satisfacción por medio de la pareja.

Ariadna: *“(...) nos vamos a entregar a esa persona porque lo amamos (...) porque lo necesitamos para satisfacernos...”*

En el caso de Losiram, ella hizo referencia a que tenía sexo con su esposo por amor pero “no le dijeron” que el placer era parte de las relaciones sexuales y que este era responsabilidad de su esposo.

Losiram: *“antes eso era (...) te casas y tenías solamente relaciones con tu esposo y era algo mágico (...) era por amor solamente (...) nunca me dijeron en mi educación ‘ah, es que tienes que estar con tu esposo pero también tiene que darte placer’...”*

Angie y Gemma indicaron que, aparte del amor, tenían relaciones sexuales por cuestiones de placer y satisfacción mutua con la pareja.

Angie: *“(...) por placer y por amor (...) un pensamiento así de ‘ash, lo voy a hacer porque tenemos que’, no, o sea, siempre por amor.”*

Gemma: *“(...) es de entrega por completo, es muy difícil que una mujer no se entregue por completo, o sea, que esté haciendo el amor y no el sexo, por amor (...) [por] satisfacción de ambos, de los dos y no sólo hacerlo por hacerlo.”*

Para dos participantes, la finalidad que tenía el sexo era únicamente por placer e incluso hicieron referencia a que el embarazo no estaba dentro de sus planes.

Rosana: *“(...) era puro placer, yo le rogaba a Dios por no embarazarme (...) no estaba dentro de mis planes.”*

Samantha: *“iba asentir placer, no me iba a embarazar porque estaba muy consciente de qué métodos iba a utilizar para no embarazarme”*

5.1.5. Frecuencia de los encuentros sexuales

La categoría hace referencia a qué tan seguido tenían sexo las participantes con sus parejas. De igual manera, cuáles eran algunas de las situaciones a las que atribuían la frecuencia de sus encuentros sexuales.

Rosana indicó que ella, con una de las parejas que tuvo, las relaciones sexuales se daban en el momento que el otro quería, sin embargo, la situación cambió al relacionarse con su esposo pues con él, al tener un departamento, los encuentros sexuales eran más frecuentes.

Rosana: *“(...)antes de mi esposo, eran los encuentros cuando la otra persona quería (...) quizá porque no vivíamos juntos, era sólo en algunos momentos, con ciertas situaciones, en cambio con mi esposo pues ya, te digo duramos un año de novios pero él ya tenía su departamento de soltero, luego ya nos casamos y había más lugar dónde tener relaciones”*

Angie mencionó la diferencia en la frecuencia entre estar soltera y casada pues en la primera situación había pensamientos constantes de tener relaciones sexuales, haciendo referencia incluso a los tiempos para llevarlo a cabo.

Angie: *“cuando empecé de novia y todo, ¡bueno! empezamos con las relaciones, durante, era... todo el tiempo pensábamos en eso, llegábamos de la fiesta pensando en eso, en que ya vamos a llegar para eso, esperábamos que todos tuvieran dormidos... o sea, el tiempo no importa porque hay veces que, así como durábamos entre que te desvistes y te vistes, 20 minutos o media hora, de repente duras dos minutos de lo que te bajas el calzón, la verdad, aunque parezca mentira, todo va cambiando mucho, el tiempo, la frecuencia y todo sí va cambiando mucho con los años. Te digo, de novios, podíamos estar dos horas, jugando, hasta que terminábamos”.*

Paula indicó que las relaciones sexuales en ese período estaban basadas en la atracción y que con el paso de tiempo, la relación con la pareja va madurando y con ello hay un freno, una estabilidad.

Paula: *“[las relaciones sexuales] de recién casada [están] ligadas a la atracción, la aventura, y conforme va madurando la relación van cambiando, o sea, ya hay una mayor estabilidad, no es que no seas aventurero pero, como que te frenas”.*

Para Claudia, el hecho de no estar constantemente con la pareja era motivo para que la pareja estuviera buscando la ocasión para tener relaciones sexuales.

Claudia: *“cuando estás de novio, como no tienes a la pareja ahí junto, todo el tiempo quieres...”*

Gemma únicamente hizo referencia a que antes sus relaciones sexuales eran más frecuentes.

Gemma: *“yo creo que antes era más constante”*

5.2. *Buscar la concepción y no lograrla*

La categoría indica las experiencias y significados que tuvieron las participantes sobre sus prácticas sexuales durante su búsqueda de quedar embarazada.

5.2.1. Significado de la relaciones sexuales

La subcategoría hace referencia a la manera en cómo las participantes conceptualizaban las relaciones sexuales durante la búsqueda del embarazo, esto incluye tratar de quedar embarazada de manera natural y/o con tratamientos.

En el caso de Ariadna, consideró que las relaciones sexuales mientras se hacían de manera natural no fueron desagradables.

Ariadna: *“(...) al principio cuando fue de manera natural, no vi ningún problema, creo que durante el primer año o los dos primeros años de tratamiento no fue así [tortuoso] (...)”*

El caso de Gemma es particular, pues fue la única que no indicó que las relaciones sexuales le provocaran molestia, desagrado o falta de interés, sino que además mencionó que ella se entregó aún más por el fin que perseguía.

Gemma: *“(...) pues yo creo que siempre te entregas, pero cuando sabes que es para un fin, que queremos los dos, te entregas más.”*

Con respecto a tres participantes indicaron que el sexo durante este período no era agradable sobre todo por las relaciones personales con la pareja.

Claudia: *“(...) yo creo que ahí ya entrarían las cuestiones personales de haber escogido bien o no, de haber logrado una pareja, o más bien una relación bien cimentada o no, [el sexo] no me importaba, no me interesaba, ya no.”*

Angie: *“te mandan a tener relaciones ciertos días (...) es horrible, porque a lo mejor luego tú lo estás vomitando, a lo mejor no lo quieres ver, estás enojadísima, no quieres saber nada de él y tener que hacerlo es horrible, porque ‘el tener que’ (...) ‘queremos pero no podemos, o sea, no estamos en condiciones de hacerlo, no tienes ganas, yo tampoco y yo sé que son tus días’ (...)”*

Rosana: *“...era más la búsqueda del niño más que el encuentro entre los dos (...) yo me auto formo la idea de que para qué tengo relaciones si no puedo tener hijos (...)”*

Para Losiram y para Paula, el hecho de tener relaciones de manera obligatoria fue una circunstancia que no generó entusiasmo en las participantes.

Losiram: *“cuando fue lo de tratamiento, sí (...) supongo que si tienes esposo pues es normal, que lo puedes hacer todos los días pues duermen juntos todos los días (...) ya no era tan entusiasmado el asunto y era más porque “teníamos que hacerlo”.*

Paula: *“al ver que no podíamos concebir, hacía más metódico eso entonces, sí llega a ser como que ‘ahorita no tengo ganas pero tengo que hacerlo’, porque te marcan horarios que se supone debes de respetar, o lo ideal es que lo respetas para hacer más viable la fecundación, pero sí, ya no es tan padre.”*

Para Samantha, las relaciones sexuales no eran agradables, esto por malestares físicos generados por los tratamientos que recibía para quedar embarazada.

Samantha: *“(...)no eran muy agradables (...) en esa época, bueno al menos cuando estábamos haciendo tratamientos (...) pero son hormonas que sí, al menos en mi caso, hizo que se me distendiera mucho el vientre, los ovarios los*

tenía súper inflamados, estaba súper adolorida, empecé tener problemas de retención de líquido, entonces en esos momentos no era muy agradable tener relaciones sexuales”.

5.2.2. Satisfacción y placer en las relaciones sexuales

La subcategoría hace referencia a la manera en cómo las participantes conceptualizaban y experimentaban las relaciones sexuales.

Casi todas las participantes, excepto Gemma que no dio testimonio con respecto a este rubro, y Claudia que tuvo otra opinión, indicaron que la satisfacción y el placer no figuraban dentro de las relaciones sexuales. Esta falta de satisfacción las participantes la mencionaron primordialmente por la obligación de “tener que hacerlo” y que no fuera porque ellas o su pareja lo quisieran.

Ariadna: *“te empiezas a hacer como un relojito para tener relaciones, entonces creo que, que no disfrutas y lo empiezas hacer ya sin pensar en tu pareja, en lo que sienta o en lo que tú sientas (...)”*

Rosana: *“...era más como que el desprendimiento (...) del placer, como que yo perdí interés, ¿cómo te digo?, yo decía ‘¿pa’ qué? Si lo que yo busco no lo voy a encontrar ahí, entonces ¿para qué?’(...)”*

Angie: *“(...) el ‘tener que’ es muy feo, o sea, te olvidas totalmente del placer, te olvidas totalmente de la necesidad, del cariño, del amor, es como una obligación, y es muy feo”*

Losiram: *“(...) teníamos que hacerlo (...) ya no era por gusto sino porque esos días lo teníamos que hacer (...) y siento que sí, eso cambió mi perspectiva de sentir el placer (...)”*

Paula: *“... ya no hay ese placer, digo, buscas tenerlo, pero a veces llega a ser monótono (...) [hay placer] en unas sí, en otras no... porque no debe de ser así, entonces pues sí es chocoso (...)”*

En el caso de Samantha, ella indicó aparte del sentido obligatorio, que el placer en las relaciones sexuales se perdió más por cuestiones de dolor físico.

Samantha: *“... no eran muy agradables porque con los medicamentos que te dan, te inflamas, se te inflaman mucho los ovarios, estás adolorida, lo que menos quieres es tener relaciones sexuales (...) eran un poco, si se tienen en específico, como por obligación, ya perdían el sentido que era por placer.”*

La única participante que mencionó que prevalecía la satisfacción en el sexo fue Claudia, pues para ella era inherente el placer para consumir el acto sexual.

Claudia: *“cuando buscaba yo mi hijo... sí, sí... bueno, tiene que haber placer, porque si no nomás no, no, no se puede tener sexo, si los dos no pueden sentir placer no sirven para nada (riendo) (...)”*

5.2.3. Finalidad de las relaciones sexuales

La categoría hace referencia de manera concreta a los motivos que tenían las participantes para tener sexo.

Para tres de las cinco participantes la finalidad de tener relaciones sexuales se dirigía hacia la procreación pues el placer era una circunstancia que quedaba en segundo plano.

Ariadna: *“... ya no siguen siendo una pareja que tenga relaciones por sentir algo padre o que estén juntos por algo, una meta en común, sino como que se convierte en tener relaciones porque quieren tener hijos o porque de repente la meta es solamente tener un hijo y ya no te fijas en nada más, a lo mejor puedes hacer a un lado, a la pareja o tu pareja te puede hacer a un lado a ti.”*

Rosana: *“(...) cuando buscaba a mis hijas pues el de procrear, hay cierto momento en el que te fijas en el día, la hora, la temperatura y más que nada es el de buscar el fin... que es la procreación.”*

Claudia: *“... llegó un momento en el que se olvida ya que es con placer el asunto, ya es por algo, ya no era el ‘cuchi cuchi, ven para acá’, se acabó eso. Ya era ‘estamos buscando otra cosa, tenemos que hacerlo, no por obligación pero sí porque estamos buscando algo en particular’... ya en el meollo del asunto sí era así nada más de ‘órale, termina y ya’, sí llegó a ser nada más ‘la máquina de procreación’, nada más (...) ‘órale, a lo que venimos’(...)”*

Para Angie y Samantha la búsqueda de quedar embarazadas no les hizo perder de vista el placer por completo

En el caso específicamente de Angie, ella otorgó porcentajes a la búsqueda de placer y al quedar embarazada, siendo el 20% y el 80% respectivamente.

Angie: *“(...) nunca dejas de hacerlo por placer pero el 80% de tu cabeza está girando en que vas a quedar embarazada (...) en eso, en el ‘a ver si ahora sí te embarazas y es que ahora sí fue diferente y es que ahora sí fue con más intensidad y es que ahora fue más tierno y es que ahora más’ y es que siempre le estás buscando explicación (...) y el otro 20 está buscando placer, entonces (...) hay veces nada más con que tengas un orgasmo y ya, ya acabo y ya y es todo lo que buscas...”*

Samantha hizo referencia a que los meses en los que estuvo tratando de embarazarse naturalmente fueron placenteros.

Samantha: *“...cuando estuvimos los seis meses buscando natural, sí, yo me enfocaban en el placer y se supone que de eso debía de haber un embarazo pero no fue así...”*

5.2.4. Pensamientos y sentimientos sobre las relaciones sexuales

Esta categoría abarca aspectos de cómo las participantes vivieron las relaciones sexuales a lo largo de la búsqueda de la concepción. En este período se contemplaron los tratamientos por los que pasaron las participantes.

Para Claudia, las relaciones sexuales ya no le importaban a tal grado de indicar que la vida sexual se murió.

Claudia: *“[el sexo] no me importaba, no me interesaba, ya no. Con las hormonas engordas, entonces engordé, yo me dejé engordar, y él y yo nos queríamos muchísimo, nos abrazábamos (...) pero las cuestiones personales entre hombre y mujer, no, cero vida [sexual], digamos, y ya ahí se murió y ya después ya no pudimos rescatarlo (...)”*

Para Ariadna y para Angie, consideraron que las relaciones sexuales eran una obligación en donde eran la única manera de poder concebir un hijo y dejar pasar la actividad sexual hubiera sido desperdiciar la oportunidad de quedar embarazadas.

Ariadna: *“¡ay! terrible, terrible porque el doctor nos manejaba fechas, y aparte de fechas, horarios, eran (...) te despiertas y dices ‘no tengo ganas’ y es bueno que ‘vamos a hacerlo porque a lo mejor me quedo embarazada por el tratamiento de hoy’ y vamos a tener relaciones mañana y pasado, pero después de dos días ya*

no tener relaciones entonces como que te empiezas a programar (...), lo empiezas a sentir como una obligación (...)"

Angie: *"Cuando viene el proceso de que tienes que hacerlo es muy feo, es muy feo porque es algo obligado que no te nace, de no tener ganas, que no hay (...) 'pues lo tengo que hacer porque si no, no tengo posibilidades'.*

En el caso de Samantha y en el de Paula, las participantes indicaron sentir frustración por no saber el motivo de no quedar embarazadas, aún cuando recibían tratamiento médico contra su infertilidad.

Samantha: *"... que no podíamos, porque éramos los dos. Nunca pensé 'no puedo', era 'no podemos'. Pues era frustrante porque pensaba 'pues existe la tecnología, afortunadamente podemos pagarlo y era muy frustrante que a pesar de esos dos factores librados no hubiera un buen resultado'"*.

Paula: *"sientes mucha frustración (...) era la pregunta de '¿por qué no puedo?', internamente y también lo manifestaba, '¿qué pasa?'..."*

Losiram refirió que durante este proceso tuvo sentimientos fuertes al no poder concebir como "normalmente se hace"; idea que retomó de su esposo que le dijo que ella, no sabía ser ni esposa ni mujer.

Losiram: *"... cuando quieres a una persona y te dice cosas... sobre todo cuando están molestos, son cosas que no se te olvidan. Yo recuerdo que decía mi esposo que 'yo no sabía ser ni esposa ni mujer', entonces cuando me entero que, digamos que no podía hacerlo, o que no puedo hacerlo como... 'normalmente se hace' pues sí me sentí así como 'pues tenía razón, ni para ser madre sirvo, ni para tener hijos sirvo' es así fue como que lo más, más fuerte..."*

5.2.5. Relación con la pareja

La categoría abarca la manera en como las participantes se relacionaban sexualmente y sentimentalmente con su pareja. En algunos casos las participantes hicieron inferencias de lo que su pareja pudo haber sentido y/o pensado.

Para Ariadna y Gemma, las relaciones sexuales con su pareja se vieron afectadas posteriormente a la pérdida de alguno de sus embarazos. Esta afectación se vio en Gemma en la disminución de actividad sexual por la preocupación de su pareja ante algún percance de salud.

Gemma: *“antes era más constante, después de que perdimos el primer bebé empezó a disminuir... como se rompió la bolsa cuando estaba embarazada, ya llegué al hospital con una mega hemorragia, y me tuve que meter a emergencias y todo.”*

En el caso de Ariadna, ella consideró que su pareja la apoyó en un primer momento pero después del segundo aborto sintió que su pareja se distanció. Este distanciamiento Ariadna creyó que se debía a la posible obligación que sentía su esposo ante las peticiones que ella le hacía.

Ariadna: *“... [al principio] no fue tan ni distanciados ni nada, sino que estábamos muy unidos... creo que sí se empezó a deteriorar la relación después del segundo aborto, porque antes éramos muy unidos... creo que los hombres lo sienten todavía más, lo ven más como obligación... porque también están pensando en lo que tú le estás pidiendo y a lo mejor no le estás pidiendo sino que se lo exiges... dos años y medio después de que perdí al último bebé, dos años medio de que no tenemos relaciones sexuales para nada, o sea, y era no tener nada de relaciones*

sexuales ya era así de ‘¡hola! ¿Cómo te fue? bien, y ¿a ti? también, bueno, vamos a dormir’...”

De manera similar a Ariadna, Claudia indicó que la actividad sexual con su pareja era nula cuando hacían un intento por medio de los tratamientos por miedo a perder el producto si es que se había podido concebir. A manera de broma, la participante indicó incluso la pérdida de atracción por su pareja.

Claudia: *“...: después de que inicié [los tratamientos], no había absolutamente nada (...) ya ni me gustaba mi marido, ja ja ja.”*

En el caso de Angie, ella indicó que apresuraba el acto sexual, dándose además la connotación de ser “usada como bote de basura”. La participante mencionó que su pareja, posteriormente al tratamiento, le indicó que también pasaba por un proceso de desmotivación. El discurso de Angie denotó cansancio y frustración por parte de ambos.

Angie: *“...en una ocasión, yo le dije [a su esposo], me volteé y le dije... ‘ándale, vamos a lo que nos truje, úsame como bote de basura y ya’ y me dice ‘si de por sí ya no tenía emoción, ni pasión y nada, le mataste todo, me sentí como ya, échalos aquí. Igual como tú tienes un proceso, yo también’ y eso lo hablamos hasta después, pero no fue el enojo, sino fue el ‘es que ya no puedo, ya no quiero’, ‘pero es que tenemos que hacerlo, sólo tenemos estos dos días’, ‘pues sí, pero ya no quiero’...”*

Rosana consideró que la relación con su esposo estaba muy distanciada ya que cada quien buscaba objetivos diferentes en las relaciones sexuales pues para Rosana lo importante era tener un hijo mientras que para su esposo era el placer. Esta circunstancia estresaba a la participante hasta el punto de decirse “acosada” por su esposo.

Rosana: *"... como que él lo proponía más [tener relaciones sexuales] y yo lo rechazaba más (...) [yo] llegaba a pensar 'pues que éste no entiende que lo que yo quiero es tener un hijo y éste busca nada más cada 15 minutos el placer' sí, fue un tiempo muy estresante (...), hubo un momento en el que hasta yo le dije 'es que yo siento que tú me acosas' (...), para mí había algo más, algo como más marcado, y para él no, yo creo que él buscaba más acercarse a mí como pareja y yo estaba muy enfocada en que yo lo que quería era un hijo, por así decirlo (...), yo creo que a nivel recámara, por así decirlo, si estábamos muy distanciados, muy, muy estresados."*

5.2.6. Frecuencia y horarios de los encuentros sexuales

La categoría hace referencia a qué tan seguido tenían sexo las participantes con sus parejas. De igual manera, cuáles eran algunas de las situaciones a las que atribuían la frecuencia de los encuentros sexuales.

Para todas las participantes que contestaron sobre este rubro, mencionaron que mantuvieron relaciones sexuales únicamente los días que les indicaba el médico por cuestiones de los tratamientos. Ninguna de las mujeres indicó tener sexo en cualquier otro día que no fuera señalado por el médico. Dentro de la descripción de estas relaciones sexuales, las participantes hicieron referencia a la obligatoriedad del asunto.

Ariadna: *"... el doctor nos manejaba fechas, y aparte de fechas, horarios, eran... hoy 5 enero debes tener relaciones a las 12 de la noche, entonces pones el despertador a las 12 de la noche, te despiertas y dices "no tengo ganas" y es bueno que "vamos a hacerlo porque a lo mejor me quedo embarazada por el tratamiento de hoy" y "vamos a tener relaciones mañana y pasado" pero después*

de dos días de ya no tener relaciones entonces como que te empiezas a programar(...)"

Rosana: "(...) [las relaciones sexuales] era bien espaciadas (...) por lo mismo de que yo decía "estos días tenemos que tener" y no los demás días, yo estaba casi, no quería saber nada de nada (...), por ejemplo que él me dijera 'no tenemos relaciones, por decir algo 15 días', y bueno yo me ponía como fiero (...)"

Claudia: "(...) alguna ocasión le hablaba yo [su pareja] nos poníamos de acuerdo 'tiene que ser hoy, mañana y pasado' (pegando en la mesa) (...) 'tales días importan tanto pero estos días (...) tienen que ser seguido (...) casi a la hora que quieras.

Gemma: "(...) no lo hacíamos tres veces al día solamente lo hacíamos una vez, ja ja ja ja, y ya, solamente eran los días que me decían. Si era medio raro es decir 'ahora lo tengo que hacer', en eso sí, era como que extraño, porque no era algo que te nace en el momento y ya que estás ahí pues ya, pero en el momento en el que lo estás haciendo yo creo que es una entrega(...)"

Angie: "(...) te mandan a tener relaciones ciertos días 'de ahora en adelante lo van a hacer el día 13, 14, 15, tu período, entonces en cuanto te baje el 13, 14, 15, y lo vas hacer y no sé qué' entonces, esas son las primeras consultas, entonces la primera dices 'hoy nos toca', y hasta con gusto, el primero dices 'hoy nos toca, hoy lo tenemos que hacer', y en el segundo dices 'ay, es que... bueno' y en el tercero dices 'ay no, hoy no', y luego el otro mes y luego el otro mes y luego el otro mes"

Paula: "al principio dices '¡ay, qué padre, todo el día vamos a tener relaciones!', pero ya con el paso del tiempo que vas viendo que, '¡ay! te toca ahorita pero yo ahorita tenía que hacer otras cosas', pues se vuelven monótonas, pues ahora sí que como foca muerta ¿no?, '¡jórale ya, a lo que vas!'..."

5.3. *Después del proceso de infertilidad*

La categoría implica las experiencias y significados que tuvieron las participantes sobre sus prácticas sexuales después de haber quedado embarazadas o de renunciar a la búsqueda de un hijo.

5.3.1. *Significado de la relaciones sexuales:*

La subcategoría hace referencia a la manera como las participantes conceptualizaban las relaciones sexuales.

Para Paula, las relaciones sexuales eran un proceso que vivió de acuerdo a varias etapas de su vida. Después de haber podido concebir a través de los tratamientos, consideró que estaba en un estadio de madurez en sus relaciones.

Paula: *“(...) es como el amor, tienen diferentes fases, el noviazgo es más llevado por una atracción (...) van pasando los años (...), ya casada es totalmente distinta mi relación de como era de novios ahorita, creo que incluso en una relación sexual con el paso del tiempo maduran las relaciones, los gustos, tienes más confianza, este, puedes platicar las cosas o más abiertamente, ya tienes esa confianza (...) de platicar las cosas (...), yo me siento satisfecha.”*

Para Angie y Ariadna las relaciones sexuales eran momentos de placer, en donde ellas buscaban de igual manera el disfrute de su pareja, es decir, que la pareja se procuraba placer mutuo.

Angie: *“... que sea placentera (...) es un relajante, es muy agradable la situación que se da en el momento... es muy bonito y por lo que busco, que ambos tengamos esa situación, esa situación de placer, de sentir, así de hasta sentir el descanso de ‘jah, qué rico!’ ”.*

Ariadna: *“el concepto que tengo de las relaciones sexuales es disfrutar de hoy que disfruté mi pareja y que podamos compartir un momento de estar los dos siendo como uno solo. Es totalmente diferente el concepto que tengo ahora que antes.”*

En los casos de Claudia y de Rosana, se hizo más referencia a la relación que tiene el acto sexual con la dinámica sentimental de la pareja. Para Claudia, las relaciones sexuales además de ser placenteras, eran una manera de formar una pareja sólida.

Claudia: *“...: tengo como que dos, dos significados de ello... porque sí creo que... que sí debe de ir rodeado de una circunstancia emocional, de cariño, con intención de formar una pareja sólida, estable, pero también está la otra opción en donde es... el verdadero disfrutar, del cuerpo y si puedes juntar las dos cosas, es padrísimo, ¿no?”*

Rosana mencionó una reciprocidad entre “estar bien a nivel cama” y “estar bien a nivel convivencia”.

Rosana: *“nivel pareja no, no creo que pueda surgir en el puro amor ni en el puro sexo, hay una relación de las cosas, ¿no? Porque si no estás bien a nivel convivencia, a nivel fuera de la cama, puedes estar bien a nivel cama, o puedes estar mal en la cama y estar bien fuera cama, yo creo que todo está relacionado.”*

De manera un poco contraria a lo que refirió el resto de las participantes, Losiram descartó la idea de tener relaciones sexuales por amor sino tenerlas únicamente por el placer, sin embargo, indicó que si existía una “conexión” era más placentero.

Losiram: *“... yo creo que después de mi divorcio, ya no lo vi como por amor, ya lo vi como algo que se puede hacer por hacer pero que también existe... es a veces más placentero cuando lo haces por amor o cuando sí hay conexión de que sabes de que en ese momento es único por esa persona.”*

Samantha señaló que el sexo era una acción deseada, libre y con el consentimiento de las dos personas.

Samantha: *“es algo que dos personas hacen con su consentimiento, libres, porque quieren, porque lo desean, no por imposición, o porque sea una obligación, o que los demás lo hacen, a lo que se debe decir libremente consentimiento mutuo, con responsabilidad”*

5.3.2. Satisfacción y placer en las relaciones sexuales

La categoría indica si las participantes consideraban satisfactorias sus relaciones sexuales después de haber conseguido el embarazo o de no poder tener un hijo.

Paula consideró que pese a que las relaciones sexuales no eran frecuentes éstas eran más satisfactorias por la circunstancia que eran menos frecuentes independientemente de su duración.

Paula: *“...el hecho de que no sean tan frecuentes ahorita, las hace más placenteras ¿no?, en muchos casos porque el poquito o mucho tiempo que te dé*

lo disfrutas al máximo y buscas satisfacer a tu pareja y buscas que también te satisfaga a ti”

Para Angie y Claudia, siempre se buscaba la satisfacción de las personas involucradas en las relaciones sexuales, es decir, indicaron que era una constante el buscar la satisfacción propia y la de la pareja.

Angie: *“...siempre hemos buscado el placer mutuo, no es de ‘ay, yo ya terminé y pues ya me dormí y tápate’ no, siempre hemos buscado el placer en el sexo pues tú sabes que puedes tener un orgasmo al mismo tiempo (...), hay veces que la mujer llega más rápido o puede ser un poco más lenta, y en mi caso, siempre ha sido el placer mutuo, a lo mejor si tú terminas primero pues... pues espérame a mí, ¿no?, O ayúdame a mí. O si él termina primero, pues igual, yo... siempre buscar el placer mutuo.”*

Claudia: *“¡¡¡Mmmmmmm!!! ¡¡¡No me lo recuerdes!!! (Ríe) ¿Cómo lo veo? Pues ¡muy rico! (...) yo soy muy compartida, y siempre busco, por supuesto, sentirme satisfecha, pero que mi pareja también. Me preocupo mucho de la pareja. Que él esté muy feliz y muy contento, pero también quiero que me pongan muy feliz y muy contenta.”*

De manera más general, Rosana mencionó el satisfacerse a sí misma y a su pareja.

Rosana: *“pues estar con la persona que quiero, que me satisfaga, que yo lo satisfaga, que nos guste el encuentro...”*

En el caso de Gemma, ella indicó que el amor en las relaciones sexuales mejora la experiencia sexual con respecto a la satisfacción y placer, comparado a cuando se hace únicamente por placer. La participante puntualizó el hecho de que la libido decrece a través del tiempo, generando la disminución de encuentros sexuales.

Gemma: *“...cuando lo haces con alguien a quien tú amas, se involucra tanto la satisfacción como el placer, ni a lo mejor cuando lo haces sólo por hacerlo con alguien que sólo te gusta, solamente lo haces por placer (...), yo creo que con el paso del tiempo tu libido va bajando (...) sí lo disfrutas pero a lo mejor ya no es tanto, ya no lo es tan seguido.”*

En el caso de Losiram ella indica que se procura a sí misma el placer pues “los orgasmos son de quien los trabaja”, dejando de lado cualquier tipo de preocupación por el placer de la pareja.

Losiram: *“en una relación sexual siempre, bueno casi siempre, siempre busco es hacerme, poder sentirme, sentir un orgasmo, y sinceramente pocas veces sentir una conexión con alguien, no es lo mismo para mí un orgasmo que una conexión (...), pero para mí es como buscar un relámpago en mi mente, entonces cuando me concentro yo sé que puedo conseguirlo, no sé, a lo mejor es algo ya mental para mí, lo pudo conseguir así enfocándome yo (...), no te tiene que hacer sentir un orgasmo el hombre sino que los orgasmos son de quien los trabaja, como la tierra...”*

5.3.3. Relación con la pareja

La categoría abarca la manera en como las participantes se relacionaban sexualmente y sentimentalmente con su pareja. En algunos casos, las participantes hicieron inferencias de lo que su pareja pudo haber sentido y/o pensado.

Rosana indicó que posteriormente de saberse embarazada no tuvo relaciones sexuales por una orden médica. Después de dar a luz a su primera hija, Rosana se embarazó por segunda vez casi inmediatamente después de la primera. La pareja se autoimpone suspender las relaciones sexuales por temor a perder el producto. En este período, el esposo de Rosana ya no la buscaba sexualmente.

Rosana: *“... cuando nace María José (...) a mí se me borró el cassette (...), yo no sé si mi marido también reprimió sus necesidades o qué, pero como que los dos nos enfocamos en que pues ya tenemos el embarazo y pues que teníamos que preservarlo (...), nos dijeron que cero relaciones (...), la verdad que mi marido si fue muy paciente (...), luego me embarazo de Renata, pues luego otra vez nos ponen, bueno más bien ahí no nos ponen, como que nosotros nos auto pusimos por el miedo de la primera, como fue un embarazo de alto riesgo la primera pues sí como que los dos nos pusimos muy, como que los dos, bueno, yo siento que los dos, a lo mejor él no y yo fui la que marcó la línea, pero, pero yo sí me acuerdo que él no me buscaba, y ya (...)”*

De manera similar a Rosana, Angie indicó que durante su embarazo tuvo pocos encuentros sexuales por miedo a provocar un aborto, este miedo era más por parte de la pareja que por la misma participante. Posteriormente a dar a luz, Angie indicó que tanto ella como su pareja estaban retomando las relaciones

sexuales aunque de manera problemática por la lactancia que le generaba asco al esposo de la participante.

Angie: *“Casi todo el embarazo, de los nueve meses, si tuve relaciones cuatro veces, fue mucho, por el miedo y me decía “no, es que...”, por él, más que nada “no, es que si algo pasara, no me lo perdonaría, es que yo he sabido de que si tienes relaciones..., o sea nosotros tanto tiempo y ¿echarlo a perder?”, O sea, él tenía mucho miedo y yo lo entiendo. Era terror. Él me decía “pero es que el bebé” y decía “es que tengo ganas”, pero no...” buscaba el “no, espérate” como que le daba mucho miedo, provocar el aborto en especial. Yo sí tuve ganas pero lo entendí, realmente no lo forcé porque pensé que tenía razón, por una parte pensé “20 años estando buscando para que por una calentura... ¡no!” Obviamente, poco sexo. Después de tener al bebé, pasa el tiempo... dejé que pasaran los 40 días, pasaron tres meses y nosotros así como que no, no porque tanto él como yo no estábamos muy dispuestos y ahorita seguimos en esa parte (...), también mucho tiene que ver, creo yo, con la lactancia (...), él es muy asqueroso en ese aspecto (...), ahorita con el bebé, pues ha sido como un poco nuevo, porque puede estar en plena acción y te llora el niño y ‘¡ay!, ¿qué hago? ¿Me apuro? ¿Voy, termino o atiando al bebé?’ Pero pues ya ahorita, no sé si eso pasa ya, o me va seguir pasando más adelante pero pues sí (...) es que ahora sí ha cambiado... para mí, te voy a ser muy honesta, cambió demasiado.”*

Con respecto a Losiram, ella reconoció haber utilizado a sus parejas por razones psicológicas para conseguir placer y bajar sus niveles de ansiedad, pero también mencionó el haber tenido encuentros sexuales “padres” con personas con las que tenía cierto trato.

Losiram: *“... una persona que sinceramente me dijo ‘es que tú me usas’ porque soy así como que... y sí, lamentablemente sí. Hay veces que si, igual, bueno, me dijeron que de repente sí lo tengo, o tengo mucho del que, que pueda yo sentirlo porque tengo mucha ansiedad, me da mucha ansiedad, no me había dado cuenta que era ansiedad hasta que me lo dijeron, sí, yo la única forma en la que de*

repente me siento tranquila era después de las relaciones, entonces yo creo que por eso que lo hice mental... pero bueno, sí también han habido ocasiones en las que han sido muy padre porque pues, por la persona, por el trato, como se llevan pero sí la mayoría de las veces, sí, sí es muy mental.”

En el caso de dos participantes, las relaciones sexuales con la pareja se vieron disminuidas. Concretamente, Claudia indicó que pasó un lapso de 10 meses sin ningún contacto sexual antes de separarse.

Claudia: *“...yo con el papá de Luis Ángel, antes de que nos separamos, yo porque llegamos a estar... hígole, no quiero exagerar pero quizás 10 meses sin tocarnos, y es un chorro, para ser la pareja con la que vives, es un chorro...”*

Por su parte, Ariadna mencionó que por un tiempo de dos años y medio no tuvo relaciones sexuales, en parte por desinterés del compañero.

Ariadna: *“... después de que perdí al último bebé, dos años y medio de que no tenemos relaciones sexuales para nada (...), de hecho fue empeorando (...). Alguna vez intenté... yo le decía a un amigo del trabajo ‘este güey no me pela, no me hace caso, ya no tenemos relaciones’ y me dijo ‘bueno, hoy llegas y te desnudas en frente de él, enfrente de la tele y vas a ver que enseguida va a querer’ y lo hice y lo peor fue que me dijo ‘¿sabes qué? Estoy viendo la tele mejor ponte tú ropa, porque quiero ver el fut’ y yo dije ‘ah ok’.”*

5.3.4. Finalidad de las relaciones sexuales

La categoría hace referencia de manera concreta a los motivos que tenían las participantes para tener sexo después del proceso de infertilidad.

Todas las participantes que hablaron de este tema coincidieron en que la finalidad del acto sexual era para la obtención de placer y/o satisfacción.

Gemma: *“que me haga sentir placer... que me haga sentir súper especial en ese momento, que me haga sentir única y que él sepa que está conmigo en ese momento, que soy yo. Es lo único.”*

Claudia: *“placer personal y placer de la pareja...”*

Losiram: *“pues a veces al, simplemente tener un orgasmo o a satisfacer, pero a veces me da miedo a la conexión porque, ¡híjole!, sexo orgasmo y conexión son como que muy peligroso, como que uno se enamora más rápido (...) la conexión, no, yo creo que eso se da un poquito más con el tiempo cuando también conoces la persona (...) a veces digo ‘ya sentí, y ahora si quieres siente tú, yo ya tuve lo mío’...”*

Paula indicó que la finalidad de tener sexo era para poder estar satisfecho pues consideraba que este ámbito es importante para que la pareja no deje de funcionar.

Paula: *“... para estar completamente satisfecho, valga la redundancia, este...tienes que estar satisfecho en todos los ámbitos, incluyendo ese por su puesto porque sí es yo creo que es una parte importante para que una pareja funcione.”*

Para Angie, el placer mutuo era la finalidad de las relaciones sexuales. La participante rechazó la idea de realizar el acto sexual por obligación.

Angie: *“... que [el sexo] cause placer y este... y que emocionalmente..., o sea, yo siempre busco el bienestar mutuo, el placer, por eso tienes relaciones sexuales,*

por eso es el sexo, para tener placer en el momento, antes durante y después de la actividad sexual, es importante más que hacerlo por obligación, porque “hoy toca” pues simplemente por tener placer en ese momento...”

En el discurso de Rosana y de Samantha se indicó, además del placer, una connotación de procrear.

Rosana: *“¡ay! Pues tiene el fin de darte placer, de estar con una persona, también el de procrear porque es la forma natural de procrear.”*

Samantha: *“ al principio como que todavía tienes la ilusión de que dices ‘chicle y pega’ pero ya después dices ‘ay ya’ (...) si, ya fue por placer, ya no fue por, bueno por las dos cosas al mismo tiempo.”*

5.3.5. Frecuencia y horarios de los encuentros sexuales

La categoría hace referencia a qué tan seguido tenían sexo las participantes con sus parejas después de haber quedado embarazadas o de renunciar a la búsqueda de un hijo. De igual manera, cuáles eran algunas de las situaciones a las que atribuían la frecuencia de los encuentros sexuales.

Todas las participantes que respondieron sobre esta cuestión, indicaron que hubo una diferencia en sus encuentros sexuales.

Paula y Angie mencionaron que el acto sexual era menos frecuente por cuestiones de cansancio en la pareja. Paula indicó que se debió a su propio cansancio.

Paula: *“...pues sí ahorita sí no son con la frecuencia con que me gustaría porque está chiquita la bebita (...), aparte teniendo una segunda niña a una edad que tiene tres años en la que está explorando el mundo (...), al final del día (...) digo ‘¡por dios que ya me quiero ir a acostar!’ entonces de alguna forma sí te cambia un poco tu vida sexual”*

Por su parte, Angie indicó que el cansancio es por parte de cualquier miembro de la pareja. La participante hizo la referencia a que a ella le hubiera gustado que fueran más seguidos los encuentros sexuales.

Angie: *“...hay veces que hasta digo ‘yo quiero más seguido, ¿no?’ Pero... no es así la frecuencia sino simplemente la circunstancia, y empiezas a entender con el tiempo que a lo mejor él viene cansado, o tú estás cansada, no se da (...) y ahora terminamos y no, te digo que el matrimonio, y han habido veces que duramos media hora pero, realmente es... es como... pues la frecuencia y todo va cambiando, ahora dices ‘¡úchala! ¡Ojalá nos toque este mes!’”*

Para Rosana hubo un cambio en las ocasiones para tener relaciones sexuales, sin embargo, ella lo consideró en períodos muy generales en donde se aprecia lo espaciado de los momentos en los que ella y su esposo tuvieron relaciones sexuales, incluso la misma participante indicó que su marido pasó tres años sin relaciones sexuales.

Rosana. *“...la sexualidad se vio afectada (...), me logro embarazar y es un embarazo de alto riesgo en el que no pudimos tener relaciones, nunca, desde los dos meses que me embaracé hasta que nació mi hija no tuvimos relaciones sexuales, luego fueron los seis primeros meses de darle pecho y entre en que vuelves a reacomodar, no tenemos relaciones, luego tuvimos relaciones y me embarazo cuando mi hija tenía nueve meses, yo sola de mi segunda niña, y vuelve a ser un embarazo de alto riesgo, luego otra vez nueve meses sin tener relaciones, ja ja ja ja, entonces mi marido se aventó como tres años...”*

emma indicó que su actividad sexual disminuyó primeramente porque su pareja la considero “frágil” por su condición posteriormente a la pérdida de su primer embarazo. Después de esta situación, la participante sólo indicó que sus relaciones sexuales ya no eran tan constantes como antes.

Gemma: *“después de que perdimos el primer bebé [el sexo] empezó a disminuir un poco porque mi esposo me decía ‘siento que estás muy frágil todavía’, ¿no? (...) [actualmente] ya no es tan constante pero sí seguimos teniendo.”*

Claudia indicó que tras el hecho de haberse separado, empezó a tener más relaciones sexuales a comparación al resto de sus amigas casadas. Para la participante, la frecuencia debía ser espaciada.

Claudia: *“...espaciadito como es, porque si fuera todos los días, seria la misma cosa, jajajaja (...) yo ahorita, soltera, tengo más sexo que cualquiera de mis amigas bien casadotas, ¡uy si! (...) el matrimonio es... la tumba de la sexualidad.”*

5.3.6. Pensamientos y sentimientos durante las relaciones sexuales

Para casi todas las participantes, los pensamientos y sentimientos que tenían iban dirigidos hacia la obtención de placer, alegría y de sentirse bien con la persona con la que estaban. En la mayoría de las participantes, es constante el discurso de compartir ese momento con su pareja.

Gemma: *“[sentimientos] alegría, ¡híjole!, la satisfacción no lo puedo expresar... te sientes alegre, él tranquilo, sereno, o sea, te sientes a gusto con tu pareja (...) pues así que me pasen pensamientos, no, sino que simplemente tengo ganas de sentir, vivir el momento...”*

Ariadna: *“lo que más pienso... es también satisfacer a mí pareja. No pienso tanto en mí, sino en mi pareja (...), sentimientos... son diversos, ¿no?... Desde... sentir que amas a esa persona muchísimo... hasta... de repente nos podemos soltar a chillar, sí, el sentimiento como que no podría explicártelo”*

Samantha: *“...depende de qué relación sexual sea... con mi esposo pues estoy muy contenta, estoy muy a gusto, estar muy plena (...), pensamientos (...) simplemente de placer.”*

Al igual que la mayoría de las participantes, Losiram indicó que con parejas estables se generan sentimientos de protección y seguridad, siendo esta sensación más importante que el mismo orgasmo, sin embargo, Losiram no se permitía mezclar sentimientos con placer.

Losiram: *“... sentimientos... en un momento ya no sentía sentimientos sino sólo pasión, pero sí luego [con la] pareja estable, este... pues sí como que me aflora mucho el sentirme, como protegida (...), como que el orgasmo es un plus, como de ganancia pero el hecho de estar con esa persona y saber que está conmigo, que me quiere, para mí es como que, como que mucha mezcla de sentimientos más, a lo mejor por eso me da miedo como que mezclarlos porque sí me dejo como que a veces llevar mucho...”*

Con respecto a Angie, al igual que el resto de las participantes tuvo sentimientos de placer pero recientemente había tenido pensamientos sobre que su desempeño debía ser insuperable para evitar la separación de la pareja, pues se enteraba de relaciones de otras parejas que terminaban.

Angie: *“mis pensamientos van hacía que ‘voy a ser la mejor, que no haya una persona que se pueda comparar conmigo, por ninguna razón’. Y mis pensamientos en ese momento son ‘soy la mejor’, ‘la única que te va a hacer sentir esto’ y eso se*

han vuelto mis pensamientos, o sea, placenteros pero, bueno, con mayor placer, causar mayor placer, precisamente por eso porque de repente... bueno, te enteras de parejas que van tronando y pues sientes feo (...), no hay un pensamiento, es como que... un momento en blanco, y de hecho... ahorita que me lo dices, tenía mucho la sensación de querer cerrar los ojos, o sea, no ver realmente lo que estaba haciendo, como que cerrar los ojos, sentir rico y ya, hasta hace tiempo, pues abro los ojos, veo, veo las expresiones... entonces es diferente, pero sí, últimamente mi pensamiento es eso, sentir que eres la mejor y ya.”

5.3.7. Uso de métodos anticonceptivos

Dentro de esta categoría se abarcan los métodos anticonceptivos o preventivos empleados por las participantes posteriormente a su embarazo o al descartar la búsqueda de un hijo. De igual manera se contempla la postura de algunas mujeres sobre la utilización de estos métodos.

Fueron cinco participantes las que hicieron referencia a los métodos anticonceptivos. Los casos de Paula, Angie y Rosana fueron aquellos que sí lograron concebir, por lo cual dos de ellas sí implementaron algún método anticonceptivo.

Para Paula, los métodos anticonceptivos que ella empleaba eran el DIU (Dispositivo Intra Uterino) y el condón por el alto margen de eficiencia que tienen. Paula rechazó cualquier otro tipo hormonal por los efectos que tenían estos en su organismo.

Paula: *“(...) el DIU, y de todas maneras he oído de casos que, tengo una amiga que se embarazó con todo y el dispositivo, entonces sí procuramos que él con condón, sí, porque cuestiones hormonales no, porque a mí sí me afecta mucho, sí en realidad no, preferí mejor el DIU”.*

En el caso de Rosana, su esposo es el que decidió realizarse la vasectomía como manera preventiva después de haber concluido que ya no iban a tener más familia.

Rosana: *“...ahora sí tenemos que considerar la opción de ya no tener más familia... entonces mi esposo en diciembre se decide operar. El dice “¿sabes qué?, hasta aquí” y ya, se hace la vasectomía”*

Angie se encontraba en la duda de la búsqueda de otro hijo, sin embargo su esposo opinaba que tener otro embarazo sería “jugar con la suerte”, aún así, Angie no utilizaba ningún tipo de método anticonceptivo.

Angie: *“... quiero otro bebé pero él me dice “ya no le juguemos a la suerte” y este miedo constante me hace detenerme. Pero ahorita andamos por la libre, a ver si se da.”*

Para las participantes que no pudieron tener hijos, la infertilidad ha sido una condición que les generó otra perspectiva sobre cómo llevar sus relaciones sexuales.

En el caso de Losiram, la infertilidad fue una situación en donde consideraba que le “ponía fáciles las cosas” a sus parejas en el sentido de no tener que utilizar algún método anticonceptivo. En su relato ella expresó que alguna vez utilizó una pastilla.

Losiram: *“... a mí no me gusta como mentirles [a sus parejas] entonces yo... bueno... que ya sabes, que “ay, que no tengo condón”, entonces yo le digo, ya que ya tenía unos meses con él... y al otro día me compró unas pastillas y le digo “no*

quiero como ponerte las cosas fáciles, o no sé cómo lo tomes, pero yo no sé si pueda... yo mucho tiempo estuve casada y nomás no, no te puedo decir que sí pero no te puedo decir que no” y me dijo “ no, por sí las dudas, ahí está la pastilla” entonces la tomé. Pero si, nada más...”

Para Samantha la infertilidad la veía como una ventaja pues no necesitaba utilizar algún método anticonceptivo para sus relaciones sexuales.

Samantha: “no, es otra de las ventajas de la infertilidad, no necesitamos ningún tipo de anticonceptivos.”

DISCUSION

La perspectiva de género como una herramienta para analizar los fenómenos psico-sociales.

Al momento de realizar un análisis sobre cuestiones psicológicas y cómo estas afectan a cierto sector de la población, es importante contextualizar el fenómeno a tratar pues, no es muy recomendable abordar una problemática de manera atemporal y no situacional. Es de esta manera que la perspectiva de género me proveyó de herramientas y de una visión que me permitió contemplar, analizar y dar cuenta de los fenómenos psicológicos y sociales que acontecen en un espacio geográfico determinado que, en dado caso que se compartan ciertas características con otras poblaciones, puede llegar a ser una aproximación para describirlas igualmente.

Al presenciar los cambios psico-sociales que estamos viviendo, nos podemos percatar que las relaciones de género comienzan a transformarse pues la identidad femenina/masculina está reconociendo cambios en términos de relación social e incorpora ambos géneros.

La perspectiva de género es una herramienta de análisis que me permitió identificar las diferencias entre mujeres y hombres para establecer acciones tendientes a promover situaciones de equidad (Inmujeres, 2007).

Es importante remarcar que el uso del enfoque de género en ésta investigación dio cuenta de (Chávez, 2004):

1. Entender de manera nueva los problemas viejos: La perspectiva de género me ayudó a analizar situaciones sociales que se han venido

perpetuando a lo largo de los años, que si ya no son iguales desde su surgimiento, han cambiado con cierta tendencia que puede ser rastreada, por lo que se pudo conocer su desarrollo.

2. Delimitar con mayor precisión y claridad cómo la diferencia cobra dimensiones de desigualdad, es decir, cómo los hombres en conjunto son quienes ejercen el poder sobre las mujeres, como grupo social: El ejercicio del poder de los hombres es una circunstancia que se vive día a día sin que muchas veces podamos darnos cuenta por ser una estructura social que tenemos tan arraigada. Darme cuenta de estas diferencias me permitió comprender la manera en que la sociedad patriarcal ejerce su yugo sobre las mujeres infértiles.

3. Sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos y colocarlo en el terrenos simbólico, es decir, llorar, ser maternal proveer, no son rasgos biológicos si no valores o características (simbólicas) asignadas a los sexos: Es quizá el punto más importante de toda la investigación pues la manera en cómo somos y lo que haremos está determinado por nuestro sexo biológico, por lo que comprender el significado que tiene ser mujer me hizo entender la construcción de la maternidad, la frustración que lleva no poder realizarla y sobre todo dar cuenta acerca de las áreas que afecta dicha frustración por no conseguir una meta social determinada por nuestro sexo.

Se ha revisado con anterioridad que la racionalidad, los conceptos y las formas de actuar están relacionadas con la sociedad en la que una persona se desarrolla y cómo es que la gente va retomando características de una ideología social para

formarse un autoconcepto y la manera en cómo se desenvolverá en el mundo que le circunda.

El feminismo, abriéndose camino entre la ideología machista.

La sexualidad como mencionan Cazés (2000), Lagarde (1997) y Rodríguez y López (2009) es parte de este tipo de determinación que se obtiene de la interacción social que tiene la persona. Una de estas determinaciones sería el concepto de sexualidad y la manera en como las personas aplican dicho concepto a sí mismas y a los demás.

Las mujeres que participaron en la investigación se veían a sí mismas como personas fuertes, que podían hacer frente ante cualquier adversidad, considerándose iguales a los hombres en cuestión de oportunidades laborales. Esto hace referencia a un empoderamiento de la mujer, en donde ella comienza a tomar terreno sobre áreas en donde antes no se le permitía estar, es quizá de ahí que el concepto de “fortaleza” se ve como un ejemplo de lucha. Sin embargo, dentro del discurso de las mismas mujeres se hacían presentes las características que se esperarían de una mujer dentro de un patriarcado, es decir, siguen aún con el desiderátum preestablecido desde la infancia, es decir, ser mujeres sumisas, cariñosas, sensibles y alegres. Visto de esta manera, es interesante notar el doble juego de roles que tiene la mujer: por un lado ser una mujer que se opone abiertamente a las actitudes machistas del hombre pero a la vez requiere la seguridad y la protección de éste. Por su parte, Billig (1987, citado en: Martínez 2005) considera que en la vida cotidiana mujeres y varones nos enfrentamos a menudo a “conflictos de rol” que apela al hecho de representar, al mismo tiempo, dos o más papeles, conflictos que cuya resolución va a depender de la flexibilidad o rigidez de nuestras identidades de género. Subirats (1998) indica que esta situación se da de manera paralela, es decir, cuando la mujer entra al mundo público el cual consideraba un ámbito vedado y superior a su desiderátum y

denotan sus carencias y limitaciones, comienza a “señalar la existencia de una diferencia, es decir, de unos valores y actividades que tradicionalmente han sido considerados como propios de las mujeres, y que van quedando relegadas en la nueva forma de organización de la sociedad. Y comienzan a constatar que tales actividades y valores, aun cuando estuvieran depreciados por la sociedad, tenían en sí mismos un alto nivel de utilidad para el conjunto de ésta, y que su desaparición acarrea consecuencias negativas tanto a nivel individual —carencias de vínculos afectivos para las propias mujeres— como a nivel colectivo —carencias de atención a los grupos de edad más débiles, como los de personas ancianas o población infantil.”

Quizá el origen inicial de esta ambivalencia se deba al rechazo por parte de las mujeres hacia el machismo de pronunciado predominio que se vive en México. En la actualidad, las mujeres aún se siguen sintiendo bajo el yugo del machismo que prevalece en la educación tanto de mujeres como de hombres. El rechazo del machismo, indican Leone, Marín y Rodríguez (1993) pareciera ser que es por el transitar en la moda intelectual que “se manifiesta abandonando los pensamientos caducos de nuestros padres o abuelos, esto se testimonia repudiando las expresiones y conductas y conductas ‘machistas’, a la vez que exponiendo profesión de fe ‘anti machista’”. Es así que el machismo es visto en la actualidad como un modelo arcaico e inservible que únicamente da poder al hombre y humilla o pone en calidad de “objeto” inferior a la mujer por su supuesta fragilidad o debilidad física, sin embargo, no por ello las mujeres se consideran militantes del polo opuesto al machismo, es decir, el feminismo. El hecho de que el feminismo haya ganado terreno sobre los derechos de las mujeres en contra de las imposiciones infundadas de los hombres no ha generado en la población femenina una afinidad sui generis pues al igual a la concepción que se tiene del machismo como una ideología desigual, jerárquica, humillante y retrograda; el feminismo es, para la mujeres no feministas, una oposición completamente igual que el machismo en el que cambia únicamente la población a la que se dirigen todas los planteamientos.

Con respecto a que las mujeres no se consideren feministas Gómez y Reyes (2008) mencionan que es el “estigma de ser feministas” en donde el feminismo es equiparado con el machismo, se piensa en aquél como un machismo al revés; y las jóvenes que se llegan a reconocer como feministas se encargan siempre de dejar en claro que ellas no caen en los “extremos” y que son “moderadas”. De igual manera Bustamante (2004) menciona que ninguna joven quiere ser la bruja, la loca o la feminista. Quiere ser la que no incomoda con sus statements (alegatos) políticos y es feliz bajo el velo de la igualdad, es decir, mujer moderna: femenina, pero liberada. Gran parte de las mujeres que no se autoproclaman como feministas están en una búsqueda no de igualdad, sino que en sus propias palabras hablan de equidad por medio de un movimiento quizá calificado como “progresista” y no considerándose a sí mismas como “medio brujas” o “medio locas” sino que de manera respetable buscan una mejora social. Es así que la equidad se ve como la única vía en la que ambos géneros pueden llegar a una cotidianidad sin competencias, sin humillaciones y con la perspectiva de una mejora para cada género y mayormente para la sociedad.

Frente a las desigualdades sociales en el acceso al prestigio, poder y recursos, la sexualidad es un tema que también es influenciado por el machismo o por el patriarcado vivido en México. Como mencionan Rosales y Flores (2009) la sociología y la antropología han dado herramientas teóricas para comprender que la sexualidad es una construcción sociocultural y como tal, permite que el concepto de sexualidad sea un concepto cambiante según el contexto sociocultural. Para Lagarde (1999) el sexismo es generado socialmente porque parte del orden, de las estructuras y las interacciones sociales que recrean las formas de dominación basadas en el sexo de las personas y en lo que las personas hacen con su sexualidad.

La sexualidad y el libre manejo del cuerpo de la mujer

La sexualidad es un término que se ha tergiversado o simplemente ha quedado como un sinónimo del sexo pues como menciona Szasz (1998), los significados de la sexualidad alientan la valoración de la penetración vaginal y la eyaculación como las prácticas sexuales más deseables, construyen a la procreación como una reafirmación de identidades de género, impulsan sobre el desarrollo temprano en las mujeres y hacia la procreación temprana, aumentan la ignorancia sobre la sensualidad y el placer en las mujeres y al desconocimiento sobre la reproducción en los varones, es de esta manera que se podría explicar el porqué hay mujeres que consideran la sexualidad y el sexo como conceptos iguales. Sin embargo, aún cuando la sexualidad sea una referencia al sexo, en el discurso de las mujeres se dan nociones de conceptos como el placer y la satisfacción, es decir, que aún cuando no esté de todo claro qué es la sexualidad, ha comenzado a haber una nueva perspectiva sobre cómo manejar el cuerpo para conseguir placer, de esta manera se concuerda con Dixon-Mueller (1993) que menciona que tener una vida sexual satisfactoria y segura requiere que los hombres y las mujeres tengan control sobre su propio cuerpo. Este control incluye la posibilidad cultural de experimentar y expresar deseos eróticos, de elegir las parejas sexuales y de llevar a cabo las prácticas que deseen, y tener la posibilidad de impedir que otras personas tomen decisiones sobre su cuerpo y accedan a él si no lo desean.

Con respecto a derecho que tenemos de manejar nuestro cuerpo y su sexualidad se tiene que hablar acerca de la salud sexual y reproductiva. Para la OMS (2003), la salud sexual y reproductiva se entiende como un estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y sus procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Sin

embargo, la última oración deja a la procreación como una decisión que todos los hombres y mujeres pueden tomar, sin tomar en cuenta que hay gente que le es imposible poder concebir, es decir, que la infertilidad no se puede tomar como una decisión. Es igualmente importante conocer cómo es que estas mujeres conceptualizan la infertilidad.

La infertilidad, una condición no elegida por las mujeres.

Para la mayoría de las mujeres, la infertilidad no es entendida en sí misma como una enfermedad o un trastorno sino como una situación la cual es producida por uno o varios factores bien identificados por la medicina, como aquellos que Collins (citado en Romero y cols., 2008) indica como las principales causas de infertilidad: trastornos ovulatorios (27%), parámetros seminales anormales (25%), alteraciones tubáricas (22%), endometriosis (5%), otras alteraciones (4%) y causas desconocidas (17%). La infertilidad impacta en forma distinta a cada persona y en esa particularidad de la respuesta juegan un rol factores tales como el género, la personalidad del sujeto, su historia personal previa y también los estilos personales de enfrentamiento a situaciones. También juegan un rol el diagnóstico de infertilidad y el significado psicológico que la persona le atribuye a ese diagnóstico. Finalmente, el acceso a un adecuado tratamiento también incide en la respuesta psicológica (Domínguez, 2002). El diagnóstico dado a las mujeres parece indicar la manera en cómo conciben posteriormente el proceso de la infertilidad, ya sea para descartar la posibilidad de concebir o para buscar métodos alternos para poder tener un hijo. La mujer que conoce el motivo de su infertilidad, pese a sufrir crisis emocionales, parece mostrarse más segura con respecto a la manera de proceder al siguiente paso de su(s) tratamiento(s). Por otra parte, las mujeres que desconocen su diagnóstico o que tienen varios de diferentes fuentes, además de hacer frente al conflicto de no poder ser madres y cumplir con su expectativa de sentirse mujeres, la falta de claridad de no saber lo

que pasa en su cuerpo les genera incertidumbre y ansiedad haciendo necesario el conocer el motivo del obstáculo que no permite cumplir con sus deseos maternos. Coincidentemente Castañeda y Bustos (2001) encontraron que frente a la comprensión limitada de los diagnósticos y tratamientos, las mujeres construyen nociones más accesibles para ellas, no coincidentes con las biomédicas. La funcionalidad de esta acción tiene que ver con el apremio de saber, de conocer. Si la explicación biomédica es inaccesible por su complejidad, es necesario entonces formular explicaciones desde el sentido común, su padecimiento tiene que describirse de alguna manera, si no es algo que se puede detectar físicamente por medio de instrumental especializado, tiene que ser entonces, alguna cuestión psicológica como puede ser el estrés, angustia y miedos.

Según el diagnóstico o diagnósticos dados a las mujeres, éstas buscan alternativas para poder llegar a su objetivo. Muchos de estos tratamientos dependerán de la circunstancia física, emocional e incluso económica de la mujer que desee tener un hijo. Estos tratamientos, de acuerdo al modelo biomédico llevan cierta ruta como la indica Rosas (2008), siendo en primera instancia el uso de fármacos (p.e. citrato de clomifeno, metformina, progesterona), posteriormente se emplean técnicas de reproducción asistida (inseminación asistida y fecundación in vitro).

El inicio de un proceso desgastante, costoso pero sobre todo doloroso.

Al comienzo de todo el proceso médico, las mujeres albergan la esperanza de que en el primer intento su deseo de quedar embarazadas será cumplido sin más complicaciones, sin embargo, cuando los procedimientos “sencillos” no cumplen con las expectativas los siguientes tratamientos se van complejizando, encareciendo y comprometiendo cada vez más la salud de la mujer. En Estados Unidos, según Bitler y Schmidt (2008) el costo de una terapia hormonal está en un

rango de \$200 a \$3 000 dólares por ciclo, una cirugía tubárica tiene un costo de entre \$10 000 y \$15 000 dólares (requiriendo hospitalización y con un alto riesgo de complicación); el costo promedio de un ciclo de una fertilización in vitro en Estados Unidos es de \$12 400 dólares. Con respecto al rubro económico, las mujeres se sienten abrumadas al no poder quedar embarazadas con los tratamientos cuyo costo no es tan elevado. Es en este punto cuando las mujeres comienzan a mostrar sentimientos de inadecuación, desesperación, pena, envidia y celos hacia la mujer embarazada, así como miedo, pérdida de la autoestima, culpa, depresión e ideación suicida (Roa, 2008). Todo este tipo de sentimientos y pensamientos se dan porque la realidad de las mujeres no se apega a su ideal, como menciona Cazés (2000) “quienes no asumen el desiderátum en alguno de sus componentes básicos... al no acatarlo, explicitan diferencias que pueden convertirse en disidencias y que ponen a las personas en situaciones de marginación, estigmatización, opresión y, en muchos casos, de exclusión de espacios, actividades y grupos a los que necesitan o creen necesitar pertenecer”.

Las mujeres viven este momento de sus vida como una altibajo de emociones, que van desde la emoción de encontrar una posibilidad de quedar embarazadas hasta pensar en renunciar a su idea tan arraigada de ser madre, una idea que para muchas mujeres no se concretiza al estar rodeadas de una red de personas que apoyan el proceso y sufrimiento en aras de tener ese hijo que tanto se busca. Para Kaufman (1995) “la interiorización de las relaciones de género es un elemento en la construcción de nuestras personalidades, es decir, la elaboración individual del género, y nuestros propios comportamientos contribuyen a fortalecer y a adaptar las instituciones y estructuras sociales de tal manera que, consciente o inconscientemente, ayudamos a preservar los sistemas patriarcales”. Con lo anterior se puede notar que no únicamente nos bastamos a nosotros mismos para generarnos una presión sobre cómo debemos ser sino que en momentos de duda hay instancias o personas que se preocupan por nuestro bienestar y que están ahí para recordarnos nuestros objetivos en la vida, para poder continuar con el “ciclo de la vida”.

Una vez que la mujer recupera los ánimos de buscar aquello que tan anheladamente espera, se somete a más procedimientos médicos tratando de pensar que “el fin justifica los medios” y que quizá esta sea la última vez que se tenga que someter a otro doloroso tratamiento, en donde el cuerpo cambia y los sentimientos están a flor de piel.

La mujer infértil y su concepto de “estar vacía”

Investigaciones médicas hacen referencia a que esta fluctuación de sentimientos se debe al uso de medicamentos y hormonas que alteran los estados de ánimo de las mujeres que las utilizan. Roa (2008) menciona que dentro de estos trastornos se encuentran, por ejemplo, por el citrato de clomifeno, utilizado en la inducción de la ovulación, produce irritabilidad, labilidad emocional y aumento de los síntomas del síndrome premenstrual. Por su parte, el acetato de luprolida, que se ocupa en la fertilización in vitro, puede producir depresión, problemas cognitivos (atención, memoria) y alteraciones de la motricidad fina. Moreno-Rosset (2008) respalda la idea de que los tratamientos farmacológicos provocan alteraciones en los estados de ánimo que se añaden a la situación emocional de la pareja. Pero son las mismas mujeres, que además de reconocer sus “estados alterados” por cuestiones del tratamiento, hacen mención de situaciones que les afectaban de manera personal. Es necesario entonces mencionar cuáles son los sentimientos y pensamientos de las mujeres durante los tratamientos para quedar embarazadas. Los pensamientos que tienen van dirigidos hacia sí mismas “no sirvo”, “estoy vacía”, “estoy seca por dentro”, ¿por qué no puedo?, “¿qué tengo mal?”, todas estas afirmaciones y preguntas hacen referencia a no ser lo que ellas y la sociedad esperaban, es decir, mujeres fértiles que no debieran requerir de ser “ayudadas” en un proceso que sería completamente natural. Ese deseo ferviente de ser madres tendría que darse de manera simple y sin complicaciones pues una mujer tiene dentro de sí

supuestamente todo lo necesario para ser madre, una madre maternal cuidadora, protectora y amorosa, entonces, “¿qué me sucede?”. La conexión cultural entre la habilidad reproductiva de la mujer y su identidad femenina tiene fuertes fundamentos históricos en cómo las mujeres han sido tratadas por la infertilidad. En el aprendizaje de su infertilidad, las mujeres a menudo experimentan una profunda conmoción a su concepto de sí mismas, lo que resulta un desafío a su identidad como mujer. Las mujeres de hoy, como en el pasado, vinculan su identidad femenina a sus capacidades reproductivas (Gardino, Rodríguez y Campo, 2011).

Adopción o pareja y profesión: Otras alternativas para la mujer infértil.

Las mujeres que no pudieron concebir y tuvieron que resignarse a no tener hijos biológicos fueron aquellas que por cuestiones biológicas no pudieron concebir. Esto nos estaría hablando, de que las mujeres, viéndose ante la limitante de la edad o por extracción de alguna parte de su matriz, se ven imposibilitadas para buscar el embarazo por medio de las relaciones sexuales. Algunas mujeres que estuvieron en esta condición tuvieron que resignarse a la manera en cómo tendrían a sus hijos, es decir, que ya no sería por el método “natural” sino que comenzaron a pensar en otras alternativas, como la adopción. Pareciera que el deseo arraigado de las mujeres de ejercer la maternidad genera nuevas alternativas para llegar a dicho fin, aunque el hijo no sea biológico. Con respecto a estas circunstancias, Arce (2012) indica que esta etapa de “alternativas y esperanza” corresponde al séptimo estadio del duelo de la infertilidad, indicando así que “en esta etapa es cuando la pareja puede plantearse la posibilidad de ejercer la paternidad a través de la adopción o realizarse como pareja sin hijos”.

De manera alterna, gran parte de las mujeres indican que tuvieron que hacerse un “coco wash”, es decir, tuvieron que repetirse de manera reiterada los puntos negativos que hubieran tenido que vivir de haber quedado embarazadas. Es para

las mujeres que decidieron adoptar, más que una resignación, la adaptación a un nuevo esquema de maternidad, sobre el hecho de criar un hijo como si fuera propio, en donde lo más importante ya no es la reproducción sexual, si no la reproducción social por medio de un descendiente no biológico. A partir de lo planteado por Lagarde (2006), se puede hablar de “maternidades”, éstas son socialmente vividas y se producen y reproducen de maneras distintas. Los esfuerzos para situar la maternidad en el contexto histórico y cultural fueron muchos; las concepciones que reproducen hoy la maternidad no son idénticas ni tampoco las maneras como las mujeres las viven en todos los tiempos y espacios.

Mujeres sin hijos: plenas, independientes, satisfechas, serias e incompletas.

¿Tuvo alguna repercusión el proceso de infertilidad en la manera en cómo se ve la mujer que pasó por él?

Sería contradictorio decir que una persona que haya pasado por un proceso tan importante en su vida permanezca de la misma manera. Existe para las mujeres que no pudieron tener hijos, ya sea porque no fueron fructíferos los tratamientos o porque otras opciones no fueron viables, un cambio de cómo se ven ellas como mujeres, este cambio hace referencia a que no necesitan de ningún hijo para sentirse plenas, independientes y satisfechas. El hecho de no tener hijos, promueve que las mujeres se desarrollen de manera personal y laboral incluso pueden pasar más tiempo con su pareja al no tener responsabilidades de una tercera persona. Sin embargo, en el caso de una de las mujeres que participó en el trabajo, ésta consideró que su personalidad se vio influenciada por el hecho de no haber tenido un hijo, refiriéndose a sí misma como que se volvió más “seria”. Para otra mujer, el auto concepto no se ha visto modificado de manera positiva, sino que muy por el contrario, se ve como una mujer incompleta. En el momento de de la realización de este trabajo, dicha mujer se encontraba aún en la búsqueda de su hijo, por lo que el proceso de “resignación” probablemente no se

había dado. Ávila (2005) menciona que se dicen que una mujer que no quiere tener hijos es incompleta, egoísta, inmadura, fría, que no le gustan los niños. Es necesario denotar que algunas de las tantas atribuciones que se les da a las mujeres que no quieren hijos por decisión, las mujeres con problemas de infertilidad retomaron para conceptualizarse. Incluso, tanto la sociedad como las personas infértiles utilizan argumentos de expertos de la salud que imponen sus propios prejuicios culturales, como señala Woollet en 1991 (citado en: Op. Cit.) “la vida sin hijos, ya sea por elección o por problemas de fertilidad, es percibida a los ojos de ciertos psicoterapeutas como una vida vacía, carente de satisfacción y el calor que trae consigo la Maternidad”.

Mujeres con hijos: fuertes, inteligentes, queridas y “luchonas”.

Una circunstancia completamente diferente pasó con aquellas mujeres que pudieron tener un hijo, ya sea porque los tratamientos dieron resultado o porque buscaron otras alternativas como lo fue la adopción. Las mujeres argumentan que no hubo un cambio significativo en la manera en cómo se ven o que simplemente reafirmaron ideas que tenían de sí mismas. Los conceptos que predominan en las mujeres que pudieron tener hijos suelen ser que son mujeres sumamente fuertes, inteligentes, queridas y “luchonas”. Es probable que estas mujeres reafirmaran las ideas de sí mismas que les permitieron “llegar” a su objetivo, olvidándose de resto de pensamientos que en algún momento pudieron tener de sí mismas. De igual manera, se estaría haciendo referencia a aquellas características que son socialmente necesarias para que la mujer pueda llevar de manera “correcta” el hogar, es decir, en donde ser ama de casa requiere de una gran inversión de energía y recursos, conocimiento, capacidad de amor.

Estos conceptos que tienen las mujeres de sí mismas se pueden entender como parte de una construcción de significados relacionados con la modernidad, es decir, las mujeres tuvieron la oportunidad de desarrollarse profesionalmente

hasta el punto de sentirse satisfechas en el aspecto laboral, entendiéndose como la participación dentro de una “nueva” forma de vida para la mujer. De igual manera, se sentían seguras de sí misma al haber cumplido con la maternidad, una expectativa social que sigue perdurando en la actualidad. Molina (2006) menciona que dicha construcción de significados lleva a formas novedosas y más positivas de experiencia ya que la combinación de ambas expectativas, es decir, la realización profesional y la maternal, han sido satisfechas.

Mujeres dedicadas a su maternidad o a su desarrollo personal

Estas mujeres que se vieron satisfechas como madres, ya sean adoptivas o biológicas comenzaron una vida que giró en torno a sus hijos, en donde la vida profesional de la mujer quedó descartada para pasar de lleno a la “maternidad exclusiva”. La madre de la era moderna, cumple con ciertos atributos como lo explica Molina (2006) quien indica que la presencia constante de la madre es irremplazable para proporcionar una experiencia temprana constructiva, siendo el padre no directamente importante. Esto lleva a otra creencia, la “maternidad intensiva”, como compromiso que requiere dedicación total, gran inversión de energía y recursos, conocimiento, capacidad de amor, vigilancia de su propio comportamiento y subordinación de los propios deseos.

Por otro lado, las mujeres que no pudieron ejercer la maternidad, indicaron que su sentido de vida no iba dirigido ya a buscar la maternidad sino que su realización se hallaba en aspectos del propio desarrollo y sus expectativas de vida eran superarse a sí mismas y tener una convivencia de bienestar con su pareja y con las personas que les rodean. Las decisiones de estas mujeres comenzaron a estar ligadas a un sentido, a una meta, a una tarea, a obtener lo mejor de esta situación inalterable, encontrándole el sentido. Debieron ser capaces de convertir su sufrimiento en un logro y demostrar que también quien sufre, puede ofrecer esperanza y consuelo a otros (Arce, 2011).

Es, quizá, en estos últimos temas en donde se ven las maneras de afrontar que tienen las mujeres ante su infertilidad, la forma en cómo las mujeres ante una situación adversa tienen la posibilidad de cumplir sus deseos de maternidad sin tener que alterar los designios establecidos para su sexo (Lamas, 2000) o que si bien son alterados, es únicamente en la manera en cómo llegarán a satisfacer sus metas. También están las mujeres que han tenido que cambiar su ideología establecida por un patriarcado para aproximarse, probablemente, a una concepción de mujer independiente, social y económicamente activa, con aspiraciones que van más allá de la mera maternidad. Este nuevo concepto de mujer está más apegado a una perspectiva feminista, pues como indica De Beauvoir (citada en: Saletti 2008), la maternidad anula a la mujer como persona, ya que los hijos representan un obstáculo para la trascendencia social. Agrega que la existencia como mujer puede afirmarse con la exclusión de la maternidad y denuncia las funciones de engendrar y amamantar como funciones naturales, que no suponen ningún proyecto para la mujer, razón por la cual no sirven para afirmar su existencia social.

¿Mujer infértil o parejas infértiles?

Como se indicó anticipadamente, la ruta del tratamiento es una escalada ascendente de desgaste en tres factores anteriormente mencionados, es decir, en lo físico-biológico, lo emocional y lo económico, pues cuanto más complejos se vuelven los procesos las mujeres y sus parejas comienzan a vivir un declive en todas las áreas cuando la infertilidad llega a sus vidas. El impacto que tiene la infertilidad en la pareja provoca una crisis a la cual contribuyen muchos factores; un gran desgaste emocional, por su carácter cíclico. Se repite una y otra vez la vivencia de esperanza (al inicio del ciclo) y fracaso (cuando llega la menstruación). Impacta el elevado costo económico del tratamiento, el sometimiento a procesos quirúrgicos, la invasión a la privacidad sexual, los procesos de duelo por los que

atraviesa la pareja, entre otros (Pagotto, 2010). Es frecuente encontrar parejas que puedan generar síndromes ansiosos o depresivos (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2009).

Las relaciones de pareja se ven influenciadas en otras áreas que poco se han investigado o que únicamente se mencionan superficialmente. Este rubro al que se hace referencia es el plano sexual, esa actividad que se piensa siempre como placentera y satisfactoria en donde hay un acercamiento amoroso por parte de la pareja. Sin embargo, para dar cuenta de cómo se vivió este proceso se debe de revisar la vida sexual de las mujeres. Es necesario indicar que para la presente investigación se plantearon tres momentos en la vida sexual de las mujeres: el antes, durante y después de vivir el proceso de infertilidad. Dichos períodos se realizaron para entender el proceso de cambio de las experiencias y los significados que se les dieron a las prácticas sexuales.

La infertilidad y su impacto en la vida sexual de las mujeres

Con respecto a las vivencias de las mujeres en el plano sexual, se pueden ver sus diferencias en tres momentos importantes en su vida:

1. Las relaciones sexuales eran sólo por placer.

Primeramente, tenemos la etapa cuando las mujeres practicaron sus relaciones sexuales sin saber de su infertilidad

Las relaciones sexuales eran vistas, por algunas mujeres como una actividad que tendría que ser hecha con el futuro esposo, siendo la mujer virgen para entonces pues de esta manera era la educación que se les había inculcado,

sin embargo, no en todas pasó así. Para Foucault (1976) a la sexualidad se le ha ido dando distintos significados a lo largo de la historia haciéndola un concepto histórico, por lo que la sexualidad ha sido un término que ha pasado ya por un tamiz de la religión católica y en la actualidad por un filtro donde la ciencia permite el libre ejercicio de las relaciones sexuales, sin embargo, aún queda en la sociedad mexicana una gran carga de la moralidad judeo-cristiana. Aún permaneciendo los vestigios de la religión en el discurso paterno de las participantes, las mujeres practicaron las relaciones sexuales antes del matrimonio. Amuchástegui (1998) indica que este es un ejemplo de la hibridación de los discursos utilizados por las mujeres en la construcción de su experiencia, pues son discursos mezclados: un discurso moderno de la sexualidad y el derecho individual, la relación del deseo y la práctica sexual; y por el otro lado la existencia de un discurso moral que condena el deseo de las mujeres por creencias religiosas. Resulta interesante que aún cuando predominen este tipo de ideas en la educación sexual de las mujeres, éstas muestran un rechazo a una ideología que va en contra de lo que su cuerpo comienza a sentir.

La concepción que tenían las mujeres sobre el acto sexual era: que se tendría un momento de emoción, lleno de adrenalina junto a la(s) persona(s) que consideraron apropiada(s) pues para las mujeres, el amor y los sentimientos que tenían hacia su pareja eran decisivos para haber tenido relaciones sexuales. En un estudio de Hulbert (1993, citado en: Ortiz, Gómez y Apodaca, 2002) se encontró que las mujeres no buscan una cantidad de orgasmos, sino que el grado de satisfacción sexual se asocia a la calidad de la experiencia de intimidad, en términos de seguridad emocional. Es quizá a lo que se referían las participantes con tener una "satisfacción psicológica". El poco conocimiento que tenían las mujeres de su cuerpo no permitió que pudieran tener una satisfacción a nivel "físico" en sus primeros actos sexuales, sino que estas cuestiones fueron mejorando a lo largo de su vida sexual. Amuchástegui y Rodríguez (2003) indican que los sujetos deben ser conscientes y construirse permanentemente una identidad sexual y vigilarse a sí mismos, es decir, una manera de auto regularse. En palabras de Szasz (1995) "el ejercicio de una vida sexual satisfactoria y segura

comprende la información y el acceso a toda gama de métodos anticonceptivos disponibles, de tal manera que las personas puedan separar la procreación... de las relaciones sexuales coitales heterosexuales” (p.27).

Siendo la información y las prácticas anticonceptivas parte de la mejora de la satisfacción sexual, empieza a esclarecerse cuál era el objetivo de las relaciones coitales. A largo de la vida sexual de las mujeres, ellas indican que el fin con el que tenían relaciones sexuales, además de tener un vínculo más fuerte con su pareja, era el de obtener únicamente placer. En investigaciones realizadas por Lozno y Vergo; y Kisler Christopher ambas realizadas en el 2008 (citadas en: Uribe, García y Ramírez, 2011) encontraron que la satisfacción sexual de la mujer dependía de diversos factores como el juego precoital, experimentar una relación romántica, sentir placer, satisfacer las necesidades de la pareja, experimentar deseo sexual, conseguir un orgasmo, satisfacción con la relación coital, experimentar un coito de duración deseada y mantener una buena lubricación destacando sobre todo la existencia de una relación entre la reciprocidad sexual y la satisfacción.

Por la mente de las mujeres nunca cruzó la idea de quedar embarazadas pues era una circunstancia que no estaba dentro de sus planes. Para la mayoría de las participantes su plan de vida incluía su preparación profesional antes de contraer matrimonio y con ello un embarazo. Es decir, tener un embarazo indicaría tener que dejar sus estudios y su desarrollo como mujer para dedicarse, probablemente, al cuidado de un hijo. Esta referencia nos indica que desde edades medianamente tempranas las mujeres comienzan a tener planeado desenvolverse profesionalmente y dejar a la postre, si es que así lo desean, la concepción de un hijo. Las concepciones en torno a la maternidad y la apertura de posibilidades para la mujer empiezan a considerar a la función materna como menos positiva y menos atractiva. No solo no queda claramente establecido como rol que valoriza a la mujer, sino que además los hijos empiezan a ser vistos como una carga y considerados como una interferencia en la motivaciones en la

realización profesional y deseos de tener una acción en la sociedad (Molina, 2006).

Las mujeres indicaron que las relaciones sexuales eran muy frecuentes y además duraban más de una hora, sin embargo, cuando se trataban de encuentros sexuales furtivos o esporádicos tenían menor duración pero resultaban muy satisfactorios. Las explicaciones que ellas daban de esta situación es porque como su pareja no estaba con ellas a todas horas, su pensamiento siempre estaba en tener relaciones sexuales, por lo que en las oportunidades que se presentaban se utilizaban para tener los encuentros sexuales. Hay aquí una referencia a que tanto hombres como mujeres se muestran como personas deseantes y con la disposición a tener sexo en donde sea. Son estas situaciones a las que Cañizo y Salinas (2010) denominan como permisividad, es decir, es “una actitud flexible ante las diversas prácticas sexuales, en presencia o ausencia de vinculación afectiva, cuya finalidad es la satisfacción, y que está influida por factores personales (la moral, el autoconcepto), culturales (religión, usos y costumbres) y sociales (familia, grupo de pares, comunidad). Por lo tanto, la permisividad no es únicamente un fenómeno individual e intrapsíquico, sino que se trata también de un fenómeno social, por lo que, al igual que la variedad de patrones permisivos en los individuos, existe gran diversidad cultural en la percepción de la sexualidad”.

2. Ya no se “hace el amor”, se busca un hijo.

Esta es la segunda etapa en la que se dividió la vida sexual de las participantes. En esta etapa, las mujeres y sus parejas eran conscientes de la infertilidad.

La confrontación con el diagnóstico de infertilidad marcó una diferencia en la manera en como la pareja se relacionó en la intimidad, particularmente en su vida sexual. Las relaciones sexuales que se llevaban al comienzo de los

tratamientos no eran desagradables para las mujeres ni para sus parejas, sino que por el contrario, realizaban el acto sexual con gusto como si los tratamientos fueran otra excusa más para tener los encuentros sexuales. El problema devino en el momento en que, por no poder quedar embarazadas por los procedimientos médicos “sencillos” las mujeres comenzaron a utilizar hormonas y otros medicamentos necesarios en los tratamientos. Es a partir de estas circunstancias donde las relaciones sexuales tomaron otro matiz, pues las mujeres y sus parejas empezaron a tener ciertas expectativas de los encuentros sexuales, en donde las relaciones sexuales ya no eran agradables ya fuera por los malestares físicos provocados por los medicamentos o porque estos mismos generaban pensamientos y sentimientos negativos que no permitían que las mujeres estuvieran “dispuestas” a tener las relaciones sexuales. En este punto se puede retomar a Bordieu (citado en Lamas, 1999) quien dice que el cuerpo es un artefacto donde se muestra de manera simultánea lo físico y lo simbólico, producido tanto natural como culturalmente y es este cuerpo el que experimenta distintas sensaciones, placeres, dolores, y la sociedad le impone acuerdos y prácticas psicolegales y coercitivas; generando una progresiva diferenciación sexual en donde se distingue lo “femenino” en las hembras humanas. Entonces se muestra aquí la contradicción en la que se encuentran las mujeres: la búsqueda de la concepción de un hijo que desean “instintivamente” (aspecto social-psicológico) y el hecho de que el cuerpo que les “serviría” naturalmente a llegar a dicho objetivo no sirve como debería, boicoteando la aspiración de la mujer. Hay una ruptura en la identidad personal de la mujer. Martínez (2005) menciona que las dificultades e incapacidad de alcanzar los mandatos de género: “ideal maternal” e “ideal de belleza y eterna juventud” se vive como un déficit personal que genera insatisfacciones y, en consecuencia, produce negativos efectos subjetivos.

Las mujeres comenzaron a tener pensamientos de culpabilidad sobre sí mismas al considerarse como “vacías”, “dañadas” y en algunos casos, el aspecto físico quedó de lado, las mujeres se “abandonaron”. Las concepciones que tenían las participantes como las anteriores y otras más parecen indicar una comparación

con las atribuciones que antiguamente (hasta nuestros días) se le hacían a la mujer, es decir, atributos relacionados con su “función de género”: fertilidad, vida y capacidad de creación (Martínez, 2000). Además, las dificultades para cambiar estas idealizaciones culturales y transformar las condiciones de vida opresoras, pueden llevar a muchas mujeres a estados de desesperanza que las aboca a la depresión. Como mencionan González y Miyar (2001), en esos momentos las personas no se sienten sexualmente atractivas lo que lleva a una disminución del impulso sexual, a una menor capacidad de respuesta sexual y menor disfrute de la sexualidad.

Para todas las participantes, el hecho de programar para determinadas fechas el acto sexual les afectó de una manera en que se trataba más de una cuestión de “obligatoriedad”. Las exigencias implícitas o explícitas de la actividad sexual pueden provocar cambios en su frecuencia y ritmo, todo lo que puede conducir a la disminución de la espontaneidad de las relaciones sexuales (mencionado anteriormente), un aumento de las tensiones y la reducción del goce, placer e intimidad dentro de ellas (González, 2002). Estas relaciones sexuales programadas reducían a nada una de las características que poseían esas actividades anteriormente, es decir, la espontaneidad del acto sexual, tener sexo cuando se quería, cuando “se tenían ganas” cuando se deseaba tener placer. La espontaneidad es un factor que ya no figuraba dentro de estas relaciones sexuales pues se intentaba tener relaciones sexuales en los días indicados, el hombre debía ser capaz de mantener una erección y eyacular. La mujer sólo tenía que ser un receptáculo para el esperma. A veces a las mujeres se les daban consejos sobre asumir ciertas posiciones, o permanecer acostadas unos 20 minutos después de la eyaculación. El sexo ahora parecía ser un procedimiento clínico en lugar de ser un acto “amoroso y apasionado” entre la pareja.

El placer ya no era un término que entrara en el concepto de relaciones sexuales pues éstas tenían ya un carácter completamente diferente a aquello por lo que alguna vez tuvieron sexo, es decir, ya no era porque se quería tener un momento íntimo con la pareja, en donde ambos estuvieran de acuerdo y con gusto

de llevar la relación sexual. Las mujeres perdieron completamente la idea de conseguir placer en el acto sexual, eso ya no era primordial sino que el fin único del sexo era concebir, el resto, estaba por demás. Dentro de este discurso, se puede denotar qué tan importante es la procreación para la mujer llegando al grado de prescindir de la propia satisfacción y la de la pareja pues hay de por medio una meta en común.

Pero ¿es un objetivo al que ambos miembros de la relación quieren llegar? Córdova (2003) menciona que cuando el sexo es obligado "no se hace con gusto", sino para el "servicio" de la pareja y esto puede generar "comprensión", es decir, la actitud considerada del (de la) compañero(a) sexual ante el deseo de proporcionar placer al otro. La "comprensión", a diferencia del "gusto", no implica exclusivamente una emoción relacionada con la sexualidad y el erotismo. Córdova hace mención a que la pareja de la persona afectada, a manera de solidaridad, es comprensiva y procura proporcionar placer sexual pero esta misma circunstancia puede ser análoga a la satisfacción de requerimientos psicológicos de la mujer, en este caso, buscar la concepción.

En primera instancia, las participantes indicaron que el compañero estaba igualmente dispuesto a buscar un hijo, llevando al pie de la letra cualquier indicación que se le diera para que se llevara a cabo la concepción pero siempre diciéndole a la mujer "esto se acaba hasta que tú me digas". Para el comienzo de los tratamientos, las participantes mencionaron que eran sus parejas quienes buscaban más los encuentros sexuales pero que ellas se sentían abrumadas, frustradas y tristes, por lo que las insinuaciones que les hacían sus parejas las sentían como un acoso pues ellos buscaban su propia satisfacción mientras que las mujeres se sentían incomprendidas ya que el sexo era únicamente para procrear. Las mujeres resentían cuando no llegaban a un orgasmo o incluso por no excitarse sexualmente en la creencia de que su pareja estaba disfrutando del placer físico mientras ellas no. Siguiendo a Weeks en 1992 (citado en Amuchástegui y Rodríguez, 2003), no se puede negar que los cuerpos sexuados como conjunto de órganos, necesidades, impulsos, posibilidades y límites

biológicos existen y son distintos pero, contradictoriamente, tampoco se puede negar la diversidad del deseo sexual, del placer erótico, de los comportamientos y de las identidades. La relación entre estos dos niveles son los significados que las culturas particulares otorgan a los cuerpos diferenciados y los procesos sociales que participan de tal construcción de significados. Esto hace referencia a que aún cuando los cuerpos de las parejas estén biológica y “funcionalmente” listos para llevar a cabo las relaciones sexuales, éstas no se quedan únicamente en el aspecto físico pues dependen de igual manera de la forma en cómo las personas empiecen a significar el acto sexual.

Por momentos las parejas infértiles pueden llegar a tener conductas asexuales mientras dicen entre sí que para qué preocuparse por el sexo, si no hay oportunidad de un embarazo (González y Miyar, 2001). Esto parece indicar que es fácil que uno de los cónyuges pueda acusar al otro de no participar por igual en el tratamiento y ser más demandante de sexo y/o en otras veces se niega a mantener relaciones sexuales provocando disfunciones sexuales que complican aún más la situación.

En este punto, la presión de las mujeres hacia sus parejas fue más notoria. Las mujeres, tenían un concepto de sí mismas como un “depósito” en donde el hombre tendría únicamente que “echar” su semen para que se diera aquello que deseaban, únicamente a eso se tenía que reducir el acto sexual. En el caso de una mujer, las exigencias eran para sí misma pero venían también de parte de su pareja ya que éste le decía que no sabía ser ni esposa ni mujer, una afirmación que ella misma se repetía, por lo que esta participante comenzó a tener una duda sobre el cumplimiento de su género, mientras que su esposo se deslindaba de toda responsabilidad. El hombre comienza a sentirse ansioso y posiblemente rechazado, creyendo que su esposa busca más un bebé que estar con él; por su parte, la mujer duda de si su pareja verdaderamente busca un hijo.

El cumplimiento del deber ser del hombre también está en juego, pues al igual que a la mujer, a él también se le piden ciertos criterios para poder llamarlo un hombre. Con respecto a esto, Tubert (1997, citada en: Mora, Otálora y

Recagno, 2005) sostiene que “la paternidad es una construcción cultural que no se puede comprender sino en su articulación con la maternidad dentro de un sistema de parentesco y en el universo simbólico a la que pertenece”. La cita anterior nos indica que para que el hombre sea un “hombre completo” debe ejercer su paternidad en conjunto a la maternidad de su mujer, es decir, el incumplimiento de alguno de los dos no permite la realización del otro.

Es evidente, en estas circunstancias, que el deseo y presión que tiene la mujer por ser madre está en sus límites. Ya no es únicamente la presión por el deseo de la mujer de convertirse en madre sino que también prevalece la presión de darle a su hombre la descendencia que la sociedad también le exige.

Sin embargo, el hecho de que el hombre no se vea satisfecho con el o los hijos que él “demande” permite que éste tenga la oportunidad o sea perdonado por haber buscado en otras mujeres lo que la suya no le pudo brindar. Por su parte, la mujer es sujeto de sufrimiento por distintas causas: se desvaloriza a sí misma por no cumplir con sus funciones “naturales”; padece el rechazo psicológico y quizá físico por parte de su esposo, además de sus posibles infidelidades; y por último, la mujer debe de tolerar la presión social cuando se le remarca la importancia de tener hijos. Para la mujer infértil es desconcertante que su red social la “apoye” y la “anime” para evitar que renuncie a su lucha de buscar la concepción, pero también es la misma sociedad la que la estigmatiza por no poder llevar a cabo la consumación del “ser mujer”.

Tiempo antes de dar por concluido el tratamiento para quedar embarazadas, algunas de las mujeres tuvieron un distanciamiento muy marcado con su pareja. Esta separación, creían las participantes, se debió a no tener un matrimonio o una relación lo suficientemente sólida como para salir adelante después del tratamiento, ya fuera con o sin hijos. Por otra parte, otras mujeres indicaron que la disminución de su actividad sexual se debió a la preocupación de sus parejas por situaciones de salud de las participantes.

3. Reinicio de la búsqueda del placer en las relaciones sexuales

Esta es la tercera y última etapa de la vida sexual de las participantes, en donde se revisan las prácticas sexuales después de haber quedado embarazadas o de haber renunciado a la búsqueda de un hijo. Es necesario hacer notar que hay objetivos similares entre la primera etapa y esta última, por lo que se hace mayor énfasis en aquellas circunstancias que no fueron mencionadas con anterioridad. Aún cuando existan semejanzas con la primera etapa, también es preciso dar cuenta de que este es un nuevo período en la vida de las mujeres, tanto por haber vivido un proceso de infertilidad como por el haber tenido un hijo o por haber renunciado a él.

El concepto que tienen las mujeres de las relaciones sexuales después de haber vivido este proceso de infertilidad, es que el sexo es un momento en el que la pareja puede relacionarse íntimamente y compartir un tiempo de placer y satisfacción mutua.

Para esta nueva etapa de la vida de las mujeres, éstas indicaron que los encuentros sexuales los veían con mayor madurez pues iban relacionadas con la madurez de la relación en general con sus esposos. El amor, el placer y la conexión con la pareja volvieron a ser palabras centrales en el discurso de las mujeres. Sin embargo, una de las mujeres, quien no tenía pareja estable, en las relaciones sexuales procuraba que no existieran los mismos sentimientos que indicaron las otras mujeres, es decir, amor y la conexión de pareja, pues para ella ese tipo de combinación resultaba peligroso. Esta última mujer, muestra cualidades de una persona evitativa. Ortiz, Gómez y Apodaca (2002) refieren que en este tipo de personas el amor está frecuentemente marcado por el rechazo a la intimidad, por la dificultad para depender de los demás, la falta de confianza, los altibajos emocionales y la dificultad para aceptar los defectos del compañero/a. Estas personas suelen dudar de la existencia o de la estabilidad del amor, se perciben autosuficientes, desestimando la importancia de las relaciones afectivas.

Con respecto a esta circunstancia no se puede dar una respuesta contundente del por qué ésta participante es una persona evitativa, sin embargo, se apela a que estas actitudes se aprendieron en un momento de su vida como a la falta de apego hacia sus padres (op.cit) o por algún otra vivencia personal, como un matrimonio que no cubría las necesidades afectivas de la persona.

Se puede notar que para las mujeres, el sexo es una forma de mantener una relación estable ya que las relaciones sexuales son una actividad común en la convivencia de las parejas. La manera en cómo indicaron las mujeres que se daban las relaciones sexuales eran muy similares a las que se dan dentro de un matrimonio en donde no se ha vivido la infertilidad, es decir, si existen los encuentros sexuales sin embargo pierden el carácter de importancia que tenía anteriormente. Mackay (2001) indica que el buen sexo es importante en el matrimonio pero cuando se han encontrado otros factores para una “familia feliz”, como son los hijos; el sexo ya no se muestra como algo primordial.

La satisfacción en esta etapa se encuentra como eje principal en las relaciones sexuales. Las mujeres indicaron que mucho de su satisfacción sexual tenía que ver con la confianza que tenían con su pareja, tanto para decirles las cosas que sentían, pensaban y para pedirles algún tipo de práctica que quisieran experimentar e indicaron que de igual manera esta situación se presentaba de su pareja para con ellas. Era entonces para ellas la comunicación y el respeto las dos circunstancias necesarias para que existiera placer. Hulbert menciona que tanto en mujeres como en varones emparejados, la satisfacción sexual se asocia con variables como satisfacción general de pareja, expresión emocional, satisfacción respecto a la comunicación específica de asuntos sexuales, percepción de competencia marital o el sentimiento de equidad en el ámbito de la pareja. De igual manera Ortiz, Gómez y Apodaca (2002) encontraron en el estudio que realizaron que el grado de satisfacción sexual se asocia estrechamente al grado de ajuste marital y en el caso de las mujeres con el grado en que perciben que su compañero es capaz de expresar sus emociones en el ámbito de la pareja,

apoyando el valor predictivo de los aspectos afectivo relacionales respecto a la satisfacción sexual.

Hasta este punto, se puede ver una de las diferencias más notables que tiene esta última etapa con respecto a la primera, ya que aquí, las mujeres a lo largo de su vida habían tenido diversas experiencias, aprendido así actitudes y gustos, por lo que podían identificar e indicar aquellas prácticas sexuales desagradables o placenteras para ellas. La edad madura es una fase de la vida tan importante como la adolescencia, pues es una etapa de preparación y adaptación a los cambios corporales, psicológicos y sociales que suceden en mujeres y varones en su recorrido a la edad adulta. Mujeres y hombres coinciden que para expresar su sexualidad es importante adquirir conocimientos sobre esta etapa del ciclo vital, así como valores morales que permitan la convivencia y la comunicación abierta y franca con la pareja (Ortiz y Ortiz, 2003).

En un primer momento, todas las mujeres tuvieron inconvenientes para regresar a su vida sexual como la tenían “antes”. En el caso de las mujeres que no pudieron concebir, las relaciones sexuales se vieron afectadas de tal manera que cesaron completamente. En estas situaciones, las mujeres indicaron que la situación personal con sus parejas ya no era propicia para continuar como esposos, no se aclaró si fueron por las cuestiones sexuales, sin embargo, su vida sexual con ellos ya no tenía cabida en su relación, el divorcio devendría tiempo después. Para Aguillón, Tinoco y Vargas (2010) el divorcio se presenta de manera temporal y natural en una relación que ya no es muy sólida y que ambos o alguna de las partes ya decidió seguir un rumbo diferente al de la persona que antes habían escogido como pareja de toda la vida. La mujer puede manejar varias maneras de enfrentar una situación de la disolución del matrimonio, se llega a la mentalidad feminista en donde la mujer asegura su futuro sin la necesidad de tener a un hombre a su lado. Este acto de separación es posible cuando ambas partes del matrimonio pueden mantenerse a sí mismos y también, si es el caso, a la familia que decida seguir a cada uno, es decir, hay una independencia económica entre la pareja.

En el caso de las mujeres que sí pudieron concebir, tuvieron un período en que las relaciones sexuales debieron esperar o fueron muy contadas las ocasiones en las que se tuvieron pues las parejas no querían que por “una calentura” se perdiera el producto que tanto les había costado. Posteriormente al alumbramiento, en el caso de una mujer, después del puerperio, tuvo relaciones sexuales en donde quedó nuevamente embarazada y por precaución, no volvió a tener relaciones sexuales sino hasta después del puerperio de su segunda hija.

Estas circunstancias fueron muy próximas al proceso de infertilidad, por lo que existieron más experiencias en el campo de la sexualidad de las mujeres. Aquellas participantes que tuvieron un distanciamiento tanto sexual como personalmente concluyeron su relación y comenzaron otras nuevas. Con respecto al sexo que tenían con las nuevas parejas, indicaron que en este período se buscaba el placer, ya no había ningún otro motivo por el cual se tuviera los encuentros sexuales sino sólo para la satisfacción de la mujer y el de su pareja. Se abandonó la idea de concebir en gran parte de las mujeres que no tuvieron hijos, dieron “vuelta de hoja” y lo importante era disfrutar las relaciones sexuales con las personas con las que sentían un lazo sentimental. En estas mujeres se muestra que la infertilidad fue una situación que habían decidido dejar atrás y que les había servido como un aprendizaje para conocerse a sí mismas, pues mencionaron haberse valorado a sí mismas sin la necesidad de haber tenido que concebir. Sin embargo, hubo un par de mujeres que seguían en su búsqueda de un hijo aunque con menor emoción y esperanza a como lo habían hecho anteriormente. Este cambio de perspectiva, no se había dado aún pues aunque de manera más realista sobre su situación aún conservaban la esperanza de ser madres.

Para todas las participantes, la frecuencia de las relaciones se vio reducida. Mackay (2001) indica que la gente, casada o no, tiene significativamente menos sexo a cuando es más joven aunque la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales tiene más que ver con la duración del matrimonio o de la relación que con la edad. Para aquellas que tuvieron hijos, la frecuencia de las

relaciones sexuales disminuyó considerablemente pero esto debido a la crianza de los hijos y las actividades domésticas pues renunciaron a su vida profesional para dedicarse enteramente a su maternidad por lo que la pareja cargó ahora con toda la responsabilidad económica de la familia. Con respecto a esta situación, Lehrer (1986, citado en: Del Río, Alvis, Yáñez, Quejada y Acevedo, 2010) menciona que en el caso de la fertilidad, se acepta que los costos de procrear y criar a los hijos, repercuten negativamente sobre la inclusión femenina en el ámbito laboral, debido principalmente a que los roles de ser madre y empleada compiten por el tiempo de la mujer, además, por lo general existe una separación espacial entre hogar y lugar de trabajo; por otro lado, en el caso de los hombres se encuentra que el número de horas laboradas se incrementa. A esta condición, la única excepción fue una mujer que adoptó un hijo posteriormente al desistir a los procedimientos médicos para quedar embarazada. Esta mujer se consideraba como “madre soltera” pues ella era la que mantenía a su hijo porque el padre no vivía con ellos. Con respecto a esto, Cazés (2000) indica que las mujeres producen riqueza económica y social, resguardan el medio, el territorio, la casa y el hogar, la familia, la pareja y las redes de parentesco, las comunitarias y las políticas. A través de su cuerpo y de su subjetividad, las mujeres gestan y dan vida a otras personas a lo largo de sus vidas. Y, con sus cuidados, favorecen a mantener la existencia cotidiana de quienes han sido puestos a su cargo. Por su parte, las mujeres que no tuvieron hijos prosiguieron con su desarrollo profesional y personal, dándole mayor importancia a estas áreas, además de que no se preocupaban ya por quedar embarazadas, es decir, descartaron esa posibilidad. Leiblum, Aviv y Hamer (1998) encontraron que las mujeres que no tuvieron hijos después de un proceso de infertilidad, no indicaron insatisfacción con sus vidas; ellas simplemente reportaron menos satisfacción que las mujeres que eran madres por hijos adoptados o biológicos.

Las mujeres indicaron que durante sus relaciones sexuales predominaban los sentimientos de alegría, tranquilidad y querer buscar la satisfacción de la pareja y la propia. En el caso de una mujer, ella mencionó, además estas cuestiones, que sus pensamientos y acciones iban dirigidos a “ser la mejor” pues

había escuchado que muchas parejas se habían separado por infidelidades y ella no quería que le pasara eso, por lo que quiso mejorar así su desempeño de esa manera. La mujer, después de haber pasado por un proceso de infertilidad, es común que tenga pensamientos sobre la posibilidad de que su esposo le sea infiel, un aspecto que aún cuando se haya resuelto esa situación, es un “peligro” latente.

Una cuestión relevante que no se abordó con anterioridad es el tipo de métodos anticonceptivos. Casi todas las mujeres que concibieron empezaron a utilizar algún método anticonceptivo después de haber tenido el número de hijos que consideraron pertinente, dicha decisión fue tomada por la participante, su pareja y el médico que les atendía. Alguno de los métodos que se mencionaron fueron el DIU y la vasectomía para la pareja de una de las mujeres. El caso de una mujer que sí dio a luz pero no usaba ningún método era por la razón de que aún estaba buscando, de manera natural, otro hijo. La utilización de métodos anticonceptivos hace referencia a que, pese a que las mujeres técnicamente fueron infértiles pero tuvieron un embarazo, eso les daba la idea de que podrían quedar embarazadas nuevamente, un embarazo que seguramente sería de alto riesgo, en donde se comprometería la salud de la madre y/o la del hijo. Es interesante mencionar la participación eventual del hombre en la utilización de métodos anticonceptivos, como es la vasectomía, indicando que ya no es la mujer la única que tiene que hacer uso de anticonceptivos sino que ahora el hombre tiene mayor participación en este rubro.

El resto de las mujeres que no se embarazaron y que hicieron mención a este tema, vieron a la infertilidad como una condición por la cual no se deben de preocupar por quedar embarazadas por lo que en las relaciones sexuales no utilizaban ningún método anticonceptivo. La infertilidad fue vista por estas mujeres como una “ventaja” al no tener que utilizar algún método anticonceptivo que incluso llegara a repercutir en su salud. Se ve un cambio de percepción de la infertilidad, es decir, ya no se ve como un problema sino que se ve como una situación favorable. Este “coco wash”, como lo llegó denominar una mujer, fue una forma de adaptación a la infertilidad que sufrió. Arce (2011) menciona que sólo

cuando se ha mentalizado positivamente la infertilidad se puede comenzar a desarrollar un estado afectivo que se requiere para trascender a un siguiente paso, que en el caso de esta mujer, fue el de adoptar un niño, pero en el caso de las demás mujeres, dicha mentalización les permitió redirigir su vida a nuevas metas personales como la superación profesional y sentimental.

CONCLUSIONES

La sexualidad nos marca psicológicamente desde antes de nacer pues como muchos, nuestra madre y nuestro padre se encuentran emocionados y ávidos de saber cuál será nuestro sexo para prepararse ellos mismos las expectativas y actitudes que tendrán para con nosotros; nuestra educación se está fraguando. Al nacer, no estando conscientes, nos encontramos con un mundo "generado" para nosotros. Con "generado" hago referencia a cierto juego de palabras y conceptos en el sentido de que generar significa "producir", "ingeniar", "construir" al igual que la palabra género nos "construye" como personas al diferenciarnos por nuestro sexo; es así que ese mundo "construido" nos comienza a significar al nacer con frases como: "que niña tan linda" o "qué varoncito tan fuerte" y es así que nuestra formación por género principia.

El desiderátum no es un concepto meramente social cuyo entendimiento se desenvuelve en lo abstracto, en lo imaginario cual si de matemáticas se tratara. El desiderátum lo podemos ver en el arte, lo podemos escuchar a través de los consejos de nuestros padres y abuelos pero sobre todo lo más importante, pero menos consciente, es que lo podemos sentir en nuestro cuerpo y en lo que somos. Con esto no hago una diferenciación entre cuerpo y mente sino que lo indico de manera meramente descriptiva.

En esta sociedad, nuestro sexo y nuestro cuerpo en general es nuestro referente en el mundo sin caer en una posición biologicista sino que hay ya una ideología para cada sexo, para cada raza, para cada nacionalidad, para cada tipo de cuerpo. La aprehensión de está subjetividad nos indica lo que somos y lo que haremos; como sentimos y como expresamos.

La infertilidad es una circunstancia que afecta una de las áreas más importantes que caracteriza a la mujer, la razón sociocultural de su existencia: la procreación. La identidad sexual de la mujer se ve comprometida al no encajar su

situación personal con lo establecido para su género. Dicha situación física tiene una repercusión en la psique de la mujer pues su integridad como persona y sobre todo como mujer queda supeditada a su facultad de dar a luz.

Los pensamientos y sentimientos de la mujer no se dan aislados pues ella es parte de una intersubjetividad en donde se comparten los significados de ser mujer y del embarazo. La intersubjetividad es un medio de presión hacia la mujer pues al no realizar su “labor” como mujer se le señala, se le critica, se le somete a burla, se le estigmatiza.

La discriminación es vivida desde varias instituciones como es primordialmente la familiar. Por parte de la gente cercana, como parientes y amistades, el trato discriminatorio hacia la mujer infértil es de manera involuntaria pues en su manera de “comprensión y apoyo” denotan más bien “lástima” e inclusive burlas con frases particulares como “¡pobrecita! pero ¡ya verás que tendrás muchos hijos!”. La discriminación hacia las mujeres infértiles no se dan únicamente por verbalizaciones o acciones sino que también la gente para “evitarle el dolor o el enojo”, prefiere no invitarlas a reuniones o actividades en donde habrá niños o mujeres embarazadas, es decir, aíslan a las mujeres de sus círculos sociales.

Socialmente, la gente concibe a las mujeres como personas que no están completas, que siempre están de mal humor, con desequilibrios mentales y con la deficiencia de no poder amar y ser felices pues no tienen un hijo que les promueva la generación de esos sentimientos. A sabiendas de esta situación o no, la mujer infértil intuye que la gente a su alrededor y la sociedad la tienen en un mal concepto pues tanto ella con los demás saben cuál es concepto que se tiene de una mujer con esas características.

De manera más íntima, la relación que guarda la mujer infértil con su pareja se dificulta. No únicamente por la convivencia del día a día sino que la sexualidad, tanto si se busca un embarazo de manera natural o asistida, se complejiza. La significación del sexo es prácticamente súbita: los hechos que la forman son

contundentes, estresantes, frecuentes y reiterativos. La mujer no puede encontrar placer en aquello que le genera fracasos y frustración como mujer.

La satisfacción sexual de las mujeres es fuertemente influida por la finalidad con la que se tengan los encuentros sexuales. En la actualidad, el discurso social gira en torno a las relaciones sexuales placenteras, una visión prácticamente nueva para la mujer pues se empezó a ver este derecho gracias a los movimientos feministas. Este discurso, en donde la satisfacción es parte de las relaciones sexuales, se conjuga con el desiderátum de la mujer donde el placer se añade al sentimentalismo que socialmente caracteriza a toda mujer. Sin embargo, cuando la mujer llega a determinada edad, entra en juego la otra parte del concepto de las relaciones sexuales, esa explicación biológica que indica que la mujer debe reproducirse. Se comienza el proceso de concepción de manera paralela a la obtención del placer, es decir, en este momento la lógica es: "las relaciones sexuales (que son placenteras) deben darme naturalmente un hijo". Este pensamiento no parece ponderar una situación sobre otra sino que se da como un hecho en sí. Conforme no se ven resultados, la frustración de la mujer crece por no verse realizado su "instinto" de ser madre, el placer se vuelve innecesario. Ya no hay búsqueda de placer, sólo la búsqueda de un embarazo.

Cuando las mujeres han cumplido su objetivo de quedar embarazadas, las relaciones sexuales retoman su finalidad de placer y se deja, en algunos, la nueva búsqueda de un hijo. Sin embargo, las mujeres que no logran el embarazo tienen que resignificar el acto sexual en donde éste, por más que se quiera, no traerá como consecuencia un embarazo pero sí placer. Las mujeres tienen que resignificarse a sí mismas pues ya no son esas mujeres que el sistema patriarcal les indica ortodoxamente que sean sino que ahora su concepto de mujer se aproxima a la noción de mujer desde el punto de vista de los movimientos feministas.

Con esto, se puede concluir que a través de un desiderátum se ven afectadas psicológicamente las mujeres que por cuestiones físicas no pueden cumplir con el estereotipo deseado de la maternidad, un estereotipo imaginario y

utópico. Dichas expectativas atraviesan todas las áreas de desarrollo de la mujer, en donde si un pilar se desquebraja, es altamente probable que el resto ceda también.

Ante esto, el trabajo realizado denota importantes áreas de interés en donde se pueden realizar cambios para que el proceso de infertilidad por el que pasa una mujer no tenga consecuencias en su salud psicológica. Como se revisó anteriormente, la educación sexual que se da en el ámbito escolar es únicamente la “reproductiva”, en la cual se plantean aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos, es decir, los aspectos biológicos necesarios para llevar la procreación. Esta enseñanza aporta información sobre las consecuencias de tener relaciones sexuales, que se dan “por entendidas” como fértiles, dando así datos sobre embarazos no deseados, utilización de métodos anticonceptivos y de igual o menor manera se informa sobre las Infecciones de Transmisión Sexual. Sin embargo, poco o nada se dice sobre la infertilidad, sobre sus factores de riesgo y los tratamientos de fertilidad que se realizan para llevar a cabo un embarazo. Este tipo de educación sexual tendría varios objetivos, cuya finalidad general es el conocimiento. Uno de estos objetivos sería saber desde edades tempranas que hay enfermedades congénitas que deterioran la fertilidad de las personas incluso antes de comenzar una vida sexual, conociendo así que hay aspectos biológicos que impiden la realización de un embarazo. Otro de los objetivos de dicha educación sería que, en el caso de que ambas partes de la pareja fueran fértiles, tengan una “conciencia sexual proactiva”, es decir, saber que un descuido en las prácticas sexuales puede devenir en una probable infertilidad para ambos. Por último, la educación sobre la infertilidad debe dar las opciones ante una situación de esta índole, informando sobre los procesos de fertilidad y sus consecuencias; además, de promover la adopción de niños como una alternativa para aquellas parejas, cuyos tratamientos fueron infructíferos, y que tienen el anhelo de ser padres.

En cuanto a medicina se refiere, el creciente número de casos de parejas infértiles indica que este sector de la población necesita que se realicen más

investigaciones que permitan entender mejor el origen de la infertilidad y generar más tratamientos o mejorar aquellos ya existentes, en donde los medicamentos empleados tengan una repercusión menos perjudicial para la mujer. El uso de fármacos para los tratamientos de fertilidad afecta, además de los aspectos emocionales, las cuestiones físicas de las mujeres, acarreado a la postre problemas orgánicos. En ambas circunstancias, una mala praxis médica tiene repercusiones en la salud de las personas infértiles.

Otra área relacionada con la anterior, compete al psicólogo y su función en el sector salud. Casi todas las mujeres de la investigación indicaron no haber acudido a servicio psicológico. Esto indica que el trabajo del psicólogo es requerido para ayudar a la gente que se encuentra o ha pasado por un proceso de infertilidad. El trabajo interdisciplinario entre la medicina y la psicología aparece nuevamente como una necesidad, por lo que se propone una mayor participación de la psicología en el área de la salud para coadyuvar en la solución de los problemas de la infertilidad. El apoyo psicológico brindado podría iniciar en cuanto se dé el diagnóstico de la infertilidad, pudiendo ser el psicólogo quien informe el diagnóstico para dar ayuda inmediata ante una posible crisis. El servicio constante del psicólogo permitiría a las parejas llevar el proceso de infertilidad con menores índices de ansiedad al encontrar maneras de enfrentamiento ante dicha situación. El rol del psicólogo se puede presentar en cualquier momento y con la duración necesaria para que la pareja tenga una mejor calidad de vida aún al pasar por una condición no deseada. Dentro de este tipo de intervención del psicólogo, sería recomendable realizar foros de ayuda dirigidos a los hombres cuyas mujeres hayan sido diagnosticadas con infertilidad. Estos grupos tendrían la finalidad de informar, compartir ideas, expresar sentimientos y ser una red de apoyo para los hombres y propiciar una relación de comprensión, solidaridad y ayuda entre los miembros de la pareja infértil.

Es fundamental, en pos de la salud mental, que se empiece a difundir con mayor fuerza una ideología distinta a la que impera en la actualidad, en donde las relaciones asimétricas de poder, las exigencias por género y la manera de ser van condicionadas por nuestro sexo. Muchos hombres y mujeres han sido presas de los trastornos mentales que trae consigo la diferenciación sexual ante la búsqueda de encuadrar perfectamente en un ideal, cuyo intrínquilis es que es inalcanzable.

Es por ello, que es importante buscar y luchar por una equidad entre hombre y mujeres, en donde ninguno de los dos sea menos ni más que el otro sino que no importando sus características sexuales se construya un porvenir conjunto, en donde no se coercione a la gente para la realización de un patrón preestablecido, permitiendo una salud mental y física.

BIBLIOGRAFIA

Aguillón, L., I., Tinoco, T., G. y Vargas, M., E. (2010). Consecuencias económicas y psicológicas del divorcio en las mujeres. Un enfoque micro Regional en Pachuca, Hidalgo. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 12. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Septiembre-Diciembre.

Amuchástegui, A. (1998). "Virginidad e iniciación sexual en México: la Sobrevivencia de saberes sexuales subyugados frente a la modernidad", *Debate feminista*, No. 18. México

Amuchástegui, A., y Rodríguez, Y. (2003). *La sexualidad: ¿invención histórica? Manual de entrenamiento de promotores; Democracia y Sexualidad; México.*

Arce, T., M. (2012). *La pérdida de la esperanza de dar vida. Tesina Inédita en Diplomado en Tanatología. Asociación Mexicana de Tanatología A.C. México.*

Arias, R. y Rodríguez M. (1995). "A puro valor mexicano", ponencia presentada en la V Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México, El Colegio de México, México, D.F.

Ávila, Y. (2005). Las mujeres frente a los espejos de la maternidad: Las que eligen no ser madres. *Desacatos*. Núm. 17, enero-abril. México, pp. 107-126.

Benhabib, S., Cornell, D., (1982). "Variations on Sex and Gender: Beauvoir, Witting and Foucault", *Feminism as Critique*, University of Minnesota Press.

Traducido por Sánchez A., en 1990. Teoría Feminista teoría crítica. En: Ensayos sobre la política en las sociedades de capitalismo tardío. Ediciones Alfons el Magnánim, Valencia.

Bitler, M., Schmidt, L. (2008). "Utilization of Infertility Treatments: The Effects of Insurance Mandates" Department of Economics Working Papers ,Department of Economics, Williams College.

Bourdieu, P. (2000) "La dominación masculina", Barcelona, España, Anagrama, Colección Argumentos.

Brugo, S., Chillik, C., Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 54 (4), Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología.

Bustamante, X. (2004). ¿Por qué las jóvenes se niegan al feminismo? ¿Feminista? ¡Mi abuela, güey!". Triple Jornada, Suplemento Feminista del diario La Jornada, 74, Octubre.

Burin M., Meler I. (2000) Varones: Género y subjetividad, Paidós, Argentina, pp. 21-38.

Cañizo, E. & Salinas, F. (2010). Conductas sexuales alternas y permisividad en jóvenes universitarios. Enseñanza e Investigación en Psicología, 15(2), 285-309.

Castañeda E., Bustos, H. (2001). La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. Perinatol Reproducción Humana. 15 (2); abril-junio. Pp. 124-132.

Cazés, D. (1994). "La regulación social del género: el género como filtro de poder". En: Antología de la sexualidad humana. México: Porrúa, Vol. I; pp. 335-388.

Cazés, D. (2000) "Nociones y definiciones básicas de la perspectiva de género", en: La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas civiles, CONAPO y Consejo Nacional de la Mujer, pp. 75-116.

Chávez, J. (2004). "Perspectiva de Género". Serie Género y Trabajo Social. Número uno. Plaza y Valdés, UNAM. México. pp. 227-248

Conway J., Burke S., Scott J. (1996). "El concepto de género". En: Lamas M. (Comp.) El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. UNAM- Porrúa. México D.F. 1996.

Córdova, R. (2003). Los peligros del cuerpo: Género y sexualidad en el centro de Veracruz. Benemérita Universidad autónoma de Puebla. Plaza y Valdez editores. México.

Crespo M., Salamanca A. (2007). "El muestreo en la investigación cualitativa". Nure Investigación, nº 27, Marzo-Abril.

Del Río; F., Alvis, N., Yáñez, M., Quejada, R., Acevedo, K. (2010). Mujer, fertilidad y economía: cincuenta años de investigación. Lect. Econ., Medellín, n. 73, dic.

Díaz I. y Andrés R. (2005). "La entrevista cualitativa". Universidad Mesoamericana, Cultura de investigación Universitaria, Octubre.

Lagarde, M. (1997) Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, México, UNAM, PP. 25-57, 177-211.

Díaz, L., Rivera, A. (2008). Sexualidad De Un Grupo De Jóvenes Del Cantón De Esparza. Tesis Inédita en Licenciatura en Trabajo Social. Universidad del Costa Rica. Sede de Occidente. Costa Rica.

Domínguez, R. (2002). Psicología e infertilidad. *Rev. Med. Clin. Condes.*, 13 (1), 35-39.

Fadiman, J. Frager, R. (2001) La psicología femenina un enfoque relacional, Jean Baker Miller, Irene Pierce Stiver, Judith V. Jordan y Janet L. Surrey. Teorías de la personalidad, Alfaomega, México, pp. 267-287.

Flores, N., Jenaro, C. y Moreno C. (2008). Terapia de Pareja en Infertilidad. Papeles del psicólogo, mayo-agosto, 29 (2). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España. Pp. 205-212.

Foucault, M. (1976), Historia de la Sexualidad, Vol. I. La voluntad de saber. México: Siglo xxi, 1998, 25^a.ed.

Gardino, S., Rodríguez, S., Campo, L. (2011). Infertility, cancer, and changing gender norms. *Journal of Cancer Survivorship*, 5 (1). Pp. 152-157

Gómez R., O., Reyes C., L. (2008). Las jóvenes y el feminismo: ¿Indiferencia o compromiso?. *Rev. Estud. Femm.*, 16 (2).

González, I. y Miyar, E. (2001). Infertilidad y sexualidad. *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 17 (3), pp. 291-295.

González, I. (2002). La infertilidad, el maternaje frustrado. *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 18 (3), pp.

Huidobro, C. (2010). Infertilidad Masculina. Rev. Med. Clin. Condes, 21. (3). Colombia. Pp. 368 – 375.

INEGI (2012). Página del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Edad media al matrimonio por entidad federativa de residencia habitual de los contrayentes según sexo, 2006 a 2010. Recuperado el 19 de Septiembre de 2012, de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo79&c=23568&s=est>

Inmujeres/pnud. (2007). El abc de género en la administración pública, 2ª ed., México, Inmujeres/pnud, pp. 36.

Lamas, M. (1999): “Género, diferencia de sexo y diferencia sexual” en ¿Género?, Debate Feminista, 10 (20), edición de octubre México,

Lamas, M (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. En: Cuicuilco, 7 (18), enero-abril, pp. 95-118.

Lagarde, M. (1997), Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Universidad Nacional Autónoma de México. Colección de Posgrado, México D.F.

Lagarde, M. (1999). Una mirada feminista en el umbral del milenio. Costa Rica: Instituto de Estudios de la Mujer.

Leone, M., Marín, L., Rodríguez, A. (1993). El machismo en el imaginario social. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 25 Bogotá: Colombia.

Mackay, J. (2001). Global sex: Sexuality and sexual practices around the world. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(1), 71-82.

Martínez, C., Mirón P. (2000) La paz desde la perspectiva de los Estudios de Género: Una aportación fundamental para construir un mundo más igualitario, justo y pacífico», en Rodríguez, F. (ed.) *Cultivar la paz. Perspectivas desde la Universidad de Granada*, Granada, Universidad, pp. 125-132.

Martínez, I. (2005). Modulo 2: Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Programa de Formación de Formadores/as de Perspectiva de Género en Salud. Noviembre. España.

Mazarrasa, A., Gil, S. (2006). Manual de formación para formadores y formadoras en derechos y salud sexual y reproductiva. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública. España.

Molina, María Elisa (2006), “Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer”, en: *Psyche*, 15 (2) Revista de la Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Mora, L., Otalora, C., y Recagno, I. (2005). El Hombre y la Mujer Frente al Hijo: Diferentes Voces Sobre su Significado. *Psyche*.14 (2).

Moreno-Rosset, C. (2008). Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29, (2), 154-157.

Moreno-Rosset, C., Antequera, R., y Jenaro, C. (2009). Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA). *Psicothema*, 21, (1), 118-123.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Salud Reproductiva: Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales*.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción*. Guatemala: OPS-OMS.

Ortiz, M., Gómez, J. y Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, 2 (14), 469-475.

Ortiz, M. y Ortiz, H. (2003). *¿La cultura determina la satisfacción sexual? Un estudio comparativo en mujeres y varones maduros desde la perspectiva de género*. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. 165-170.

Pagotto, G. (2010). *La infertilidad como crisis vital en la pareja: factores disfuncionales y salutogénicos*. Tesina Inédita en Licenciatura en Psicología. Universidad del Aconcagua. Facultad De Psicología. Argentina.

Porta, L. y Silva, M. (2003). *La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa*. Recuperado el: 19 de Septiembre de 2012. [En línea]. <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>

Reyes, G. (2009). El cuerpo como unidad biológica y social: una premisa para la salud sexual y reproductiva. *Revista Colombiana de Antropología*, 45 (1), enero-junio, Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Colombia. pp. 203-223.

Rivas, M. (1996) "La entrevista a profundidad: un abordaje en el campo de la sexualidad". En: Ivonne Szasz y Susana Lerner (compiladoras) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México, pp. 199-223.

Roa, Y. (2008). "Los psicólogos y la infertilidad". *Psicología y Salud*. 8 (1), pp. 129-135.

Rodríguez, M., López, M. (2009). Antropología y arqueología de la sexualidad: premisas teóricas y conceptuales. *Contribuciones desde Coatepec, Universidad Autónoma del Estado de México*. Núm. 16, enero-junio, pp. 77-89. México.

Rodríguez, S., Lorenzo O., Herrera L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, julio-diciembre, 15 (2). Universidad Autónoma de Tamaulipas. Ciudad Victoria, México. Pp. 133-154

Romero R., R, Romero G., G, Abortes M., I, Medina S., G. (2008). Factores de riesgo asociados con infertilidad femenina. *Ginecol Obstet* 76(12). Mex;

Rosas, M., (2007). Infertilidad masculina. Causas, diagnóstico y tratamiento. *Ámbito farmacéutico Divulgación sanitaria. Offarm*. 26 (7) julio-agosto.

Rosas, M., (2008). Infertilidad femenina. Un problema multifactorial. *Ámbito farmacéutico Divulgación sanitaria. Offarm*. 27 (8) Septiembre.

Rosales, M., A., Flores, A. (2009). "Género y sexualidad en las universidades públicas mexicanas". En *Íconos, revista de ciencias sociales* 13 (3). Septiembre. Pp. 67 – 75.

Szasz, I. (1995). Sexualidad y salud reproductiva / necesidades y derechos de la población, DemoS, No. 008, enero

Soria, R. (2006). Paternidad, Maternidad Y Empoderamiento Femenino. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 9 (3) diciembre.

Stolcke, V. (2000). ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad? Política y cultura. Núm. 14. Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco. México. Pp. 25 -60.

Subirats, M. (1998). La educación de las mujeres: De la marginalidad a la coeducación. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Mujer y Desarrollo. La educación de las mujeres: de la marginalidad a la coeducación.

Taylor, S. J., Bogdan, R. (1996) "Introducción a los métodos cualitativos de investigación ", México, Paidós.

Uribe, I., García, M., & Ramírez, L. (2011). Relación entre estilos de comunicación y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. Interamerican Journal of Psychology, 45, 157-167.

Valles, M., (2007). "Entrevistas Cualitativas". Colección de Cuadernos Metodológicos 32. Centro de Investigaciones Sociológicas. España.

Vargas, V. (2009). La mujer y el placer sexual. Desafiando. Fundación Desafío. 8. Ecuador.

ANEXOS

Anexo 1

GUIÓN DE ENTREVISTA

Respecto al género:

Datos Generales:

- Nombre
- Edad
- Ocupación
- Estado civil
- Personas con las que vive actualmente
- Descripción del panorama escolar
- Cantidad de hermanos(as)
- Religión que profesa
- Las figuras materna y paterna: la más cercana, la más determinante
- ¿Qué es una mujer?
- ¿Qué es un hombre?
- ¿De dónde formaste esas ideas?
- Opinión sobre el machismo
- Opinión sobre el feminismo
- Ideas sobre lo que debe ser una pareja (qué características debe cubrir, cómo debe comportarse, qué se espera de él o ella).

Respecto a la sexualidad:

- Educación y obtención en cuanto a la temática de la sexualidad
 - Contextos en los que ha obtenido información sobre su sexualidad
- Opinión frente a la sexualidad
- Expectativas en una relación sexual
- Ideas sobre lo que espera de una pareja
- Comportamientos observados en una mujer en una relación sexual
- Comportamientos observados en un hombre en una relación sexual
- Importancia del amor para establecer una relación sexual
- ¿Piensas que mujer y hombre aman de forma semejante o que hay comportamientos amorosos diferentes en cada género?
 - ¿Puedes disociar el sexo del amor?
- Vivencias sobre la satisfacción sexual
- Búsqueda de la satisfacción sexual
- Sentimientos y pensamientos en una relación sexual
- Opinión sobre lo que debe ser un acto sexual
- Importancia de la satisfacción sexual
- Opinión sobre el placer
- Vivencias sobre el placer
- Duración de una relación sexual
- Iniciativa ante una relación sexual

- Conocimiento y funcionamiento del cuerpo

Respecto a la maternidad

- ¿Qué es la maternidad?
- Importancia de la maternidad
- ¿La maternidad es biológica o social? ¿Por qué?
- La maternidad y la mujer
- La mujer sin hijos
- Repercusión en la relación de pareja y familiar.

Respecto a la infertilidad

- ¿Qué es la infertilidad?
- Factores de riesgo de la infertilidad
- Diagnostico propio de infertilidad
 - Tiempo, causas.
- Reacción ante el diagnostico
 - Propia, pareja y familia
- Auto concepto de sí misma como mujer
 - Antes y después del diagnostico
- Problemas posteriores al diagnostico
- Sexualidad antes y después del diagnóstico
- Afrontamiento de la infertilidad
 - Psicológica y médica
- Expectativas a futuro
 - Individual, en pareja y en familia

Anexo 2



Consentimiento Informado

Por medio del presente documento se le hace una cordial invitación a participar de manera VOLUNTARIA en un estudio que se está en el proyecto de investigación que lleva por nombre “Experiencias y significados de las prácticas sexuales de mujeres con problemas de infertilidad”. Esta investigación es realizada por Sara Berenice Mora Sosa, tesista del séptimo semestre de psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El objetivo de este estudio es conocer las experiencias y significados de las prácticas sexuales de mujeres con problemas de infertilidad.

La importancia de este estudio radica en que...

La metodología que se utilizará será de un enfoque cualitativo. Su participación consistirá en que usted nos brinde una entrevista donde se abordaran temáticas sobre género, sexualidad, maternidad e infertilidad. Las entrevistas tendrán una duración aproximada entre 45 y 60 minutos, por lo que le solicitamos nos permita hacer la audio grabación para facilitar su transcripción posterior. Será un acuerdo mutuo, entre usted y la investigadora, el lugar y el día en que esta se realice. Si en una entrevista no es posible abordar todos los temas contemplados, se le pedirá, si es posible, una nueva fecha para realizar otra entrevista para revisar los temas pendientes.

La información será confidencial, le pedimos sea tan amable de elegir un seudónimo para preservación de la confidencialidad de sus datos. Toda esta información sólo será usada para fines académicos en la elaboración de un reporte de investigación para obtener el título de licenciada en Psicología.

Su participación es completamente voluntaria así que usted no tendrá ninguna repercusión si en algún momento decide no participar con nosotros o revocar este consentimiento informado.

Yo (nombre de la participante) acepto participar

Firma de la participante

Nombre de la Investigadora

Firma de la Investigadora

Testigo 1 (Nombre)

Testigo 1 (Firma)

Testigo 2 (Nombre)

Testigo 2 (Firma)