



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

***“De lo anormal a lo normalizado: Las Técnicas de Reproducción Asistida
como Ritos de Paso.”***

Trabajo terminal

que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de

Trabajo de Investigación Etnográfica Aprox. Explicativa y Análisis Explicativo III

y obtener el título de

LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

presenta

Grace Méndez Luna

Matrícula No. 2143014520

Comité de Investigación:

Director: Dra. María Eugenia Olavarría Patiño

Asesores: Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois

Dr. Héctor Daniel Guillén Rauda

Ciudad de México

Julio 2018

Esta tesis se realizó en el marco del proyecto Parentescos en el espejo. Diversidad y desigualdad en el contexto mexicano contemporáneo UAM/CEMCA bajo la responsabilidad de M. Eugenia Olavarría y Françoise Lestage con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (proyecto CONACyT núm. CB - 2014 - 236622).

Agradezco inmensamente a las autoridades de la clínica privada, así como del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), el haberme permitido realizar mi trabajo de campo dentro de sus instalaciones, para la realización de esta investigación.

“Lo que constituye la persistencia del cuerpo, sus contornos, sus movimientos, es lo material; pero la materialidad debe pensarse como un efecto del poder, su efecto más productivo”.

Judith Butler

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a:

En primer lugar, a mis padres, Carina y Jorge, quienes toda mi vida se han preocupado por mí y por llevarme al lugar en el que me encuentro en este momento. Gracias por todo lo que me han enseñado. Gracias por todo lo que han hecho por mis hermanos y por mí. Los amo con todo mi corazón.

A mi familia, en especial a mis hermanos Kasandra y Kirvi por sacarme canas verdes; también a mis padrinos, Queta y Alejandro que siempre han cuidado de mis hermanos y de mí, a mis tíos Fernando y Erendira, a mis abuelitas, tías y tíos.

A mis amigos que siempre han estado conmigo en las malas y en las buenas, en los llantos y en las risas. A mis amigos de la UAM: Víctor, Fernanda, Ere, Sandrita, Marianita, Rubencito, Iván, Chuchín y Aideé por siempre escucharme, apoyarme y creer en mí. Les agradezco por todo lo que he vivido y aprendido a su lado. A mis amigos de la prepa y a Fernandita Yorke: gracias por años de brindarme su amistad y su apoyo. A Charly y a Iván por su grandísima ayuda para revisar y corregir esta investigación!! A Ian, por su apoyo y su cariño a lo largo de muchos años, por siempre haber creído y seguir creyendo en mí, por todo lo que me enseñó y lo que a su lado aprendí.

A mis profesores de proyecto: María Eugenia Olavarría por su apoyo y asesoría constantes, por creer en mí y alentarme; Mayra Chávez porque gracias a ella pude llevar a cabo mi trabajo de campo, por sus asesorías antes, durante y después del campo y; Daniel Guillén por todo lo que aprendí en clase y en las asesorías.

Al equipo de proyecto Juan, Vale y Aideé por juntos realizar el trabajo de campo.

Y, en especial, a todas y todos mis informantes, ya que sin ellos esta investigación no existiría.

A todxs, mil gracias!

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	7
I.1	Objetivos	8
I.2	Hipótesis	8
I.3	Metodología	9
I.4	Justificación.....	10
I.5	Estado del Arte.....	11
I.6	Marco conceptual	14
II.	ETNOGRAFÍA	20
II.1	LA CLÍNICA PRIVADA	21
II.1.1	Perfiles de las y los actores de la clínica privada	23
II.1.2	Los servicios ofrecidos por la clínica privada en materia de reproducción asistida	27
II.2	EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA “ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES”	36
II.2.1	Perfiles de los actores entrevistados.....	40
II.2.2	Los servicios que ofrece INPer en materia de reproducción asistida	55
III.	EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE INFERTILIDAD Y SU TRATAMIENTO.....	63
III.1	El diagnóstico médico de Infertilidad	63
III.2	Las Técnicas de Reproducción Humana Medicamente Asistida.....	64
III.3	El tratamiento médico para la infertilidad	65
IV.	LA SOCIEDAD DE NORMALIZACIÓN	69
IV.1	La disciplina	69
IV.2	La biopolítica.....	70
IV.3	La sociedad de normalización.....	72
IV.4	La medicina y la construcción binaria del cuerpo	73

V. "EL CICLO" COMO RITO DE PASO Y SU EFICACIA SIMBÓLICA	78
V.1 La eficacia simbólica del rito de paso: De lo anómalo a lo normalizado	78
VI. DE SIGNIFICADOS Y EMOCIONES	86
VII. CONCLUSIONES	94
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	100

I. INTRODUCCIÓN

Las Técnicas de Reproducción Humana Medicamente Asistida (a las que me referiré como Técnicas de Reproducción Asistida o TRA), significan una importante opción para algunas parejas heterosexuales con diagnóstico de infertilidad, en su búsqueda por el embarazo.

En Ciudad de México existen clínicas, tanto del sector público como del sector privado, que ofrecen tratamientos de reproducción asistida para la atención del diagnóstico médico de infertilidad. Entre las clínicas del sector público se encuentran el hospital “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el hospital “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) “Isidro Espinosa de los Reyes”.

Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) constituyen un importante avance para la ciencia, en el campo de la biología de la reproducción humana, sobre todo con el importante suceso ocurrido en 1978, cuando nació el primer bebé producto de una Fertilización *In Vitro*. Gracias a esta técnica, se llevó a cabo con éxito la primera fertilización fuera del cuerpo y dentro de un laboratorio.

Si bien, las TRA permiten la reconfiguración de las prácticas de reproducción humana (al permitir llevar a cabo la fertilización sin coito), esto no significa que sus procedimientos se lleven a cabo apartándose del cuerpo, sino que están en constante relación con él.

En este sentido: la presente investigación está dedicada al estudio de las experiencias corporales y emocionales –de las y los usuarios de tratamientos de reproducción asistida– en una clínica privada de esta rama y de alto prestigio a nivel mundial; así como en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

I.1 Objetivos

Como objetivo general, pretendo con esta investigación: examinar las prácticas y discursos que giran en torno a las experiencias corporales y emocionales de las y los usuarios de TRA, que son emitidos tanto por el personal de salud; así como por las y los usuarios, dentro de clínicas de los sectores público y privado en Ciudad de México. Lo anterior tiene la finalidad de observar los esquemas de sentidos y valores sobre los cuales descansa su paso por este tipo de tratamientos.

Asimismo, planteo los siguientes objetivos particulares:

-Mostrar las razones que ofrece el personal de salud y las y los usuarios sobre la importancia de las Técnicas de Reproducción Asistida.

-Conocer cómo se llevan a cabo las TRA y qué actores participan en los procesos.

-Conocer los motivos por los cuales las y los usuarios de reproducción asistida se acercan a estos tratamientos, y por qué permanecen en uno de éstos.

-Ahondar en las experiencias corporales de las y los usuarios de técnicas de reproducción asistida y conocer su percepción acerca de las mismas.

-Explorar cuáles son las emociones que expresan las y los usuarios durante un tratamiento de reproducción asistida; así como cuáles son los significados que propician que éstas se den.

I.2 Hipótesis

Las TRA funcionan como ritos de paso entre lo anormal y lo normalizado, mientras que contribuyen a la reproducción de los roles de género, debido a la construcción binaria del cuerpo desde la medicina; lo que repercute en experiencias corporales y emocionales diferenciadas por el género, en las y los usuarios de reproducción asistida de clínicas privadas y públicas en Ciudad de México.

I.3 Metodología

Para llevar a cabo mis objetivos, realicé trabajo de campo en áreas dedicadas a la reproducción asistida: 1) en una clínica privada y 2) en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”; ambas ubicadas en Ciudad de México. Con respecto a la ética del trabajo de campo antropológico, a todos los informantes se les entregó una carta de consentimiento con la información del proyecto; además para proteger los datos de los informantes, se otorgó a cada uno de ellos un seudónimo. Asimismo, no se utiliza el nombre real de la clínica privada, sino que me referiré a ella como “la clínica privada”.

Al ingresar a estos espacios para realizar esta investigación, el apoyo de la Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois fue esencial, pues ella fue quien contactó al equipo del proyecto con las autoridades médicas responsables de estos espacios: quienes amablemente nos abrieron las puertas de sus áreas de trabajo.

El trabajo de campo se llevó a cabo de septiembre de 2017 a mayo de 2018. En INPer, la investigación se realizó bajo la dirección y asesoría de la Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois: quien labora en el Instituto como antropóloga investigadora.

Para los fines de este proyecto, resultó importante analizar los testimonios y experiencias de parejas heterosexuales con diagnóstico de infertilidad que son usuarias de TRA. Por un lado, la importancia de captar parejas heterosexuales residió en poder observar claramente la construcción binaria Femenino-Masculino del cuerpo y, conocer cómo a través de esa diferenciación la medicina refuerza y reproduce los roles de género; por otro lado, la importancia de que esas parejas contaran con diagnóstico de infertilidad, fue poder observar cómo en un contexto de normalización, la medicina ofrece tratamientos de reproducción asistida para *corregir* las anomalías del cuerpo.

En la presente investigación utilicé una perspectiva metodológica cualitativa; para esto, realicé observación participante y entrevistas a profundidad a personal de salud, así como usuarias y usuarios de TRA. Sin embargo, en la clínica privada no pude recabar los testimonios de usuarios, debido a las políticas de privacidad.

Cabe resaltar que todas las entrevistas se realizaron de la mano de mis compañeros de proyecto: Juan Manrique, Valeria Rojas y Aideé Terán, junto a quienes se elaboraron las guías de entrevista.

En la clínica privada se realizó un total de 12 entrevistas a 8 informantes (algunos entrevistados en dos ocasiones). En cuanto a INPer, fueron realizadas 24 entrevistas a 24 informantes usuarias y usuarios, quienes forman parte de la comunidad que ingresó a un tratamiento de reproducción asistida el día 22 de febrero de 2018; además se entrevistó a 13 informantes quienes atienden en el área de reproducción asistida, entre ellos: médicos, enfermeras y personal administrativo.

Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas. En este procedimiento se señalaron los conceptos clave referentes a esta investigación. Dicha información fue obtenida por medio de una búsqueda bibliográfica y en sitios web.

I.4 Justificación

Mediante mi investigación realizada en instituciones médicas dedicadas al terreno de la reproducción asistida, pretendo aportar, con datos empíricos, material de consulta para futuras investigaciones; así como incitar a la producción de estudios relacionados con este tema.

Por otro lado, espero abrir camino a la reflexividad en torno a la legislación sobre los Derechos Reproductivos; al trato digno y equitativo hacia las y los usuarios de las Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida, ofreciendo datos empíricos actuales sobre las experiencias de las y los usuarios, además de cómo éstos las significan al hallarse en un tratamiento de reproducción asistida.

El estudio de las TRA, desde la antropología, resulta importante para poder conocer cómo el desarrollo de las biotecnologías impactan en la sociedad: en las dimensiones de género, parentesco, cuerpo y emociones – por mencionar sólo

unas cuantas— y así poder contribuir al desarrollo de servicios que favorezcan el acceso equitativo a la reproducción de todos los individuos que así lo deseen.

I.5 Estado del Arte

A nivel nacional, poco se ha escrito —desde el campo de la antropología— sobre las Técnicas de Reproducción Humana Medicamente Asistida, y el diagnóstico de Infertilidad. Al buscar sobre el tema, es común encontrar que la mayoría de literatura ha sido producida desde campos como el biomédico o el jurídico.

Por ejemplo, en el campo biomédico, tenemos el libro “Atención integral a la infertilidad” de Efraín Pérez Peña (2011), médico ginecólogo jalisciense. Este libro está dirigido a médicos para una oportuna atención de la infertilidad, tanto por factores masculinos como femeninos.

Cabe también señalar los estudios del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, realizados —por mencionar a algunos— por la Dra. Claudia Sánchez, el Dr. Jorge Carreño Meléndez y el Dr. Francisco Morales Carmona (2003). Estos estudios han estado orientados al campo de las emociones y la atención psicológica a parejas usuarias de tratamientos de infertilidad del INPer.

En el ámbito jurídico, la producción literaria que se ha llevado a cabo, es en torno a la legislación de las Técnicas de Reproducción Asistida, las cuales, cabe señalar, se encuentran contenidas en la Ley General de Salud. Y si bien, en México, los cambios legislativos sobre las TRA han sido tenues, es un tema que suscita distintos debates a iniciativas de ley y de reglamentación.

Por otro lado, en el terreno de las ciencias sociales, en especial de la antropología social, la producción literaria sobre estos temas es poco común.

“De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día” de María Eugenia Olavarría (2002), es un trabajo que recopila distintas teorías sobre el parentesco

en relación con el cuerpo y el género, hasta llegar a un contexto contemporáneo, en donde la reproducción asistida juega un papel importante como una herramienta en la búsqueda por la descendencia biológica.

Joan Bestard (2009), en “Los hechos de la reproducción Asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social”, propone que los lazos consanguíneos del parentesco responden a un modelo constructivista, mediante las sustancias bio-genéticas del cuerpo. Por un lado, este proyecto parental se vuelve más cultural en tanto que las sustancias no “están dadas” sino que se le imprimen valores simbólicos; y por otro lado, se vuelve más biologicista en tanto que se vuelven protagonistas de la descendencia, sin embargo, las sustancias genéticas del cuerpo, por sí solas, no generan lazos de parentesco, sino que se trata de los deseos parentales.

En “‘Hasta que lo alcancemos...’ Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas”, Dora Cardaci y Ángeles Sánchez (2009) pasan revista a distintas producciones académicas sobre la reproducción asistida, desde el feminismo, los estudios de género, la antropología, así como desde el ámbito jurídico y bioético.

Las tesis de maestría y doctorado de la Dra. Elena Leticia Castañeda Jiménez¹, constituyen de las pocas y primeras tesis de antropología en el ámbito de la reproducción asistida a nivel nacional. Su tesis de maestría se enfoca al estudio de las representaciones culturales del personal médico y de usuarias de tratamientos de infertilidad en el INPer. A partir de lo que la autora llama “la ruta del padecer”, muestra que las usuarias recurren a distintos tratamientos alópatas y no alópatas para atender su diagnóstico. Estos ofrecen a las usuarias distintas explicaciones y razones por las cuales no consiguen el embarazo; así, en este

¹ (1998) *Bendito sea el fruto de tu vientre. Representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de esterilidad en la ruta del padecer*. Tesis de maestría en Antropología, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México, 262 pp; (2005) *Hipooligoastenoteratozoospermia. Representaciones y prácticas de médicos y parejas pacientes en torno a la infertilidad masculina*. Tesis de doctorado en Antropología, CIESA, México, 568 pp.

trabajo se muestran distintas representaciones culturales que se tienen en torno a la infertilidad.

Otro trabajo realizado por una antropóloga, es la tesis de doctorado de la Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois (2008), la cual tuvo como objetivo “Conocer algunas dimensiones culturales de parejas con infertilidad en edad reproductiva y el uso de las técnicas de reproducción asistida en un Instituto de Salud. Lo anterior, con el fin de explorar las percepciones sobre rol de género, cuerpo y parentesco” (Chávez, 2008: 13). En su trabajo, la autora demuestra que las representaciones culturales son fundamentales en la toma de decisiones, por parte de las parejas, durante los tratamientos de infertilidad. Asimismo, reafirma la proposición de François Héritier-Augé sobre “la valencia diferencial de los sexos”², ya que, afirma: dichos tratamientos actúan diferenciadamente sobre el cuerpo femenino y el cuerpo masculino, siendo el cuerpo femenino mayormente invadido. Otro hallazgo fundamental que muestra la autora es la relación entre el cuerpo simbólico y el parentesco, puesto que expone cómo a través de los fluidos corporales se construye el significado de la maternidad o la paternidad, pues mientras para la mujer la menstruación significaba la ausencia del embarazo, para el hombre, la falta de esperma significaba la ausencia de procreación.

Tesis de licenciatura producidas en torno al tema de reproducción asistida, son las realizadas por: Jacqueline Bautista sobre el proceso de selección de ovodonantes en Ciudad de México; Karla García, con el tema de la legislación en torno a la gestación por sustitución en un contexto nacional e internacional; Libertad López, sobre la desigualdad de acceso a las TRA en Ciudad de México; Lizet Rivera, acerca de la adopción abierta en la zona fronteriza Tijuana-San Diego; Marie Casiano, con el tema de la legislación sobre las TRA en México; Susana Rico, acerca de las representaciones simbólicas de la transmisión genética en usuarios de TRA en el Instituto Nacional de Perinatología; Vania López, sobre las dinámicas en torno al mercado reproductivo en la zona metropolitana Tijuana-San

² La teoría sobre “la valencia diferencial de los sexos” se encuentra en el libro *Masculino/Femenino: el pensamiento de la diferencia* de Francois Héritier-Augé publicado en 1996.

Diego. Estas tesis fueron egresadas de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa y realizadas en el marco del proyecto “Parentescos en el espejo. Diversidad y desigualdad en el contexto mexicano contemporáneo”, a cargo de María Eugenia Olavarría y Francois Lestage (proyecto del cual forma parte la presente investigación).

Los trabajos antropológicos citados anteriormente representan un antecedente importante para mi tema sobre técnicas de reproducción asistida; sin embargo, los trabajos de Olavarría, Chávez y Castañeda, son clave debido a que en ellos se indaga sobre las construcciones culturales del género, el cuerpo y las emociones en las TRA.

La presente investigación ofrece aportaciones a la antropología en las dimensiones de parentesco, género, cuerpo y emociones en TRA, sin embargo, bajo un análisis de las TRA en un contexto de poder normalizante.

Si bien, las tesis anteriores hacen alusión al término de lo normal y lo anómalo, con mi investigación realizo un análisis que toma como eje central el poder de la normalización teorizado por Michel Foucault; concluyendo así que las TRA funcionan como “ritos de paso” (Turner, 1967), cuya función es producir sujetos normalizados.

I.6 Marco conceptual

El presente trabajo de investigación, consta de ocho partes, en donde la primera corresponde a la introducción.

En el segundo capítulo, muestro los contextos en los que realicé trabajo de campo. Expongo cómo funcionan la clínica privada y el INPer, indico los perfiles de los informantes a quienes entrevisté, y los servicios que ambos contextos ofrecen en materia de reproducción asistida.

El tercer capítulo está dedicado a la definición de la infertilidad y de la reproducción asistida; así como a detallar el camino que siguen por un lado, las usuarias y, por el otro, los usuarios al ingresar a tratamientos de reproducción asistida, para la atención médica del diagnóstico de infertilidad en los contextos estudiados.

El cuarto capítulo, corresponde al análisis de la construcción del cuerpo binario y cómo la medicina, en un contexto de poder normalizante, reproduce ese esquema. Para el análisis de este capítulo, se retoman los conceptos de “poder disciplinario”, “biopoder” y “sociedad de normalización” propuestos por Michel Foucault; así como la noción de “sexo” y “género” de Judith Butler; la noción de “cuerpo” de David Le Breton y teorías sobre “el cuerpo fragmentado” y “la atomización del cuerpo” propuestas por Rodrigo Díaz Cruz.

Según Foucault (1975a), en la Modernidad, las instituciones de encierro como los hospitales, fueron puestos en marcha como una forma eficiente de ejercicio del poder disciplinario el cual se venía gestando como ruptura con el sistema de producción feudalista.

Siguiendo al autor, las disciplinas toman como objeto de poder la mente y el cuerpo del sujeto, quien debe ser *corregido* con la finalidad de volverlo útil ante el poder disciplinario. La finalidad de este poder es producir sujetos de obediencia mediante la interiorización de la norma; el poder disciplinario se rige, no por la Ley, sino por la Norma y la instancia reguladora es el saber clínico.

Por otro lado, Michel Foucault (1976b) propone el concepto de biopolítica como una tecnología de poder que no se preocupa por el control del cuerpo individual, a diferencia del poder disciplinario, su finalidad es el control de las poblaciones.

La biopolítica es el control que ejerce el Estado sobre sus gobernados mediante la administración de su condición biológica. Este poder regula los procesos biológicos como un asunto de higiene pública, donde la medicina adquiere un papel protagonista como legítima responsable del cuidado biológico de la población.

Este poder (la biopolítica), al igual que las disciplinas, se rige por la implementación de la Norma y, de igual forma, las instancias reguladoras son los saberes clínicos.

En una sociedad de normalización, se entrecruzan aspectos disciplinarios y regularizadores, ya que su eficiencia reside en el empleo de la norma:

[...] la norma no se define en absoluto como una ley natural, sino por el papel de exigencia y coerción que es capaz de ejercer con respecto a los ámbitos en que se aplica. La norma, por consiguiente, es portadora de una pretensión de poder. No es simplemente, y ni siquiera, un principio de inteligibilidad; es un elemento a partir del cual puede fundarse y legitimarse cierto ejercicio del poder (Foucault, 1975b: 57).

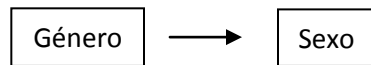
La sociedad de normalización ve en el infractor de la Norma, no a un delincuente sino a un individuo potencialmente a ser *corregido*. En este contexto de poder normalizante, son los saberes clínicos los encargados de llevar a cabo esas *correcciones*, en donde “La medicina es un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores” (Foucault, 1976b: 229).

El saber/poder médico recae sobre el cuerpo, sin embargo, no es sobre un cuerpo “neutro”, sino sobre su propia idea pre-construída del mismo. Y la idea que la medicina posee sobre éste, es la del cuerpo binario Femenino-Masculino. Con respecto a esto, Judith Butler (1990) propone que la distinción sexuada del cuerpo, es en realidad, una distinción originada de la construcción de género. Con esto, la autora propone que el cuerpo sexuada se encuentra cimentado sobre previos diseños culturales de género; además propone que la binarización del cuerpo sexuada, corresponde a una hegemonía de intereses sociales y políticos que buscan preservar dicho orden social; demostrando que “El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma” (Le Breton, 2002: 13).

En los dos contextos estudiados, los médicos *vigilan* el cuerpo del “enfermo” diferenciándolo entre cuerpo Femenino y cuerpo Masculino; incluso, es el cuerpo femenino sobre quien recae en mayor medida los procedimientos: debido a que el

discurso médico afirma que esto se debe a la anatomo-fisiología del cuerpo femenino.

Y, siguiendo con Butler (1990), siendo el sexo una construcción de género en realidad, la medicina contribuye a la reproducción de los roles de género, revistiéndolos de una explicación científica y legítima:



En este contexto de diferenciación binaria del cuerpo, sus *anomalías* son atendidas por la medicina en hospitales para su *corrección*. Continuando con esta línea, al ser la infertilidad considerada como una enfermedad, es deber de la medicina normalizar el cuerpo enfermo.

A lo largo del quinto capítulo, mi interés principal fue exponer el análisis de las técnicas de reproducción asistida como ritos de paso (tesis central de este trabajo), razón por la cual, retomar la teoría de los *rites de passage* de Víctor Turner (1967) fue fundamental; asimismo, retomo “la eficacia simbólica” propuesta por Claude Lévi-Strauss en 1958, para explicar la eficacia de los tratamientos de reproducción asistida; y “la confesión” propuesta por Michel Foucault (1976a).

Siguiendo estas teorías, planteo que los tratamientos de reproducción asistida funcionan como ritos de paso entre dos estados relativamente fijos en la vida de los individuos: entre el estado de anormalidad y el estado de normalización. Es por esto que fue de suma importancia acercarme a parejas usuarias de TRA con diagnóstico médico de infertilidad.

Los ritos de paso constan de tres fases (Turner, 1967):

- 1) La fase de *separación*: cuando el individuo o el cuerpo colectivo es separado de su estado anterior.
- 2) El periodo *liminal*: el proceso por el que pasa el individuo o el cuerpo colectivo durante el rito para llegar al estado final. En este estado, no se es “ni lo uno ni lo otro”.

3) El estado de *agregación*: cuando la transición se ha consumado y se muestra un nuevo estado bien definido. En este estado, el individuo “adquiere derechos y obligaciones de tipo “estructural” y claramente definido” (Turner, 1967: 104).

Ahora bien, siguiendo a Lévi-Strauss (1958), la eficacia simbólica de un tratamiento, requiere de la creencia de tres actores en éste, quienes son: el médico, el enfermo y el colectivo. Estos actores son quienes hacen válido un tratamiento como eficaz, en donde la confesión juega un papel importante como productora de la verdad y con esto, del reconocimiento de la normalización del sujeto.

En el sexto capítulo, expongo los significados que las y los usuarios entrevistados relataron sobre la importancia del ejercicio de la maternidad y la paternidad, motivos por los cuales ingresan a un tratamiento de reproducción asistida. Asimismo, muestro distintos matices de emociones que las y los usuarios experimentan durante todo el periodo del tratamiento. En este capítulo, retomo el concepto de “sentimientos” de Antonio Damasio; de “emociones” de David Le Breton; así como de “dolor viviente” y “dolor evidente” conceptos encontrados en la tesis de doctorado de Mayra Chávez.

Según Antonio Damasio (Castaingts, 2017), los sentimientos son la percepción que se tiene del estado del cuerpo en un momento dado. Por otro lado, David Le Breton (1998), considera que las emociones están basadas en los significados de la cultura en la que se encuentran inmersos los sujetos.

Las emociones son construcciones que obedecen al marco de significados y valores de una cultura y la expresión de éstas, se tejen sobre la historia de vida del individuo (Le Breton, 1998). Es por esta razón que, aunque distintas parejas pasen por una misma situación en un tratamiento de reproducción asistida: éstas significan y experimentan su paso por una TRA con distintos matices de sentimientos y emociones.

Como se verá más adelante, los significados sobre la importancia del ejercicio de la maternidad y la paternidad, difieren entre las y los usuarios según su género. En

estos se encuentra un valor positivo al ejercicio de la maternidad y la paternidad consanguínea, motivo por el cual las y los usuarios deciden ingresar a un tratamiento de reproducción asistida.

Producto de esos significados, que se tejen sobre la historia de vida del individuo, se encontraron, en testimonios de usuarias y usuarios, distintos matices de emociones. En cuanto a testimonios de psicólogos, se encontró que el dolor parece ser una constante en la expresión de las emociones, sobre todo por parte de las usuarias.

Bajo la concepción cartesiana de la separación mente-cuerpo, el dolor se puede diferenciar entre *dolor evidente* como el dolor sentido físicamente, y el *dolor viviente* como el dolor emocional (Chávez, 2008).

El dolor es representado como una *anomalía*, donde la psicología, como legítima responsable de la normalización de la mente de los sujetos, debe *corregirla* por medio de terapia psicológica.

II. ETNOGRAFÍA

Esta investigación se enfoca en el estudio de las experiencias corporales y emocionales de parejas heterosexuales usuarias de tratamientos de reproducción asistida, así como en los discursos del personal médico y psicológico en torno a estas vivencias.

En Ciudad de México encontramos clínicas dedicadas a la reproducción humana medicamente asistida, tanto públicas como privadas, de las cuales las clínicas privadas son, en número, más abundantes que las públicas, ya que de éstas últimas, las instituciones que ofrecen servicios en materia de reproducción asistida son incluso escasas.

Para lograr el objetivo de esta investigación, realicé trabajo de campo durante el periodo de septiembre de 2017 a mayo de 2018 en: 1) una clínica privada de alto prestigio en México y a nivel mundial y 2) en una institución pública de salud experta en la materia, en este caso el Instituto Nacional de Perinatología.

Cabe resaltar que para mi investigación fue de suma importancia acercarme a instituciones tanto públicas como privadas con la finalidad de conocer y comparar: 1) los servicios ofrecidos en materia de reproducción asistida y en qué consisten éstos; 2) qué actores participan en los tratamientos y cuáles son sus discursos en torno al cuerpo y las emociones de las y los usuarios y; 3) las experiencias corporales y emocionales de las y los usuarios durante un tratamiento.

A continuación muestro una descripción más detallada de los contextos en los que realicé trabajo de campo.

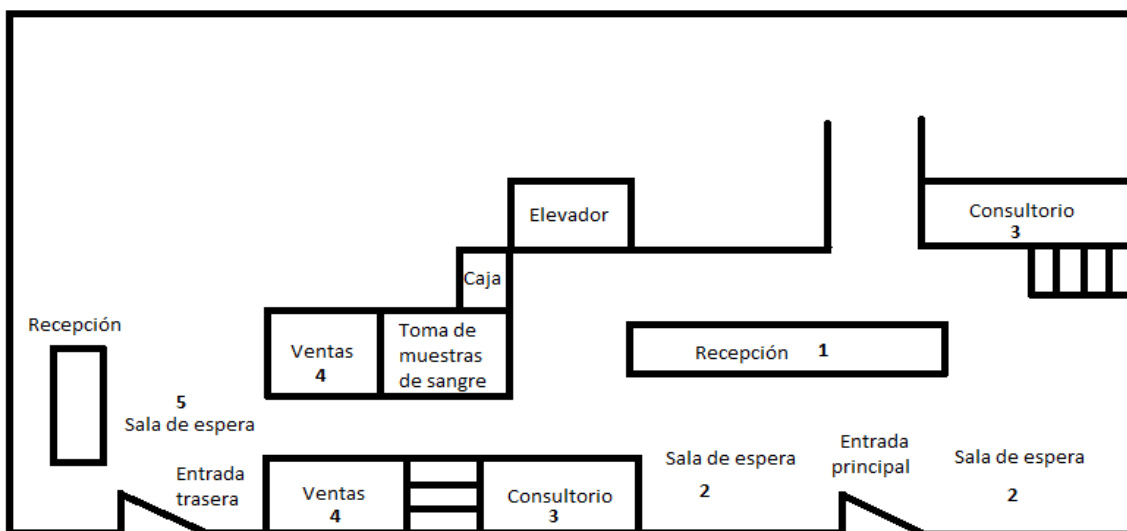
II.1 LA CLÍNICA PRIVADA

Esta clínica privada enfocada a la reproducción asistida, comenzó sus labores en 2009 y cuenta con 10 sucursales en el país. En 2016 se asoció con una empresa médica de alto prestigio a nivel mundial especializada en reproducción humana medicamente asistida, la cual tiene su sede en España. Esta última inició sus labores hace casi 30 años y cuenta con 70 clínicas distribuidas en los continentes europeo y americano.

La clínica privada se encuentra ubicada en Polanco, una de las zonas más cotizadas de la Ciudad de México, ésta se encuentra en una esquina donde se cruzan dos avenidas importantes de esa zona.

Las estaciones de metro más cercanas son Chapultepec de la línea 1 (rosa) y Polanco de la línea 7 (naranja), las cuales se encuentran de la clínica a aproximadamente 15 minutos caminando. Otra forma de llegar a este centro de reproducción asistida es en automóvil, ya sea particular o un taxi desde el metro.

La fachada del edificio en el cual se encuentra la clínica, es de color beige y sobre las puertas de cristal de la entrada se encuentra el logo de la empresa.



Croquis 1. “Croquis del espacio físico de la clínica privada”. Elaboración propia.

Una vez adentro, justo frente a la puerta principal, se encuentra la recepción (1). Sobre la pared de la recepción se encuentra un mapa del mundo señalando los países en donde este centro de reproducción asistida cuenta con sedes. La decoración de la clínica da la impresión de limpieza y pulcritud.

La sala de espera principal (2) está dividida en dos partes, una al lado izquierdo de la puerta principal y otra al lado derecho de ésta. En la sala de espera del lado derecho: la iluminación es un poco más oscura, se encuentran tres sillones y una pantalla de televisión, hay también una mesa de centro con revistas y periódicos con temas como: salud, moda y negocios; en la sala de espera del lado izquierdo: hay cinco sillones individuales, un dispensador de agua, y una mesa de centro con los mismos periódicos y revistas.

Los consultorios médicos (3) están localizados hacia atrás de la recepción, salvo por el consultorio de uno de los dos médicos directores de la clínica, el cual se encuentra a un costado de una de las salas de espera (2). Los consultorios cuentan con aire acondicionado, tienen un escritorio con una silla para el médico y dos para las personas a las que atienden, cuentan con una computadora, y cada consultorio tiene una camilla y una máquina para realizar ultrasonidos.

Sobre las paredes de los consultorios los médicos colocan diplomas y constancias que los acreditan como especialistas y subespecialistas en su rama. Además, colocan sobre sus estantes fotos de bebés que nacieron de algún tratamiento realizado por ellos: las cuales representan su éxito realizando tratamientos.

A la izquierda de la recepción (1) hay un pasillo que lleva hacia la entrada trasera. Sobre el pasillo se encuentran dos oficinas del área de atención al paciente (4). En estas oficinas se da información sobre ventas y costos de los tratamientos.

La sala de espera que se encuentra al fondo del pasillo (5), es llamada *la parte de atrás* y cuenta con una pequeña recepción y sillas. Para ingresar a esta área desde afuera del edificio, se hace por una puerta de color negro menos vistosa que la entrada principal. Por esta puerta ingresan el personal que labora en la clínica y los candidatos a donantes de gametos.

En la planta baja hay dos escaleras que van hacia el primero y segundo piso. Las primeras se encuentran detrás de la sala de espera (2) y suben hacia el laboratorio de andrología (al cual sólo puede ingresar personal autorizado) y hacia las salas de personal y de juntas.

Las escaleras ubicadas entre el consultorio (3) y la oficina de ventas (4), suben hacia los cuartos de estancia, la estación de enfermeras, y el consultorio psicológico.

En el segundo piso de la clínica está el consultorio de psicología. Es un cuarto de aproximadamente 4 metros cuadrados, hay un escritorio con una silla para la psicóloga, frente a éste, un sillón para dos personas y, al lado, sobre la pared un pizarrón blanco.

II.1.1 Perfiles de las y los actores de la clínica privada

Realicé un total de 12 entrevistas hechas a 8 informantes, cabe resaltar que algunos de los informantes fueron entrevistados en dos ocasiones con la finalidad de complementar la información recabada. A todos los informantes (tanto de la clínica privada como del Instituto público) se les otorgaron seudónimos.

Los entrevistados son: los directores médicos César y Noel, el andrólogo Juan, el embriólogo Alberto, la psicóloga Allison, la enfermera Diana, y del área de atención al paciente: Claudia y Alicia.

En la siguiente tabla se muestran algunos datos sobre los informantes.

Personal de la Clínica Privada								
	Ocupación dentro de la clínica	Seudónimo	Edad	Residencia	Estudios	Estado Civil	Religión	Nivel Socioeconómico
Personal Médico	Director Médico	César	46	Ciudad de México	Subespecialidad en Cirugía Reproductiva e Infertilidad	Soltero	Católica	Medio-alto
	Director Médico	Noel	40	Interlomas, Estado de México	Fellowship en Endocrinología de la Reproducción Humana	Casado	Católica	Medio-alto
Personal de Laboratorio	Director de Andrología	Juan	28	Ciudad de México	Licenciatura en Química Farmacéutica	Casado	Católica	Medio
	Embriólogo	Alberto	52	Estado de México	Licenciatura en Ingeniería Química	Casado	Católica	Medio
Personal de Enfermería	Enfermera encargada de ovodonación	Diana	24	Ciudad de México	Bachillerato en Enfermería General	Soltera	Católica	Medio
Personal de Psicología	Psicóloga	Allison	29	Ciudad de México	Estudiante de maestría en Psicología	Soltera	Creyente de Dios. No cree en la Iglesia como Institución	Medio
Personal de Atención al Paciente	Recepción	Claudia	28	Ciudad de México	Licenciatura en Mercadotecnia	Casada	Católica	Medio
	Ventas	Alicia	50	Ciudad de México	Contadora Pública con maestría en Calidad Total	Soltera	Católica	Medio

Tabla 1. “Personal de la clínica privada”. Elaboración propia.

A continuación detallaré los perfiles de los informantes.

César

El médico César de 46 años de edad, reside en Ciudad de México: es soltero y profesa la religión católica. El director médico César cuenta con una trayectoria de estudios universitarios por arriba de los 12 años, realizó sus estudios de

licenciatura en la Universidad Anáhuac, y cursó su especialidad en Ginecología y Obstetricia en el Instituto Nacional de Perinatología. Después de su especialidad estudió en Estados Unidos un posgrado en cirugía reproductiva. Durante su posgrado, se percató de que la mayoría de las mujeres que entraban a cirugía acudían después a algún tipo de tratamiento de reproducción asistida, así fue como se interesó por esta rama.

Noel

El médico Noel de 40 años, reside en Interlomas, Estado de México: es casado y profesa la religión católica. El director médico Noel tiene una carrera de estudios universitarios por arriba de los 12 años, estudió su licenciatura en la Universidad Panamericana y obtuvo su especialidad en Ginecología y Obstetricia en la Universidad Nacional Autónoma de México. Desde que cursaba la preparatoria se interesó por la medicina al ver un parto, así decidió ingresar a la carrera de medicina. Durante la carrera se interesó por la ginecología y la obstetricia, una vez dentro de esa especialidad, se percató de que muchas mujeres no podían embarazarse: fue así como surgió su interés por la reproducción asistida. Estudió infertilidad 2 años más en Estados Unidos.

Juan

El andrólogo Juan de 28 años, reside en Ciudad de México: es casado, profesa la religión católica y estudió la licenciatura en Química Farmacéutica. Durante su carrera se interesó por cuestiones de reproducción. Al finalizar sus estudios, envió su currículum a la clínica privada y fue aceptado, en donde actualmente se desempeña laboralmente como director del laboratorio de andrología.

Alberto

El embriólogo Alberto de 52 años, reside en el Estado de México: es casado, profesa la religión católica y es Ingeniero Químico. Antes de trabajar en la clínica privada, se encontraba en otro laboratorio privado en donde se dedicaba a la realización de cultivos celulares de piel. Ingresó a la cadena afiliada a esta clínica

para realizar medios de cultivo. Al demostrar su experiencia en esa área, fue trasladado al laboratorio de fecundación *in vitro* en donde se dedica al cultivo de embriones.

Diana

Diana de 24 años, reside en Ciudad de México: es soltera, profesa la religión católica y es enfermera de ovodonación. Estudió el bachillerato en enfermería porque le interesaba la ginecología. Llega a trabajar a la empresa con la que se fusionó esta clínica privada de Polanco gracias a contactos con médicos dedicados a esta rama.

Allison

Allison de 29 años, reside en Ciudad de México: es soltera, es creyente de Dios (aunque no profesa alguna religión), y es psicóloga de la clínica privada. Estudió su licenciatura en Psicología en la FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Realizó dos diplomados: el primero en “Psicología clínica” en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y en la Facultad de Medicina de la UNAM; mientras el segundo en “Entrenamiento en análisis de la conducta clínica en terapias conductuales de tercera generación”. Hace cuatro años tuvo su primer acercamiento a la reproducción asistida, al ingresar a laborar al Hospital “La Raza”, aquí trabajó durante dos años en el área de gineco-obstetricia atendiendo a población con diagnóstico de cáncer de mama y del área de reproducción asistida.

Claudia

Claudia, una de las trabajadoras de la recepción: tiene 28 años, reside en Ciudad de México, estudió la licenciatura en mercadotecnia, es casada y profesa la religión católica. Al momento de su ingreso (hace dos años), la clínica pasaba por el proceso de la fusión con la empresa española dedicada a la reproducción asistida.

Alicia

Alicia de 50 años, reside en Ciudad de México: cuenta con una licenciatura como Contador público y un posgrado en “Calidad total”, es soltera y profesa la religión católica. Alicia Ingresa a trabajar a esta clínica por recomendaciones de un conocido. Anteriormente se dedicaba a la venta de automóviles.

Usuarios

Por lo que se pudo observar, entre los usuarios de la clínica privada tenemos a personas de nivel socioeconómico medio a alto. Asisten personas que pueden costear automóviles, celulares y bolsas de mano de marcas reconocidas por su alto costo.

Según testimonios del personal de la clínica, entre los usuarios tenemos a: economistas, abogados, comerciantes, corredoras de bolsa y gerentes que cuentan con presupuesto para pagar los tratamientos, algunos pagando hasta por cuatro o cinco intentos de Fecundación *In Vitro* (FIV).

A pesar de que se observó que la mayoría de los usuarios contaban con un ingreso económico de medio a alto, los informantes comentan que también llegan personas de nivel socioeconómico bajo. Sin embargo, durante el trabajo de campo no observé a alguno de estos usuarios.

II.1.2 Los servicios ofrecidos por la clínica privada en materia de reproducción asistida

Tal como comentan los médicos César y Noel (2017), en esta clínica se ofrecen tratamientos de reproducción asistida como son:

1) Baja complejidad:

-Coito programado (relaciones sexuales controladas): En esta técnica se trata de hacer coincidir la ovulación con las relaciones sexuales de la pareja. Para esto se

vigila con ultrasonidos el ciclo menstrual de la usuaria, y se espera la ovulación de forma natural o se induce por medio de medicamentos suministrados vía oral; se calcula el día de la ovulación y con ello el momento idóneo en que la pareja debe tener relaciones sexuales³.

-Inseminación intrauterina (ya sea con semen de la pareja o con semen de donante): De igual forma que en el coito programado, se vigila el ciclo menstrual, salvo que en esta técnica se induce la ovulación y se utiliza una mayor dosis de medicamento. Se agregan medicamentos inyectables esperando una mayor respuesta del cuerpo de la usuaria y mediante vigilancia médica se determina el momento de la ovulación. En ese momento se prepara la muestra espermática (de la pareja o de donante) y el médico la coloca dentro del útero con ayuda de material específico para esta labor.

2) Alta complejidad:

-Fecundación *In Vitro* (FIV): En esta técnica se estimula a la usuaria con medicamentos inyectables para hacer crecer varios folículos ováricos, esto con la finalidad de que al cabo de 10 o 12 días, se puedan extraer óvulos maduros de su cuerpo. Fuera del cuerpo, en el laboratorio, se coloca al óvulo con una muestra espermática (de la pareja o de un donante) en un caja de Petri y se lleva a cabo la fecundación *in vitro*. En incubadoras especiales se vigila el desarrollo embrionario, y entre el día 3 al día 5 se transfiere al embrión dentro del útero, sin embargo el momento idóneo para hacerlo es el día 5 cuando el embrión ha llegado a una etapa en la que se le denomina *blastocisto*.

-Inyección Intracitoplasmática (por sus siglas en inglés ICSI): Es una técnica en la cual se prepara hormonalmente al cuerpo femenino de la misma forma como se hace para la fecundación *in vitro*; sin embargo, la fecundación en el laboratorio no se lleva a cabo *in vitro*, sino que se inyectan los espermatozoides directamente al óvulo para fecundarlo con ayuda de un microscopio.

³ Recuperado de: *Reproducción Asistida ORG* (consultado el 18 de mayo de 2018).
<https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/>

-Estudio Genético Preimplantatorio (por sus siglas en inglés PGS): Es un escaneo genético que se hace al embrión antes de la transferencia embrionaria (en el día tres o cinco de la fertilización) por medio de una biopsia, en casos en que se ha tenido un hijo con alguna enfermedad genética, existe riesgo de enfermedades de este orden, así como en casos en los que la usuaria tiene antecedentes de abortos espontáneos repetidos. Este estudio permite ver, en el embrión, si existe alguna enfermedad genética e incluso permite saber el sexo del embrión antes de la transferencia.

-Tratamientos de ovodonación: Consiste en obtener ovocitos de jóvenes donantes de entre 18 y 25 años de edad, y de preferencia que ya hayan estado embarazadas. A la donante se le estimula con medicamentos para producir de 10 a 12 óvulos aproximadamente. Una vez pasado el tiempo de estimulación, se hace una punción ovárica para extraer los ovocitos y éstos se fecundan con una muestra espermática de la pareja o de un donante. Los embriones producto de esa fertilización, se criopreservan (se congelan en nitrógeno líquido) o se transfieren al útero de la usuaria que ha sido previamente estimulada con medicamento.

-Banco de semen: Se reclutan varones jóvenes que desean donar su muestra espermática. A los donantes se les realizan distintos exámenes biométricos, serológicos y genéticos con la finalidad de asignarlos como candidatos al banco de semen. La prueba espermática se *capacita*, esto quiere decir que se seleccionan los espermatozoides más aptos para la fertilización, y la muestra se criopreserva hasta que un usuario la selecciona.

-Criopreservación de la fertilidad: Es una técnica en la cual se congelan los gametos (semen u óvulos), en nitrógeno líquido y se guardan hasta que el usuario desee utilizarlos, pagando por el procedimiento de extracción de los óvulos más anualidades.

Los costos de los servicios ofrecidos son los siguientes (Alicia, 2017):

Costos		
	Servicio	Costo
Tratamientos	Fecundación In Vitro	\$80, 000
	Ovodonación	\$126,00
	PGS	\$70, 000
Banco de semen	Muestra de donante Extranjero	\$28, 000
	Muestra de donante Nacional	\$24, 000
Criopreservación	Muestra de óvulos	\$50, 000 (por estimulación y punción) + \$7,000 (anualidad)
	Muestra de semen	\$8, 000 (anualidad)
	Embriones	\$80, 000 (por FIV) + \$7, 000 (anualidad)

Tabla 2. “Costo de los servicios ofrecidos por la clínica privada”.
Elaboración propia.

Para ingresar como usuario a la clínica de Polanco, se debe programar una cita de primera vez, vía telefónica con Claudia: una de las empleadas de recepción. El día de la cita, en la recepción se registran las o los usuarios, y Claudia entrega a éstos una credencial distintiva como “usuario de primera vez”.

Las empleadas de la Recepción son las encargadas de llevar el control de las citas: de los médicos, la psicóloga y las citas para estudios de laboratorio. Ellas agendan las citas, dan seguimiento vía telefónica a los usuarios y se encargan de hacerlos pasar a sus estudios de laboratorio; los atienden en la sala de espera y les entregan presupuestos de estudios o medicamentos.

Si se trata de una visita de primera vez, antes de pasar a consulta con el médico, los usuarios son llamados por una trabajadora (del área atención al paciente) dedicada a la venta de los tratamientos. Alicia los hace pasar a su oficina donde

ofrece a los usuarios una plática introductoria sobre la clínica, además de preguntar por sus datos y su interés por recibir tratamiento.

En la clínica hay 5 enfermeras en el área de consulta, mientras que en quirófano se encuentran una enfermera y un enfermero. Las enfermeras del área de consulta toman los signos (talla, peso, presión) a los usuarios, previo a pasar a consulta médica. Posteriormente, una vez que han salido de consulta, si el médico ha solicitado algún estudio de laboratorio, son las enfermeras quienes dan instrucciones a los usuarios de cómo presentarse a sus estudios, así como de la aplicación de los medicamentos.

Los médicos se distinguen por portar bata blanca, característica de su profesión. En la clínica hay 6 médicos que atienden cada uno de 10 a 15 usuarios por la mañana y alrededor de 7 por la tarde.

En una cita de valoración, los médicos César y Noel escuchan los casos de usuarios heterosexuales, homosexuales, que acuden en pareja e individualmente, y se les explica el tratamiento más adecuado según su caso y en qué consiste.

Si se trata de una consulta de seguimiento, entonces el médico revisa y valora a los usuarios: en ocasiones ayudado por estudios de laboratorio o ultrasonidos. Las citas de valoración duran aproximadamente una hora, y las de seguimiento pueden tardar de entre 15 minutos a una hora, dependiendo del caso que el médico atienda.

Una vez terminada la consulta de valoración con el médico, los usuarios regresan al área de ventas. Para esto, el médico hizo llegar a esta área la información sobre el tratamiento indicado. Posteriormente, Alicia explica a los usuarios en qué consiste el tratamiento y los costos ofrecidos por la clínica.

Terminada la consulta de valoración, el primer análisis médico solicitado a la pareja, es el espermiograma⁴, para lo cual, el varón se dirige al masturbatorio para

⁴ Estudio médico realizado a la muestra seminal para medir el nivel de pH, volumen, viscosidad, el recuento y la morfología de los espermatozoides. Recuperado de: *IREMA* (consultado el 23 de julio de 2018). <https://www.irema.org/seminograma/>

obtener su muestra espermática y posteriormente entregarla al laboratorio de andrología para que ésta sea analizada por el andrólogo Juan.

Los varones que acuden a la clínica privada lo hacen: 1) como donante contratado por la clínica, 2) en compañía de su pareja heterosexual o, 3) como acompañante y donante de semen para usuarias que buscan ejercer la lesbomaternidad o para una usuaria que busca ejercer la maternidad individualmente.

En el laboratorio de andrología, a las muestras de semen se les *capacita*, esto es que se escogen los mejores espermatozoides de una muestra seminal; se les realizan estudios como pruebas de cariotipo (cromosómicas) y pruebas serológicas para determinar si existe alguna infección; se revisa su calidad, como morfología, movilidad y conteo de los espermatozoides; y se criopreservan (Juan, 2017).

Entre las muestras seminales que se analizan en el laboratorio de andrología, se encuentran las de los donantes. Además, en esta área, Juan, director de andrología, determina si el varón candidato a donante formará parte del catálogo de la clínica.

Los requisitos para ser donante de semen son: edad de 20 a 30 años, no fumar ni beber (o hacerlo esporádicamente), no tener enfermedades infecciosas, demostrar en los estudios de laboratorio buena capacidad de reproducción. A diferencia de las candidatas a donantes de óvulos, a los varones no se les realizan pruebas psicológicas.

Una vez que un varón ha sido aceptado como donante de semen pasa a formar parte del *catálogo de donantes* de la clínica, del cual los usuarios que requieren de una muestra pueden elegir a quien más les atraiga.

Según el andrólogo Juan (2018), el catálogo de la clínica cuenta con muestras espermáticas de 12 varones extranjeros y de 25 nacionales. Los datos de los donantes contenidos en dicho catálogo son: color de cabello, color de ojos, color de tez, estatura, peso, tipo de cabello y profesión.

El catálogo no cuenta con fotos ni nombre de los donantes, ya que las donaciones son totalmente anónimas en ambos sentidos (esto significa que el donante desconoce a quien dona su muestra y los receptores desconocen la identidad del donante). A los donantes se les da una retribución económica de entre \$1,000 y \$1,500 pesos mexicanos.

Si en una consulta médica, César o Noel determinan que el tratamiento de reproducción asistida requiere de una ovodonación, entonces se solicita a una donante con la médica responsable del área de ovodonación.

En la clínica, hay una médica encargada de los procedimientos de ovodonación, quien siempre actúa acompañada de una enfermera; este es el caso de Diana. Ambas explican el proceso de donación a las candidatas a donantes y les hacen entrevistas para conocer sus antecedentes familiares y personales, y les explican la aplicación del medicamento.

A pesar de que hay 4 enfermeras más, que al igual que Diana cuentan con conocimientos sobre el área de ovodonación: sólo ella es quien puede tomar decisiones junto con la médica responsable.

Los requisitos para ser donante de óvulos son: tener una edad de entre 18 a 25 años; no tener historial familiar con enfermedades crónicas o con patologías psicológicas, tales como depresión o tendencias suicidas; no tener enfermedades infecciosas; es preferible haber tenido al menos un embarazo (esto como muestra de la capacidad de reproducción); no tener tatuajes y no consumir drogas (Noel, 2017).

A las jóvenes que son candidatas para donantes de óvulos se les realizan estudios para comprobar que no tienen enfermedades hereditarias e infecciosas, que cuentan con un buen historial clínico y que tienen buena capacidad reproductiva.

Además de estos estudios médicos, se les realiza una prueba psicológica, en la cual la psicóloga entrevista a las candidatas para conocer la razón por la cual

buscan donar sus óvulos y acepta sólo a las candidatas que desean hacerlo por altruismo y no únicamente por la retribución económica.

Una vez que se acepta a una donante de óvulos, ésta pasa a formar parte del catálogo de la clínica. A este catálogo no tienen acceso los usuarios. Cuando una usuaria requiere de una ovodonación, el médico, con la ayuda de Diana y la médica responsable de ovodonación, revisan el catálogo y escogen a la donante que les resulte más parecida físicamente a la usuaria solicitante de este tratamiento (Noel, 2017).

Iniciado el tratamiento de ovodonación, se estimula con hormonas, tanto a la usuaria receptora como a la donante (quien previamente se encuentra tomando anticonceptivos). A la donante se le estimula para poder extraerle ovocitos⁵ y fertilizarlos, y a la solicitante se le estimula con la finalidad de imitar en el organismo el proceso de ovulación para la futura implantación del embrión. Se hace coincidir los ciclos de ambas, se fertilizan los ovocitos con una muestra espermática de la pareja o de un donante y tras cinco días de fertilización, son transferidos los embriones (máximo dos) al útero de la usuaria receptora.

La confidencialidad de la donación de óvulos es bilateral: lo que significa que la donante no sabe a quién dona sus gametos, y la receptora desconoce a quién pertenecen los óvulos que solicitó. La donación de óvulos tiene una retribución económica para la donante de \$10,000 a \$15,000, cantidad que puede variar por ejemplo: si la donante llega tarde a algún procedimiento o si no se aplica de manera adecuada el medicamento.

Los tratamientos ofrecidos por la clínica son de carácter multidisciplinario, esto quiere decir que cada tratamiento es atendido desde distintas áreas como la médica y la psicológica.

⁵ “Hablando específicamente de la especie humana, el ovocito se convierte en óvulo hasta el momento de la fecundación”. Recuperado de: *Reproducción-Asistida.mx* (consultado el 23 de julio de 2018). <https://reproduccion-asistida.mx/ovocito-y-ovulo/>

La psicóloga de la clínica, Allison, porta, al igual que los médicos, una bata blanca. Ella participa en distintos procesos tales como: 1) ofrecer consultas a los usuarios de reproducción asistida que expresan algún malestar emocional y 2) realiza una entrevista psicológica a las candidatas de óvulos. Allison es quien toma la última decisión sobre quién forma parte del catálogo de donantes de la clínica.

Un área importante de la clínica es el laboratorio de embriología, dentro de él se realizan procedimientos como la ICSI (Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides), la criopreservación de gametos y de embriones, el PGS (Diagnóstico Genético Preimplantatorio) y la FIV (Fecundación *In Vitro*).

Realizar procedimientos como la ICSI requiere de una alta destreza manual, así como de la existencia del equipo y material adecuado para realizarlo. En el laboratorio, el embriólogo manipula cuidadosamente unas micropipetas con las cuales, viendo a través de un microscopio que cuenta con una placa termo-calefactada, sostiene al óvulo e inyecta el espermatozoide para fecundarlo, cabe señalar que el espermatozoide es tomado de una muestra previamente *capacitada* (Juan, 2017).

Para poder realizar este tipo de procedimientos, es esencial el estricto control del ambiente dentro del laboratorio: tales como el nivel de oxígeno, de dióxido de carbono y la temperatura de las incubadoras para el desarrollo embrionario. Además, para poder acceder, se debe estar perfectamente aseado, sin lociones y sin usar productos que contengan partículas volátiles.

II.2 EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA “ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES”

El Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” es un Instituto de Salud público descentralizado, a cargo del Gobierno Federal. Fue inaugurado bajo ese nombre el 8 de diciembre de 1977 y se dedica a la investigación, la formación médica y la atención de la salud reproductiva y la trayectoria perinatal.

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) se encuentra ubicado en la colonia Lomas Virreyes, delegación Miguel Hidalgo. La zona aledaña al Instituto alberga grandes edificios con oficinas, casas de lujo, restaurantes, centros comerciales, edificios habitacionales, supermercados de gama alta y distintos comercios.

La forma más sencilla de llegar es tomar una combi desde la estación Observatorio de la línea 1 del metro. Esa combi llega hasta INPer y ahí hace parada de regreso a metro Observatorio.

Afuera de la entrada principal, ubicada en la calle Montes Urales y sobre la calle perpendicular a ésta (Vosgos), se encuentran puestos ambulantes y semifijos, los cuales en su mayoría se dedican a la venta de comida a usuarios del Instituto y a choferes de las combis.

La fachada del Instituto es de color naranja y cuenta con tres edificios: la torre de hospitalización, el edificio administrativo y la torre de investigación.



Croquis 2. “Croquis de INPer”. Elaboración propia.

Los tres edificios se encuentran conectados al interior.

INPer cuenta con cuatro entradas. Por todas ellas puede ingresar el personal que labora en el Instituto. Los usuarios únicamente pueden ingresar por la puerta del área de hospital (4), ubicada sobre la calle Montes Urales.

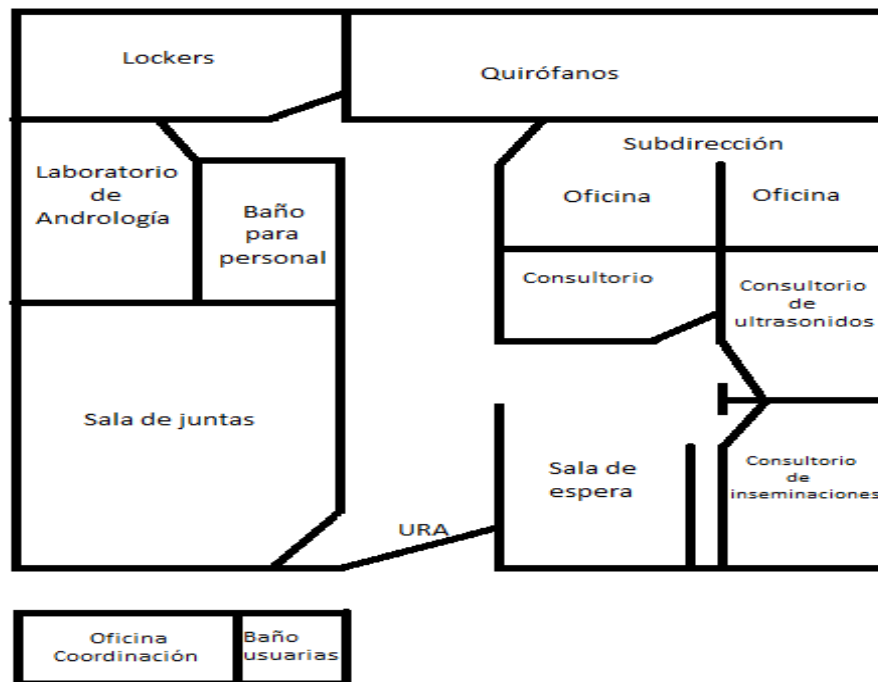
Las áreas de interés para mi investigación y en donde realicé trabajo de campo son: 1) la Unidad de Reproducción Asistida (URA), ubicada en el tercer piso del edificio de hospitalización (1); 2) Consulta Externa, ubicada en la planta baja del hospital (1) y; 3) los Consultorios de Psicología, ubicados en la planta baja de la torre de investigación (3).

A continuación describiré con mayor detalle estas áreas.

1) Unidad de Reproducción Asistida

Para ingresar a la Unidad, se cruza una puerta grande de cristal que con letras mayúsculas de color blanco dicen: “Unidad de Reproducción Asistida”.

Cruzando la puerta de cristal, de frente hay un pasillo que conduce de lado derecho a los consultorios de ultrasonidos e inseminación y a una pequeña sala de espera, de lado izquierdo conduce a la sala de juntas, y al fondo hacia la subdirección de Reproducción Humana, los quirófanos y el laboratorio de andrología.



Croquis 3. “Croquis de la Unidad de Reproducción Asistida en INPer”. Elaboración propia.

De lado derecho del pasillo se encuentra una sala de espera con bancas de plástico color azul para 10 personas. Esta sala de espera es el lugar principal en el que se reúnen las usuarias esperando pasar a los procedimientos a los que fueron citadas.

El consultorio (Fotografía 1) de ultrasonidos es el cuarto más visitado por las usuarias de la URA.



Fotografía 1. “Consultorio de ultrasonidos de la Unidad de Reproducción Asistida (URA)”. Autoría: Grace Méndez Luna.

Del otro lado del pasillo, se encuentra la sala de juntas para médicos adscritos y residentes. En el centro de la sala se encuentra una mesa redonda; un pizarrón blanco grande, sobre el cual los médicos anotan los datos de las usuarias y el seguimiento de sus tratamientos y; hay dos estantes altos con carpetas que contienen información sobre las parejas usuarias.

Frente a la oficina de la subdirección, se encuentra el laboratorio de andrología. En este cuarto se encuentra un estante con un microscopio y frente a la puerta un escritorio de metal. A este laboratorio llegan los usuarios varones a solicitar cita y a entregar sus muestras espermáticas.

Entre la oficina de la subdirección y el laboratorio de andrología se encuentra una puerta que lleva hacia los quirófanos, el acceso es restringido y sólo se permite la entrada a personal autorizado y portando la indumentaria adecuada.

2) Consulta Externa

A esta área acudí a observar cómo se lleva a cabo la dinámica de la consulta externa y quiénes son los actores que participan en esta práctica.

El área de consulta externa se encuentra en la planta baja del edificio del hospital (1). Para ingresar se debe pasar por dos filtros. El primero, la puerta de entrada sobre la calle, y el segundo, una puerta de cristal, ambas entradas son custodiadas por personal de vigilancia.

Del lado izquierdo de la puerta se encuentran los consultorios. Un pasillo conduce hacia una sala de espera con 12 consultorios alrededor de ésta y al fondo de la sala se localizan los de infertilidad. Cuatro son los consultorios que atienden a los usuarios que ingresan a INPer por diagnóstico de infertilidad y son atendidos por médicos adscritos y residentes de la Unidad de Reproducción Asistida.

3) Consultorios de Psicología

Los consultorios de psicología se encuentran en la planta baja de la torre de investigación (3).

El área de consulta psicológica cuenta con una sala de espera y alrededor de ésta se encuentran los consultorios.

Las paredes y la iluminación de los consultorios es blanca y cuentan con poca ornamentación, apenas un sillón, una silla y un estante. La decoración del lugar causa una sensación de encierro.

II.2.1 Perfiles de los actores entrevistados

Como parte de los informantes entrevistados en INPer, entrevisté a 1) personal de la Unidad de Reproducción Asistida (URA); 2) a personal del área de Psicología y; 3) a Usuarios de la URA.

1) Personal de la Unidad de Reproducción Asistida

En la siguiente tabla se muestra un cuadro con información del personal de Reproducción Asistida entrevistado.

Personal de la Unidad de Reproducción Asistida								
	Ocupación dentro de la clínica	Seudónimo	Edad	Residencia	Estudios	Estado Civil	Religión	Nivel Socioeconómico
Personal Médico	Médico adscrito	Luis	40	Ciudad de México	Subespecialidad en Biología de la Reproducción	Soltero	Católica	Medio-alto
		Christian	36	Ciudad de México	Subespecialidad en Biología de la Reproducción	Casado	Católica	Medio-alto
		Mauricio	55	Ciudad de México	Subespecialidad en Biología de la Reproducción	Desconocido	Desconocido	Medio-alto
	Médica adscrita	Areli	35	Ciudad de México	Subespecialidad en Biología de la Reproducción	Soltera	Católica	Medio-alto
		Paulina	32	Ciudad de México	Subespecialidad en Biología de la Reproducción	Soltera	Cristiana	Medio-alto
	Médica Residente	Marcia	34	Ciudad de México	Estudiante de subespecialidad en Biología de la Reproducción (R6)	Soltera	Católica	Medio-alto
		Jimena	35	Ciudad de México	Estudiante de subespecialidad en Biología de la Reproducción (R6)	Casada	Católica	Medio-alto
Personal de Enfermería	Enfermera	Erika	46	Ciudad de México	Carrera técnica en Enfermería	Soltera	Católica	Medio
		Elizabeth	49	Ciudad de México	Licenciatura en Enfermería	Soltera	Católica	Medio
		Eleonor	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Medio
Personal Administrativo	Secretaria	Sofía	38	Ciudad de México	Carrera de Secretaria	Soltera	Católica	Medio

Tabla 3. "Personal de la Unidad de Reproducción Asistida". Elaboración propia.

Personal Médico

Los médicos adscritos son quienes laboran con un puesto fijo dentro de INPer. Ellos cuentan con una subespecialidad en biología de la reproducción y son los responsables de atender a los usuarios de reproducción asistida.

Los médicos adscritos, al igual que en el hospital privado cuentan con una trayectoria de estudios médicos de más de 12 años. Todos cuentan con una licenciatura como médico general, una especialidad en Ginecología y Obstetricia y una subespecialidad en Biología de la Reproducción. Algunos de ellos hicieron su residencia en el Instituto y después de haberla concluido, continuaron laborando ahí.

Ya que INPer es también un centro de formación médica, en esta área, médicos gineco-obstetras se forman en la subespecialidad de Biología de la Reproducción.

Los médicos estudiantes son llamados *residentes*. La residencia médica se enumera por niveles del 1 al 6 y cada uno corresponde a un año. La residencia en la especialidad de Ginecología y Obstetricia va del R1 al R4. El R5 y R6 son los niveles de estudio en los que se encuentran los médicos estudiantes de la subespecialidad en Biología de la Reproducción.

En la Unidad de Reproducción Asistida los quehaceres de los médicos adscritos están programados según el día de la semana. De lunes a viernes el personal médico lleva a cabo labores tales como: dar consulta externa, realizar ultrasonidos, realizar cirugías, capturas de ovocitos o transferencias embrionarias.

Todos los procedimientos son realizados por médicos adscritos en compañía de médicos residentes y de las enfermeras de la URA.

Personal de Enfermería

En la URA laboran 3 enfermeras. Ellas se dedican a realizar tareas como: atender a las usuarias previo a pasar a un procedimiento como ultrasonidos, cirugías, capturas de ovocitos o transferencias de embriones, explicándoles cómo deben alistarse y qué documentos deben entregar; se dedican también a orientar a las usuarias en la forma en cómo aplicar el medicamento; asimismo se encargan de realizar pedidos de material médico y; colaboran en los procedimientos junto a médicos adscritos y médicos residentes.

Erika, de 46 años, es una de las enfermeras de la URA, reside en Ciudad de México, es soltera y profesa la religión católica. Tiene 7 años de labor en esta área e ingresó a INPer en 1994 por recomendación de una amiga de la escuela.

Por su lado, Elizabeth de 49 años, reside en Ciudad de México, es soltera y profesa la religión católica. Elizabeth tiene 2 años y medio laborando en reproducción asistida e ingresó a INPer en 1990 aplicando para la bolsa de trabajo del Instituto.

Personal Administrativo

Entre el personal médico administrativo, encontramos a Sofía, de 38 años de edad, quien reside en Ciudad de México, es soltera y profesa la religión católica. Sofía, la secretaria de la coordinación de reproducción asistida, llegó a INPer hace seis años e ingresó enviando su solicitud y realizando sus exámenes para poder laborar en el Instituto.

Anteriormente trabajó durante dos años y medio en una clínica privada. Al ingresar al Instituto se encontraba en el área de “cuentas por pagar”, después fue transferida a reproducción asistida donde labora actualmente atendiendo a usuarias los asuntos administrativos del área.

Personal de Laboratorio

Los miembros varones de las parejas usuarias de TRA, llegan a esta área a dejar su muestra espermática para ser evaluada o; para que la muestra sea capacitada y sean realizados procedimientos como la FIV o la ICSI.

En este servicio, los embriólogos del Instituto se dedican a fertilizar los ovocitos recolectados, con métodos como la FIV o la ICSI, durante una captura, así como a observar el desarrollo embrionario y a criopreservar los embriones y gametos.

2) Personal de psicología

Además de entrevistar a personal de Reproducción Asistida, se entrevistó a personal de Psicología del Instituto.

A continuación se muestra un cuadro con sus datos.

Personal del área de Psicología								
	Ocupación dentro de la clínica	Seudónimo	Edad	Residencia	Estudios	Estado Civil	Religión	Nivel Socioeconómico
Personal de Psicología	Psicóloga Clínica	Dalia	67	Ciudad de México	Doctorado en Psicología	Casada	Ninguna	Medio-alto
	Psicólogo Clínico	Rodrigo	59	Ciudad de México	Doctorado en Psicología	Casado	Ninguna	Medio-alto

Tabla 4. “Personal del área de Psicología”. Elaboración propia.

Si bien el área de psicología no se encuentra en la Unidad de Reproducción Asistida, la terapia psicológica es un servicio ofrecido a los usuarios de la URA.

Cuando las parejas ingresan al Instituto, se les realiza una entrevista psicológica para determinar si requieren del servicio. Si este es requerido, entonces la pareja es canalizada al área de psicología.

A cada usuario se realiza una valoración y un plan de tratamiento, basados en protocolos previamente establecidos. Los planes de tratamiento calculan que, al cabo de 6 meses, la persona puede ser dada de alta.

En este servicio se ofrece la modalidad de terapia en grupo y es de carácter abierto, es decir la usuaria o la pareja se pueden retirar en el momento que lo deseen.

Los dos psicólogos a quienes entrevisté, cuentan con una larga trayectoria de labor e investigación dentro del Instituto. Con más de 25 años de experiencia, ellos son quienes han tenido mayor acercamiento con los usuarios de reproducción asistida que acuden a terapia psicológica.

La psicóloga Dalia cuenta con un doctorado en Psicología. Anteriormente laboró para el Gobierno Federal en la Escuela Nacional de Ciegos. Ingresó a INPer en 1988 por invitación de un colega suyo. Ella y el psicólogo que la invitó a trabajar en el Instituto, comenzaron con la implementación de un modelo diferente en la atención psicológica. Ese modelo consistió en realizar “[...] una historia clínica muy completa [...] un diagnóstico, un pronóstico y un plan de tratamiento [...] con un enfoque psicodinámico de análisis” (Dalia, 2018). La doctora es especialista en terapias de grupo para parejas y es la encargada de llevarlas a cabo.

El psicólogo Rodrigo cuenta con un doctorado en Psicología. Cuenta con una trayectoria de experiencia de 25 años dentro del Instituto. A su entrada, se desarrolló un programa de atención psicológica para grupos específicos. Durante los 25 años que tiene laborando en el Instituto, el doctor ha sido el encargado de atender a los usuarios de reproducción asistida canalizados a esta área.

3) Usuarios

Dentro del Instituto, entrevisté a un total de 24 personas usuarias de la URA, entre las y los usuarios se encuentran: 1) 15 usuarias, 2) un varón y 3) 4 parejas. Todos los usuarios comenzaron ciclo el día 22 de febrero de 2018.

A continuación se muestran tablas con datos sobre las y los usuarios entrevistados.

1) Usuaris de la URA entrevistadas

Usuaris de la URA entrevistadas											
Tratamiento en URA	Seudónimo	Edad	Ocupación	Estudios	Residencia	Estado Civil	Religión	Nivel Socioeconómico	Ciclos realizados	Tiempo en INPer	Beta
FIVTE	Jessica	42	Gerente de compras en Palacio de Hierro	Ingeniería Industrial con posgrado en Finanzas	Ciudad de México	Casada	Católica	Medio	1 FIVTE en clínica privada, primer FIVTE en INPer	6 meses	Desconocido
	Noemí	34	Abandonó su empleo como Trabajadora Social	Licenciatura en Trabajo Social	Ciudad de México	Casada	Católica	Medio	3 inseminaciones artificiales, 1 FIVTE	8 años	Negativa
	Daniela	38	Ingeniera Industrial	Licenciatura en Ingeniería Industrial	Estado de México	Casada	Católica	Medio	Primer FIVTE	2 años	Positiva
	Mariana	32	Administradora	Licenciatura en Administración pública	Estado de México	Unión libre	Católica	Medio	Segundo FIVTE	Desconocido	Desconocido
	Paola	32	Desconocido	Licenciatura en Turismo	Tultepec, Estado de México	Unión libre	Católica	Medio	Primer FIVTE	2 años	Desconocido
	Arcelia	37	Hogar	Licenciatura trunca en Ciencias de la Comunicación	Ciudad de México	Casada	Ninguna. Creyente de Dios	Medio	Primer FIVTE	1 año y medio	Desconocido
	Margarita	36	Comerciante	Preparatoria	Ciudad de México	Unión libre	Católica	Medio	3 Inseminaciones, Segundo FIVTE	4 años	Positiva
	Lourdes	38	Comerciante	Carrera técnica en Sistemas	Ciudad de México	Casada	Católica	Medio	Primer FIVTE	3 años	Desconocido
	Karina	31	Hogar	Secundaria	Teotihuacán, Estado de México	Unión libre	Católica	Medio	Desconocido	Desconocido	Desconocido
	Rosario	27	Hogar	Secundaria	Estado de México	Unión libre	Católica	Medio	3 Inseminaciones, Segundo FIVTE	6 años	Desconocido
	Bertha	31	Hogar	Secundaria	Ciudad de México	Casada	Católica	Medio	Primer FIVTE	Desconocido	Desconocido
Inseminación Artificial	Montserrat	35	Abandonó su empleo como Empleada bancaria	Licenciatura en Administración	Querétaro	Casada	Cristiana	Medio	Primera inseminación artificial	6 meses	Desconocido
	Violeta	25	Hogar	Primaria	Estado de México	Unión libre	Católica	Bajo	Primera inseminación artificial	2 años	Desconocido
	Dulce	Desconocido	Hogar	Preparatoria	Desconocido	Casada	Creyente de Dios	Medio	Coito programado por seis meses, 2 inseminaciones artificiales	3 años	Desconocido
Beta positiva al entrar a URA	Victoria	31	Empleada bancaria	Licenciatura en Administración	Ciudad de México	Casada	Católica	Medio	0	4 meses	Positiva

Tabla 5. "Usuaris entrevistadas". Elaboración propia.

Jessica

De 42 años de edad, Jessica es gerente de compras, vive en Ciudad de México, es casada y de religión católica. Lleva tres años buscando el embarazo. Hace un

año se realizó una fecundación *in vitro* en una clínica privada y su resultado fue negativo. Llega a INPer hace seis meses por recomendación de amistades. En INPer la canalizan a reproducción asistida después de realizarle exámenes médicos que comenta no le fueron realizados en la clínica privada. Por su edad le asignaron tratamiento de Fecundación *In Vitro* y Transferencia Embrionaria (FIVTE).

Noemí

De 34 años de edad, Noemí abandonó su empleo como trabajadora social para poder asistir a sus consultas, vive en Ciudad de México, es casada y de religión católica. Llega a INPer hace ocho años para tratarse su diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico. Fue canalizada a reproducción asistida hace tres años, deseando embarazarse desde hace cinco años. Dentro de la URA ha tenido varias inseminaciones y esta es su primera fecundación *in vitro*.

Daniela

De 38 años de edad, Daniela es ingeniera industrial, vive en Estado de México, es casada y de religión católica. Llega a INPer hace dos años por diagnóstico de infertilidad. En el Instituto, a ella y a su pareja les realizaban estudios y les recetaban tratamiento. El alta del tratamiento de uno de los dos no coincidía con el alta del otro, por lo que debían seguir esperando hasta que el alta de ambos coincidiera. A ella le diagnosticaron hipotiroidismo y su esposo estuvo en tratamiento en andrología alrededor de un año. Durante el tratamiento en INPer, previo a ser canalizada a reproducción asistida, Daniela y su pareja visitaron una clínica privada, sin embargo decidieron ver si pronto los canalizaban a reproducción asistida. En reproducción asistida le fue realizada una FIVTE, sin embargo para la transferencia se sobreestimuló, por lo que regresó después a transferencia. Le transfirieron dos embriones de los cuales sobrevivió uno. Daniela fue dada de alta con resultado de embarazo positivo.

Mariana

De 32 años de edad, Mariana es administradora, vive en Estado de México, vive en unión libre con su pareja y profesa la religión católica. Llega a infertilidad por recomendación, ya que lleva 4 años buscando el embarazo. Su ginecólogo particular fue quien le recomendó ingresar a INPer, ya que ella no producía una hormona para poder embarazarse.

Paola

De 32 años de edad, Paola reside en Tultepec, Estado de México, vive en unión libre con su pareja y profesa la religión católica. Su deseo por embarazarse comenzó antes de conocer a su pareja, por lo que ya ha consultado una clínica privada de reproducción asistida, sin embargo no continuó porque el trato no la convenció. Tras conocer a su pareja, juntos decidieron ser padres. Ingresa al Instituto por diagnóstico de infertilidad. Tras realizarle exámenes médicos, se le diagnostica con quistes que fueron tratados hace un año. Paola estaba a punto de entrar a tratamiento a reproducción asistida, sin embargo se le volvió a diagnosticar con quistes, por lo que se le realizará una cirugía más.

Arcelia

De 37 años de edad, Arcelia se dedica al hogar, reside en Ciudad de México, es casada y no profesa alguna religión, sin embargo cree en Dios. Ingresó al Instituto por diagnóstico de endometriosis severa. En el Instituto le fue tratada la endometriosis y le fue realizada una cirugía, tras la cual el médico le dijo que sus trompas de Falopio se encontraban obstruidas y que por esa razón no iba a poder embarazarse de forma natural, además de que se le diagnosticó con hipotiroidismo. Así fue como la canalizaron a reproducción asistida para realizarle una FIVTE. Desde hace aproximadamente comenzó el deseo de ser padres tanto de Arcelia como de su pareja. Durante dos años estuvo intentando embarazarse sin resultados positivos.

Margarita

De 36 años de edad, Margarita es comerciante, reside en Ciudad de México, vive en unión libre con su pareja y profesa la religión católica. Anteriormente acudía con un médico particular para tratar de embarazarse con medicamento. Su médico le dio el diagnóstico de que sus trompas de Falopio se encontraban obstruidas y le recomendó tratarse en INPer. Ingresó al Instituto hace 4 años por diagnóstico de infertilidad. En el Instituto le fue realizada una cirugía y posteriormente fue canalizada a la URA. En reproducción asistida ha tenido procedimientos de inseminación, sin embargo su beta fue negativa, también tuvo ya una FIVTE y se logró embarazar, pero tuvo un aborto. En este segundo intento de FIVTE, su resultado de embarazo es positivo.

Lourdes

De 38 años de edad, Lourdes es comerciante, reside en Ciudad de México, es casada y profesa la religión católica. Llega a INPer por recomendación de una amiga hace tres años por diagnóstico de infertilidad. Lourdes ha tenido dos abortos con duración de embarazo de tres meses cada uno, uno en 2008 y el otro en 2010. Su primer aborto fue espontáneo. Su segundo aborto fue porque tuvo una operación de vesícula y tomó medicamento sin saber que estaba embarazada. Ingresó a reproducción asistida durante este ciclo para una FIVTE.

Karina

De 31 años de edad, Karina se dedica al hogar, reside en Teotihuacán, Estado de México, vive en unión libre con su pareja y profesa la religión católica. Karina expresa que busca luchar por cumplir su deseo por ser madre y no pensar después en “el hubiera”, sin embargo no se quiere obsesionar con su deseo. Cree que el ser madre complementa su relación de pareja.

Rosario

De 27 años de edad, Rosario se dedica al hogar, reside en Estado de México, vive en unión libre con su pareja y profesa la religión católica. Ella ingresó hace seis

años a INPer por diagnóstico de infertilidad y hace dos años fue canalizada a la URA, debido a que tuvo dos embarazos ectópicos hace aproximadamente tres años. Rosario cuenta haber pasado por dos tratamientos hormonales, después tuvo un embarazo espontáneo (que fue ectópico), tres inseminaciones con resultado negativo, una fecundación *in vitro* y una transferencia de embriones. Ya no cuenta con embriones criopreservados por lo que debe realizarse una FIVTE completa.

Bertha

De 31 años de edad, Bertha se dedica al hogar, reside en Ciudad de México, es casada y profesa la religión católica. Bertha ingresó a INPer tras dos embarazos ectópicos con duración de tres meses y tras haberle sido retiradas quirúrgicamente sus trompas de Falopio. Ella se encontraba asegurada en el IMSS por parte de su pareja, por lo que anteriormente se atendía ahí. Durante su primer embarazo, ella no sabía que estaba embarazada, tras fuertes dolores en el vientre, acudió al IMSS donde los médicos tampoco se dieron cuenta de que estaba embarazada. Al ir a otra clínica del seguro, le realizaron un ultrasonido donde se dieron cuenta de que llevaba tres meses de embarazo, pero que éste era ectópico por lo que le retiraron su trompa derecha. Después de unos meses, la señora volvió a tener otro embarazo ectópico y esta vez le fue retirada su trompa izquierda. Los médicos del IMSS recomendaron a Bertha que su pareja saliera de trabajar para dejar de tener seguridad social y poder tratarse en Perinatología. Tras un año de lo ocurrido, su esposo se salió de trabajar y la pareja pudo ingresar a INPer.

Montserrat

De 35 años de edad, Monserrat abandonó su empleo como empleada bancaria en Querétaro, donde reside, para poder asistir a sus consultas en el Instituto, es casada y profesa la religión cristiana. Lleva 4 años intentando embarazarse. Estuvo en tratamientos de fertilidad en clínicas de Querétaro. Llegó a INPer hace seis meses por recomendación de su madre. No ha tenido una respuesta como tal

sobre los motivos de su diagnóstico de infertilidad. Comenta que en una ocasión preguntó de qué se tratan los procedimientos y que un médico residente le dijo que “no preguntara, que sólo lo hiciera”.

Violeta

De 25 años de edad, Violeta se dedica al hogar, reside en Estado de México, vive en unión libre con su pareja y profesa la religión católica. Llega a INPer hace dos años, ya que desde hace cinco años ella y su pareja no han podido conseguir el embarazo. Este es su primer tratamiento en reproducción asistida. El diagnóstico de la pareja ha sido que los espermatozoides no tienen la suficiente fuerza para llegar a fertilizar al óvulo, por lo cual la usuaria ingresó a un tratamiento de inseminación artificial.

Dulce

Se dedica al hogar, está casada y es creyente de Dios. Ingresó a INPer hace tres años por recomendación de una amiga tras 7 años de no lograr el embarazo. Acudió al Instituto después de que se su ginecólogo particular le diagnosticara anovulación (no producción de óvulos). En INPer le fueron realizados estudios que arrojaron el mismo diagnóstico, para lo cual se le trató con medicamento. Su pareja lleva tratamiento en andrología, ya que según le han dicho los médicos, sus espermatozoides no son lo suficientemente fuertes.

Victoria

De 31 años de edad, Victoria es empleada bancaria, reside en Ciudad de México, es casada y profesa la religión católica. Llega a INPer hace cuatro meses por recomendación y lleva buscando el embarazo durante 2 años y tres meses. Ingresa al Instituto por diagnóstico de infertilidad y es canalizada a reproducción asistida hace dos meses. En su primera consulta en reproducción asistida se dan cuenta, ella y los médicos que lleva dos meses embarazada. Ahora acude a la URA a ultrasonidos de seguimiento de embarazo.

2) Usuarios varones de la URA entrevistados

Dentro de la Unidad de Reproducción Asistida se obtuvo sólo una entrevista a un usuario. A continuación se muestra una tabla con algunos datos.

Usuarios de la URA entrevistados											
Tratamiento en URA	Seudónimo	Edad	Ocupación	Estudios	Residencia	Estado Civil	Religión	Nivel Socioeconómico	Ciclos realizados	Tiempo en INPer	Beta
FIVTE	Ramiro	46	Comerciante	Preparatoria	Ciudad de México	Casado	Católica	Medio	Segundo FIVTE	5 años	Desconocido

Tabla 6. “Usuarios entrevistados”. Elaboración propia.

Ramiro

De 46 años de edad, Ramiro, es comerciante, reside en Ciudad de México, es casado y profesa la religión católica. Él y su pareja llegaron a INPer hace cinco años. Ramiro comenta que el diagnóstico de infertilidad es de ella, pero que sus espermatozoides salen separados, que no saben hacia dónde ir. El año pasado a él y su pareja les fue realizada una FIVTE de la cual el resultado de embarazo fue positivo, sin embargo tuvo un embarazo ectópico, por lo que los médicos les dijeron que debían esperar de 4 a 5 meses para volver a intentar. Actualmente se encuentran en su última oportunidad de FIVTE dentro de INPer.

3) Parejas usuarias de la URA entrevistadas

De los usuarios entrevistados en INPer, se obtuvieron 8 entrevistas hechas a 4 parejas. A las parejas se les realizaron entrevistas individuales.

Parejas usuarias de la URA entrevistadas												
Tratamiento en URA	Seudónimo	Edad	Ocupación	Estudios	Residencia	Estado Civil	Religión	Nivel Socioeconómico	Ciclos Realizados	Tiempo en INPer	Beta	Tratamiento en Andrología
FIVTE	Cynthia (pareja de Alejandro)	32	Abogada	Licenciatura trunca en Derecho	Otumba, Estado de México	Casada	Católica	Medio	Primer FIVTE	3 años y medio	Positiva	No
	Alejandro (pareja de Cynthia)	37	Mecánico	Ingeniero en Mecánica	Otumba, Estado de México	Casado	Católico	Medio	Primer FIVTE	3 años y medio	Positiva	No
	Arlette (pareja de Alexis)	40	Contadora	Preparatoria	Estado de México	Casada	Católica	Medio	Primer FIVTE	2 años	Desconocido	No
	Alexis (pareja de Arlette)	46	Comerciante	Licenciatura en Derecho	Estado de México	Casado	Católica	Medio	Primer FIVTE	2 años	Desconocido	No
	Guadalupe (pareja de Enrique)	36	Hogar	Secundaria	Estado de México	Casada	Católica	Medio	Segundo FIVTE	5 años	Desconocido	No
	Enrique (pareja de Guadalupe)	34	Mecánico automotriz	Secundaria	Estado de México	Casado	Católica	Medio	Segundo FIVTE	5 años	Desconocido	No
	Fernanda (pareja de Eduardo)	35	Hogar	Preparatoria	Estado de México	Casada	Católica	Medio	Segundo FIVTE	4 años	Desconocido	No
	Eduardo (pareja de Fernanda)	41	Comerciante	Bachillerato	Estado de México	Casado	Católico	Medio	Segundo FIVTE	4 años	Desconocido	Vitamina E, Testosterona

Tabla 7. “Usuaris y usuarios entrevistados en pareja”. Elaboración propia.

Cynthia y Alejandro

Cynthia de 32 años de edad es abogada y su pareja Alejandro, de 37 años de edad, es mecánico, ambos residen en Otumba, Estado de México, se encuentran casados y profesan la religión católica. Llegaron a INPer hace 3 años por recomendación de una amiga de Cynthia e ingresan a reproducción asistida hace medio año. Anteriormente ella se atendió con un médico particular quien le retiró quirúrgicamente unos quistes y sin embargo seguía sin embarazarse. Al llegar al Instituto, los médicos le dicen que no tuvieron por qué haberle hecho eso. La pareja cuenta sentirse tranquila y que no ven su diagnóstico de infertilidad como problema.

Arlette y Alexis

Arlette de 40 años se dedica a la contaduría y Alexis de 46 años es comerciante, ambos residen en Estado de México, se encuentran casados y profesan la religión católica. Ingresaron hace dos años al Instituto, debido a que a Arlette le habían sido ligadas sus trompas de Falopio después de tener dos hijos. Alexis está buscando su primer hijo con Arlette. Ambos decidieron ir a INPer por recomendación de la esposa del hermano de Alexis, quien se atendió en el Instituto un embarazo de alto riesgo. Para poder ingresar a la URA, Arlette tuvo que bajar más de 20 kilos.

Guadalupe y Enrique

Guadalupe de 36 años se dedica al hogar y Enrique de 34 años es mecánico automotriz, ambos residen en Estado de México, se encuentran casados y profesan la religión católica. Llevan tres años buscando el embarazo. Anteriormente se atendían con una médica que les recomendó el Instituto. La pareja llega a INPer hace dos años y medio. Este es el segundo FIVTE de la pareja y a Guadalupe le fueron transferidos dos embriones calidad 2 (más adelante explicaré la calidad de los embriones). Su primera FIVTE fue negativa. Enrique comenta que durante el tratamiento pasado se ilusionaron y al saber el resultado negativo se desilusionaron, por lo que en este tratamiento tratan de no hacerse ilusiones.

Fernanda y Eduardo

Fernanda de 35 años se dedica al hogar y Eduardo de 41 años es comerciante, ambos residen en Estado de México, se encuentran casados y profesan la religión católica. Llegan hace cuatro años a INPer por motivos de infertilidad. Fernanda tuvo dos embarazos ectópicos por lo que le fueron retiradas sus dos trompas de Falopio. Ambos tuvieron un tratamiento de fecundación *in vitro* en una clínica privada y su resultado fue positivo, sin embargo fue un embarazo ectópico, después de esto, les recomendaron acudir a INPer. Al tramitar su cita de valoración no aceptaban a la pareja argumentando que no cumplían con los

requisitos. Después de varios intentos finalmente fueron aceptados. En reproducción asistida se encuentran en su segunda FIVTE. La pareja buscó INPer principalmente por cuestiones económicas, sin embargo consideran que últimamente tienen un mejor ingreso económico y que si su resultado es negativo, buscarán una clínica privada.

II.2.2 Los servicios que ofrece INPer en materia de reproducción asistida

La Unidad de Reproducción Asistida ofrece tratamientos como: Coito programado (hasta 3 intentos); Inseminación artificial (3 o 4 intentos, dependiendo del caso de la pareja) y Fecundación *In Vitro* y Transferencia Embrionaria (hasta 2 intentos); además, se han realizado procedimientos de criopreservación de óvulos a mujeres con cáncer provenientes del Instituto Nacional de Cancerología.

Debido a que el área de reproducción asistida no da abasto con el número de población a la que atiende, cada pareja usuaria cuenta con un cierto número de intentos por tratamiento. Si el tratamiento falla, se puede volver a intentar, si el número de intentos se agotó entonces se procede a un tratamiento más complejo, siendo el último recurso la Fecundación *In Vitro* y Transferencia Embrionaria (por sus siglas FIVTE).

Los servicios tienen una cuota de recuperación. Al ingresar a INPer, se realiza a los usuarios un estudio socioeconómico que los coloca dentro de uno de ocho niveles, los cuales son: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y K, de los cuales el nivel socioeconómico más bajo corresponde al nivel 0 y el más alto al nivel K. Durante su estancia en el Instituto, los usuarios pagan por los servicios según el nivel en el que se les colocó.

Además del tratamiento de reproducción asistida, los usuarios deben pagar costos de consultas, de análisis de laboratorio y de procedimientos como cirugías o ultrasonidos.

No se ofrecen medicamentos para las estimulaciones ováricas, por lo que las usuarias deben adquirirlos por sus propios medios en farmacias externas. Las usuarias cuentan que en promedio gastan \$20,000 en medicamentos por cada ciclo de tratamiento.

A continuación se muestra un cuadro con algunos de los servicios ofrecidos en la URA y los costos según el nivel socioeconómico, tomados de la página de internet de INPer.

Costos de los servicios de la Unidad de Reproducción Asistida								
Servicio	Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	Nivel K
Paquete FIVTE	\$0	\$2, 165	\$4, 330	\$9, 472	\$14, 884	\$20, 297	\$27, 062	\$35, 181
Paquete Inseminación Artificial	\$0	\$616	\$1, 232	\$2, 696	\$4, 237	\$5, 777	\$7, 703	\$10, 014
Paquete transferencia de embriones congelados	\$0	\$532	\$1, 064	\$2, 328	\$3, 658	\$4, 988	\$6, 650	\$8, 645

Tabla 8. "Costos de tratamientos en la URA, INPer". Elaboración propia.

1) El proceso de ingreso a la Unidad de Reproducción Asistida

La búsqueda de la descendencia por vía de la medicalización, por parte de los usuarios, comienza desde antes de ingresar a INPer. Al llegar al Instituto, los usuarios tienen ya una trayectoria de meses y hasta de años en búsqueda del embarazo pasando por diversos diagnósticos y tratamientos.

Previo a su llegada al Instituto, los usuarios ya se han tratado con médicos particulares o en otros hospitales del sector público y llegan referidos a INPer, debido a su prestigio en cuanto a tratamientos para atender el diagnóstico de infertilidad.

Para que los usuarios puedan ingresar al Instituto a consulta externa de infertilidad, deben cumplir los siguientes requisitos: ser una pareja heterosexual; comprobar un previo diagnóstico médico de infertilidad; la pareja no debe contar

con seguridad social; la edad máxima de la usuaria es de 35 años y del varón de 55 años; se debe haber tenido un año de relaciones sexuales sin anticoncepción y no haber logrado el embarazo; presentar acta de matrimonio o constancia de situación civil; presentar constancia de ingresos o estudio socioeconómico; no contar con diagnóstico de azoospermia (falta de espermatozoides en el semen).

Si la pareja cumple con los requisitos de ingreso, debe solicitar vía internet una cita para consulta externa de valoración en el área de infertilidad y una vez aceptada la pareja, acude a una consulta de primera vez.

El área de infertilidad no ofrece servicios a personas que buscan el embarazo sin pareja, a parejas homosexuales, ni a personas que requieren de la donación de algún gameto. Esto, en principio, debido a que no existe reglamentación federal en torno a estos temas y el Instituto, al pertenecer al Gobierno Federal, debe regirse por la Ley General de Salud. En palabras de Jimena (2018): “[...] no está reglamentado a nivel nacional, o sea, mientras no se reglamente, el Instituto va a seguir como está reglamentado”.

Sin embargo se han hecho excepciones con los requisitos de ingreso a algunos usuarios, por ejemplo: en la edad máxima de la usuaria, en la atención de algunos casos de azoospermia con semen de un donante y en la atención de un caso de ovodonación entre hermanas. Casos como estos, considerados como excepcionales, para poder haber sido llevados a cabo fueron antes evaluados y aprobados por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Perinatología.

En el área de infertilidad, como parte del *protocolo*, se realiza una historia clínica de la pareja para que el médico a partir de ahí pueda orientarse y decidir qué análisis va a ordenar (Areli, 2018). A ambas partes de la pareja se les realiza estudios, sin embargo éstos son diferentes.

Entre los estudios más frecuentes solicitados a las usuarias se encuentran: el perfil hormonal, el perfil tiroideo, cultivos vaginales y ultrasonidos. Una vez que los

cultivos arrojan resultados negativos se solicita una histerosalpingografía⁶ (si es que la usuaria no ha tenido embarazos) con el fin de revisar las trompas de Falopio.

Al varón se le realizan estudios seminales para conocer su calidad espermática y serológicos. Si se encuentra alguna anomalía en el semen, el varón es canalizado al área de andrología y ahí se le da seguimiento y tratamiento.

Dependiendo de los resultados de estos estudios, se refiere a la pareja a algún tratamiento o se les realizan procedimientos como cirugías (en especial a las usuarias).

Si los análisis de la pareja arrojan resultados favorables para ingresar a un tratamiento de reproducción asistida, entonces la pareja es canalizada a la Unidad de Reproducción Asistida.

Cuando el médico dictamina que una pareja está lista para ingresar a un tratamiento de reproducción asistida, éste les pregunta si cuentan con los medios económicos para solventar el tratamiento. Los usuarios comentan que pagan por una FIVTE aproximadamente \$20,000.

Si la pareja cuenta con los recursos, el médico los anota en la lista del próximo *ciclo* en reproducción asistida. Si no cuenta con los medios, el médico los anota en lista de espera para los siguientes ciclos y la pareja espera hasta lograr juntar el dinero correspondiente.

2) El *ciclo* en la Unidad de Reproducción Asistida

Debido a que el servicio de la URA no da abasto con los usuarios, se atiende de manera simultánea a las parejas. Para esto se establecen fechas de inicio de ciclo

⁶ “prueba ginecológica que sirve para estudiar la arquitectura de la cavidad uterina y las trompas de Falopio, así como su permeabilidad”. Recuperado de: *Reproducción Asistida ORG* (consultado el 23 de julio de 2018). <https://www.reproduccionasistida.org/histerosalpingografia/>

para realizar procedimientos como inseminación artificial, FIVTE e ICSI a los usuarios.

En la URA se llama *ciclo* al periodo de tiempo de aproximadamente 2 meses, en el cual se realizan procedimientos como inseminación artificial, FIVTE e ICSI, y se atiende de 60 a 70 parejas a las cuales se les divide por grupos. En la Unidad de Reproducción Asistida se realizan de 5 a 6 ciclos por año.

Previo al comienzo del ciclo, se cita a las parejas a una plática orientativa impartida por el personal de la URA.

A continuación se explica con mayor detalle la dinámica del ciclo, el cual se puede dividir en: 1) Seguimiento folicular; 2) Punción ovárica; 3) Fertilización y cultivo de embriones; 4) Transferencia embrionaria; 5) Resultado de la prueba de embarazo.

1) Seguimiento folicular

Desde las 8 a.m. y hasta aproximadamente las 10 a.m., las usuarias citadas se presentan en la sala de espera en el tercer piso. Al llegar pasan a colocarse una bata color azul que tiene una abertura y cintas en la espalda, y conforme van llegando entregan su carnet a la enfermera para que ésta les llame a la toma del ultrasonido.

Durante el procedimiento únicamente pueden entrar al consultorio los médicos, enfermeras y la usuaria. La usuaria se recuesta sobre la camilla viendo hacia el médico y éste le realiza un ultrasonido para ver sus ovarios y el tamaño de sus folículos.

Después de unos minutos, la enfermera llama a la usuaria para regresarle su carnet e indicarle el medicamento inyectable que debe comprar, la dosis y la forma en la que se lo debe colocar.

Los medicamentos recetados a las usuarias que acuden a un tratamiento como Inseminación artificial, FIVTE o ICSI, son hormonas que deben inyectarse en el

abdomen cada 24 horas, las cuales van entre las 50 unidades hasta las 200 unidades, según como el médico lo indique.

La caja de medicamento de 300 unidades cuesta aproximadamente \$3,000. La usuaria debe comprar la cantidad de medicamento que requiera. Las usuarias cuentan que, por ciclo, gastan en promedio \$20,000 en medicamento.

El medicamento recetado en dosis específicas tiene como finalidad hacer crecer los folículos ováricos del tamaño deseado (entre 16 milímetros y 18 milímetros) y así poder obtener ovocitos maduros adecuados para ser fecundados por inseminación artificial, FIVTE o ICSI.

Las usuarias asisten a consulta de seguimiento folicular por ultrasonido cada tercer día durante un periodo de doce días. Si al cabo de los doce días, los folículos se encuentran del tamaño adecuado, entonces el médico procede a la punción ovárica (si se trata de una FIVTE o ICSI) o a la inseminación artificial.



Fotografía 2. “Máquina para realizar ultrasonidos”. Autoría: Grace Méndez Luna.

2) Punción ovárica

Para la punción ovárica, la usuaria llega a la URA por la mañana, se coloca la bata, y espera ser llamada por una enfermera para pasar a quirófano.

En el quirófano, la usuaria se recuesta y se le coloca anestesia local. El médico introduce por vía vaginal una aguja que aspira los ovocitos maduros, y una vez capturados, son llevados al laboratorio de embriología para ser fertilizados con una muestra seminal de la pareja (o de un donante).

Una vez que termina la punción, la usuaria camina por cuenta propia; sin embargo lo hace de forma cuidadosa y más lenta y espera las indicaciones de los médicos para retirarse.

3) Fertilización y cultivo de embriones

Después de la aspiración de los ovocitos, en el laboratorio, con la muestra espermática previamente capacitada, se realiza la fertilización *in vitro* o la ICSI.

En el caso de la FIV, en una caja de Petri se coloca la muestra espermática junto con el óvulo que ha sido aspirado, esperando que suceda la fecundación. Se colocan el número de muestras según los ovocitos capturados, que en promedio suelen ser 8.

Después de ocurrida la fertilización *in vitro*, se observa el desarrollo del nuevo embrión incubado. Entre el día tres y el día cinco se revisa el estado de los embriones y los embriólogos seleccionan los dos que cuenten con las mejores características para ser transferidos al útero. Cabe resaltar que no todos los embriones sobreviven hasta el quinto día, de los que sí lo hacen, se seleccionan dos para ser transferidos al útero y los demás son criopreservados para futuras transferencias embrionarias.

4) Transferencia embrionaria

Pasados de tres a cinco días de cultivo embrionario, se llama a la usuaria a asistir a su Transferencia Embrionaria. Ese día, pasa a quirófano vestida de bata, en

donde se recuesta sobre la camilla, abre las piernas y con la ayuda de un catéter el médico coloca los embriones sobre su útero. El procedimiento dura apenas unos minutos y la usuaria sale caminando por cuenta propia.

Después de salir de quirófano las usuarias se reúnen con sus parejas, quienes esperan por ellas en el pasillo. Juntos, esperan las indicaciones de los médicos, las cuales son reposar durante ese día y evitar movimientos bruscos.

5) Resultado de la prueba de embarazo

Quince días después de la transferencia, las usuarias acuden a la URA para realizarse su prueba de embarazo. Alrededor de las 10 de la mañana, se sientan en la sala de espera y aguardan a ser llamadas por un médico quien les da el resultado de embarazo de forma individual. En el ámbito médico, al resultado de la prueba se le llama *beta de embarazo* (denominada así debido a la presencia de la hormona *beta HCG* en la sangre durante la gestación).

Mientras esperan, se nota a las usuarias serias y ansiosas. El médico las llama a una por una y antes de entrar al consultorio se desean suerte entre ellas. Al salir, algunas de ellas cuentan a sus compañeras su resultado y otras sólo se retiran calladas o serias.

En caso de ser negativo, y si se trata del primer intento de FIVTE para la pareja, aun pueden intentar una transferencia embrionaria (si es que la pareja cuenta con embriones criopreservados) o pueden comenzar otro ciclo de FIVTE. Si se trata del segundo intento, la pareja ya no tiene más oportunidades de intentar el embarazo dentro del Instituto.

Si el resultado de la prueba de embarazo es positivo, quince días después se realiza otra prueba de embarazo, tras la cual si resulta nuevamente positiva, se da de alta a la pareja de la URA y ésta es canalizada al área de Ginecología y Obstetricia del INPer.

III. EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE INFERTILIDAD Y SU TRATAMIENTO

Para los objetivos de mi investigación, en este capítulo explicaré la definición de *infertilidad* desde el campo médico; así como los procedimientos por los que pasan las y los usuarios en su ingreso a tratamientos de TRA como la Fecundación *In Vitro* o la Inyección Intracitoplasmática (por sus siglas en inglés: ICSI).

III.1 El diagnóstico médico de Infertilidad

El médico César (2017) define la infertilidad como: “[...] una pareja que tienen en un año de vida sexual regular sin ningún método anticonceptivo, y vida sexual regular se entiende entre de dos a cuatro relaciones sexuales entre semana, y no se logra tener un embarazo”.

Se considera que la infertilidad es 40% por causas femeninas, el 40% por causas masculinas y 20% por causas desconocidas (César, 2018).

Sin embargo, desde 2016, la OMS considera que la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo,⁷ con lo cual sostiene que la infertilidad es un diagnóstico individual y no de pareja.

Según César (2018), la especie humana es, de todos los mamíferos, la peor especie para reproducirse, teniendo una tasa de infertilidad del 25% al 30% en edad fértil y con probabilidades de embarazo al mes que van del 8% al 12%, sosteniendo relaciones sexuales de 3 a 4 veces a la semana.

En el caso femenino, la edad más fértil va entre los 18 y 28 años, a partir de esta edad se considera que la fertilidad femenina va disminuyendo. En el caso del

⁷ Recuperado de: *El Universal* (consultado el 21 de mayo de 2018).
<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/10/26/clasificara-oms-solteros-como-infertiles>

varón, la edad más fértil va de los 14 a los 60 años o mientras conserve capacidad espermática⁸.

III.2 Las Técnicas de Reproducción Humana Medicamente Asistida

Entendemos por Técnicas de Reproducción Humana Medicamente Asistida “el conjunto de técnicas y procesos [médicos] que sustituyen el proceso natural de la reproducción”⁹.

Durante la segunda mitad del siglo XX, el desarrollo de las biotecnologías en el campo de la reproducción humana, lograron importantes avances para aumentar las posibilidades del embarazo (Cardaci y Sánchez, 2009).

En 1978 nació el primer ser humano empleando la técnica de la fecundación *in vitro*. La fecundación *in vitro* ha significado el logro más grande en reproducción asistida, pues se consiguió llevar a cabo la fertilización fuera del cuerpo femenino y dentro de un laboratorio.

En las clínicas dedicadas a la reproducción medicamente asistida, se ofrecen distintos tratamientos para atender el diagnóstico de infertilidad, tales como el coito programado, la inseminación artificial o la fecundación *in vitro*. El tratamiento con mayor índice de éxito es la fecundación *in vitro*, con una tasa de éxito del 35% al 40%. Si se realiza un Diagnóstico Genético Preimplantatorio (por sus siglas en inglés: PGS) al embrión, las probabilidades de un embarazo exitoso aumentan en un 20% (César, 2018).

⁸ Recuperado de: *Life Bridge Agency* (consultado el 23 de mayo de 2018). <http://lifebridgeagency.es/blog/la-edad-fertil-del-hombre-y-de-la-mujer/>

⁹ Recuperado de: *Reproducción Asistida ORG* (consultado el 25 de mayo de 2018). <https://www.reproduccionasistida.org/coito-programado/>

III.3 El tratamiento médico para la infertilidad

Para los objetivos de esta investigación, me centraré en detallar los procedimientos médicos por los que pasan las y los usuarios en tratamientos de reproducción asistida, tales como: la fecundación *in vitro* y la ICSI, para más adelante analizar “el ciclo” de tratamiento hormonal como ritual de paso a un estado de normalización.

1) En INPer

Cuando una pareja heterosexual llega a INPer en búsqueda de un tratamiento por diagnóstico de infertilidad: “[...] se tiene que realizar [...] una serie de estudios para poder identificar las causas de infertilidad y al identificarlas, *corregirlas*, ya sea con tratamientos médicos o quirúrgicos” (Marcia, 2018. Énfasis mío).

Es entonces que a la pareja se le realizan distintos procedimientos en búsqueda de conocer los motivos de la infertilidad. Los procedimientos son distintos para usuarias y usuarios, como cuenta Arcelia (2018): “[...] para llegar aquí [a ciclo], pues sí tienes que pasar por una serie de estudios que son bastantes, mi esposo y yo, y ya una vez que tienes todos los estudios, los resultados y todo, pues ya te dicen si eres “como *aprobado*” para ya poder estar en este procedimiento” (Énfasis mío).

Como parte del protocolo a seguir, primeramente, se realiza al varón una espermatobioscopía. A la usuaria se le realizan cultivos vaginales, se revisa su perfil hormonal basal y hormonal folicular estimulante. Además, en la entrevista de la cita de primera vez, el médico se orienta para pedir a la usuaria estudios como: “[...] perfil tiroideo, prolactina, perfil androgénico, ultrasonido ginecológico básico y un estudio de permeabilidad tubaria, que es la salpingografía” (Jimena, 2018).

En ocasiones, los varones son diagnosticados con baja producción espermática, por lo cual son canalizados al área de Andrología del Instituto. En algunos casos, se les receta medicamentos hormonales como testosterona o vitaminas como la

vitamina E, para aumentar el conteo de espermias, como en el caso de Eduardo: “O sea me dijo la doctora “no hay problema porque hay solución. Con medicamento y con vitaminas se puede llegar a la *normalidad*” (Eduardo, 2018. Énfasis mío).

Una vez realizados los estudios y tratadas las posibles causas de infertilidad, aumentan en la pareja las posibilidades de embarazo. Si a pesar de los tratamientos, la pareja continúa sin embarazarse, el médico dictamina si la y el usuario son candidatos para ingresar al “ciclo”.

Si la pareja ingresa a ciclo, entonces la usuaria comienza a acudir cada tercer día a la Unidad de Reproducción Asistida para que los médicos le realicen el seguimiento folicular.

Durante un periodo de doce días, los médicos realizan ultrasonidos a las usuarias para vigilar que los folículos ováricos crezcan de 16 a 18 milímetros y así poder extraer ovocitos maduros. Para que los folículos crezcan al tamaño requerido y con esto produzcan de 10 a 12 ovocitos que se espera (Alberto, 2017), se receta a la usuaria medicamento hormonal, el cual debe inyectarse todos los días a un horario específico. Violeta (2018) relata: “[...] me hicieron un ultrasonido para ver cuántos folículos tengo [...] para ver si [...] necesitaría más medicamento”.

En ocasiones, los folículos crecen más de lo requerido, por lo que se disminuye la dosis de medicamento recetado o se aplaza la transferencia embrionaria, ya que para la finalidad del tratamiento se corre el riesgo de un embarazo múltiple o de tener embriones *anormales*, como en el caso de Daniela (2018):

[...] con el medicamento me sobreestimulé, tenía folículos de más, entonces me dijeron que en esas condiciones no podían hacerme la inseminación porque corría riesgo de que fuera embarazo múltiple, dice [su médico]: “y no estamos hablando de dos o tres, en tu caso estamos hablando de más”, me dice: “pues eso no es sano y no es los que estamos buscando en INPer, buscamos al final de cuentas embriones sanos (Énfasis mío).

Después de que el cuerpo femenino ha sido medicado y se ha logrado el tamaño deseado de folículos, las usuarias pasan a quirófano para la extracción de

ovocitos y posteriormente, los ovocitos son fertilizados en el laboratorio con una muestra espermática previamente *capacitada*.

El día de la captura de ovocitos, se cita al varón en el laboratorio de andrología para dejar su muestra espermática. Esta muestra es *capacitada* y con ella se fertilizan (por FIV o por ICSI) los ovocitos de su pareja.

Producto de la fertilización, se *vigila* en el laboratorio el desarrollo embrionario con la finalidad de transferir embriones de la mejor *calidad*, que son los que llegan al día cinco, cuando están en su etapa de blastocisto, que es la etapa en la que el embrión se adhiere al útero por sí solo (César, 2018).

Para saber cuáles son los embriones aptos para transferir, los embriólogos los clasifican según su calidad, obedeciendo parámetros previamente establecidos. La calidad embrionaria se enumera del 1 al 4 o de la A a la D, siendo el número 1 y la letra A la calidad más alta y el número 4 o la letra D la calidad más baja. El embriólogo Juan (2017) explica: “[...] todos aquellos que tienen la morfología A son embriones que tienen bien definida una masa estructural desarrollada, así como un nucleodermo”.

Para realizar la transferencia embrionaria se buscan los embriones que sean más viables. Se considera que para que un embrión sea de buena calidad, éste depende de la *calidad* de los gametos, por lo cual, se busca obtener las mejores muestras.

El día de la transferencia embrionaria, la usuaria pasa a quirófano y el médico coloca en su útero hasta dos embriones.

2) En la clínica privada

En la clínica privada, las parejas heterosexuales que buscan el embarazo, llegan comúnmente, referidas por alguna otra clínica de atención ginecológica o de infertilidad. Son parejas que, por lo general, ya han estado en tratamientos hormonales de baja complejidad.

En la cita de primera vez, el médico solicita al laboratorio realizar un estudio de espermograma al varón. Si el resultado del análisis no es el requerido, el varón se adhiere al tratamiento que el médico solicite. Si el resultado es exitoso, entonces el médico procede a realizar el tratamiento de reproducción asistida.

A su vez, el médico vigila el ciclo menstrual de la usuaria y comienza con la medicación hormonal para hacer crecer los folículos ováricos.

A partir de este punto la pareja sigue el mismo recorrido que en INPer. Sin embargo, a diferencia del Instituto, en la clínica privada el ciclo de cada pareja heterosexual es atendido de manera individual y no como parte de “un ciclo” en conjunto con otras parejas.

Como se pudo observar anteriormente, en la atención de la infertilidad, el cuerpo femenino fue mayormente invadido en comparación con el cuerpo masculino. Al cuerpo femenino le son realizados procedimientos tanto con mayor frecuencia como más invasivos, mientras que al varón, se le realizan procedimientos tanto en menor cantidad como menormente invasivos.

Se pudo observar que, en ambos contextos, tanto en la clínica privada como en el Instituto público, el discurso médico diferencia entre cuerpo femenino y cuerpo masculino, y sobre esa diferenciación ha dibujado patrones del buen funcionamiento anatómico-fisiológico de cada tipo de cuerpo.

Si bien, el pensamiento binario no es natural e inherente a la especie humana, en los contextos en los que realicé trabajo de campo, encontré que ambos operan bajo una construcción binaria femenino-masculino del cuerpo.

Sobre la diferenciación binaria del cuerpo, hablaré de manera más detallada en el siguiente capítulo.

IV. LA SOCIEDAD DE NORMALIZACIÓN

Me gustaría comenzar este capítulo con una cita que muestra lo que Michel Foucault entiende por *Poder*:

Me parece que por poder hay que comprender, primero, la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o, al contrario, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias, por último que las tornan efectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales (Foucault, 1976a: 112-113).

IV.1 La disciplina

Según Michel Foucault, durante los siglos XVII y XVIII comienza a funcionar, en Occidente, una nueva tecnología de poder distinta al poder soberano propio de la sociedad feudalista, este es: el poder disciplinario.

Es en esta época en que las disciplinas se consolidan. La finalidad de las disciplinas reside en el control del cuerpo individual y ya no sobre la tierra como ocurría con el sistema de producción feudalista, razón por la cual lo educa en instituciones de encierro como: la escuela, el ejército y el hospital, con la finalidad de volverlo útil. “Este objeto nuevo [de la disciplina] es el cuerpo natural, portador de fuerzas y sede de una duración; es el cuerpo susceptible de operaciones especificadas, que tiene su orden, su tiempo, sus condiciones internas, sus elementos constitutivos” (Foucault, 1975a: 94).

Las disciplinas pretenden formar cuerpos útiles, sujetos obedientes, frágiles y dóciles. Para este poder, la vigilancia del individuo es importante. “El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. Una *anatomía política*” (Foucault, 1975a: 83).

En las instituciones de encierro, la disciplina busca corregir el alma y el cuerpo del individuo para su fácil dominio, mediante estricta vigilancia. Tanto la clínica privada como el instituto público, funcionan como instituciones de encierro que vigilan el cuerpo individual. En ellas, se *vigila* el cuerpo del “enfermo” mediante estudios médicos, tales como la histeroscopia realizada al cuerpo femenino, o la espermatobioscopia realizada al cuerpo masculino.

Esta tecnología de poder se guía, no por la Ley, sino por la *norma*. La norma es la estandarización del comportamiento sobre la cual el individuo debe guiar su vida (y ahondaré en este tema más adelante). “Las disciplinas [...] Definirán un código que no será el de la ley, sino el de la normalización [...] Y la jurisprudencia de esas disciplinas será el de un saber clínico” (Foucault, 1976b: 45).

La eficacia del poder disciplinario reside en que el sujeto interiorice la norma y la desee. La interiorización de la norma se inscribe en el comportamiento de los individuos y al mismo tiempo contribuye a la reproducción de sí misma. Como en el caso de Margarita, cuyo testimonio ejemplifica la interiorización de la norma del rol de la maternidad: “Bueno creo que ya para mí es como una necesidad. Ya, eh, lo necesito, eh, para, yo sí necesito un bebé para sentirme realizada ¿no? Son muchos, son diez años los que tengo buscando un bebé” (Margarita, 2018).

En el caso de Monserrat, el rol de madre es interiorizado y se construye una relación entre la identidad de género y la capacidad de reproducción: “[...] me voy a morir si no tengo un hijo, pues tampoco, pero sí es importante. Yo creo que *para realizarte como mujer* sí es importante, bueno o sea, te puedes realizar en otros diferente ámbitos, pero para mí sí es importante ser mamá” (Monserrat, 2018. Énfasis mío).

IV.2 La biopolítica

Foucault propone el concepto de biopolítica como el control que ejerce el Estado sobre sus gobernados mediante la administración de la condición biológica de

éstos. La biopolítica no se preocupa por el control individual de los gobernados, a diferencia del poder disciplinario, su finalidad es el control de las poblaciones.

Para la regulación de la población, se ponen en marcha instituciones de saber/poder que sirven para proteger la sociedad contra todo peligro biológico, bajo la fórmula “Hacer vivir y dejar morir”.

La protección de la población, se da “a partir de una raza dada como la verdadera y la única, la que posee el poder y es titular de la norma, contra los que se desvían de ella, contra los que constituyen otros tantos peligros para el patrimonio biológico” (Foucault, 1976b: 65).

Es así como se activa el racismo, como un dispositivo de dominación de un grupo sobre otro, el cual detenta el discurso de que: “[...] cuanto más tiendan a desaparecer las especies inferiores, mayor cantidad de individuos anormales serán eliminados [...] la muerte de la mala raza, de la raza inferior, es lo que va a hacer que la vida en general sea más sana; más sana y más pura” (Foucault, 1976b: 231).

El biopoder traduce a lo social la evolución darwinista de “la supervivencia del más apto”, implementando aparatos ideológicos y tecnológicos que funcionan como filtros para la supervivencia de la raza más apta: la biopolítica es una selección artificial.

Como administradora de los procesos biológicos, la biopolítica también se encarga del gobierno de la reproducción como un asunto de higiene pública. Para su atención, se pone en función todo un aparato de saber/poder que, por excelencia, es la medicina. Al igual que el poder disciplinario, la biopolítica se rige por la norma, para la regularización de sus gobernados: como población cuantificable.

IV.3 La sociedad de normalización

Continuando con Foucault (1976b), el poder disciplinario, así como la biopolítica, pueden funcionar simultáneamente gracias a la implementación de la norma. A este tipo de sociedad, cuyos efectos son los producidos por las tecnologías de la disciplina y la regularización, se le puede llamar “sociedad de normalización”.

La sociedad de normalización se rige no por la Ley, sino por la Norma:

[...] la norma no se define en absoluto como una ley natural, sino por el papel de exigencia y coerción que es capaz de ejercer con respecto a los ámbitos en que se aplica. La norma, por consiguiente, es portadora de una pretensión de poder. No es simplemente, y ni siquiera, un principio de inteligibilidad; es un elemento a partir del cual puede fundarse y legitimarse cierto ejercicio del poder (Foucault, 1975b: 57).

En un contexto de normalización, la infracción de la norma no vuelve al infractor un criminal, sino que lo convierte en un individuo potencialmente a ser *corregido*: lo vuelve un *anormal* (Foucault, 1975b).

El saber/poder legítimo de la sociedad de normalización, debe declarar si el individuo constituye un peligro para la sociedad, en tanto que es un infractor de la norma. En el caso de la sociedad de normalización, se trata del saber clínico.

El saber clínico patologiza el incumplimiento de la norma, es así como el *anormal* se vuelve objeto de saberes que operarán sobre él mecanismos de *corrección* o de *normalización*. La sociedad de normalización ve en el infractor, no a un sujeto incorregible, sino al sujeto *corregible* con potencial para ser clasificado.

La mecánica del poder que persigue a toda esa disparidad no pretende suprimirla sino dándole una realidad analítica, visible y permanente: la hunde en los cuerpos, la desliza bajo las conductas, la convierte en principio de clasificación y de inteligibilidad, la constituye en razón de ser y orden natural del desorden (Foucault, 1976a: 57).

La normalización no está relacionada con la exclusión, sino con la inclusión, con la intervención y con la transformación. Lejos de excluir a ciertos individuos, los normaliza. En ese sentido, dice Foucault, estamos frente a “un poder que es por fin un poder positivo, un poder que fabrica, que observa, un poder que sabe y se

multiplica a partir de sus propios efectos” (Foucault, 1975b: 55), es un poder que produce: “Un poder que no está ligado al desconocimiento, sino, al contrario, a toda una serie de mecanismos que aseguran la formación, la inversión, la acumulación, el crecimiento del saber” (Foucault, 1975b: 55).

Este poder pone en marcha saberes que legitiman la norma mediante la patologización de las anomalías, el saber clínico es el conocimiento más importante de la normalización. Para el ejercicio de este poder, el conocimiento de la verdad es indispensable.

Para ejercerse, esta forma de poder exige, más que las viejas prohibiciones, presencias constantes, atentas, también curiosas; supone proximidades; procede por exámenes y observaciones insistentes; requiere un intercambio de discursos, a través de preguntas que arrancan confesiones y de confidencias que desbordan los interrogatorios. Implica una aproximación física y un juego de sensaciones intensas. La medicalización de lo insólito es, a un tiempo, el efecto y el instrumento de todo ello (Foucault, 1976a: 58).

La verdad es arrancada del cuerpo mediante medicalización, estudios o exámenes, vuelvo a citar a Marcia (2018): “[...] se tiene que realizar [...] una serie de estudios para poder identificar las causas de infertilidad y al identificarlas, *corregirlas*, ya sea con tratamientos médicos o quirúrgicos” (Énfasis mío).

El diagnóstico de infertilidad, al ser considerado como una enfermedad, no se sanciona con la Ley, sino que vuelve a la pareja infractora, una pareja potencialmente a ser *corregida* por la medicina.

Las parejas con diagnóstico de infertilidad, más que ser excluidas, ingresan a tratamientos de reproducción asistida para su normalización (y en el siguiente capítulo explicaré el proceso de normalización por el que pasan las parejas).

IV.4 La medicina y la construcción binaria del cuerpo

La medicina es un saber/poder normalizante, encargada de la higiene pública, de conocer los procesos biológicos humanos y de corregir la anormalidad del cuerpo.

A pesar de que el oficio de la medicina ha existido desde la Antigüedad, durante la Modernidad, ésta desarrolló prácticas de sometimiento a través del disciplinamiento de los individuos dentro del hospital: “La medicina es un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores” (Foucault, 1976b: 229).

La normalización recae sobre el cuerpo, razón por la cual, el conocimiento del mismo, y de sus procesos biológicos, es de suma importancia para esta técnica de poder: así, la medicina se ha instaurado como un saber legítimo que regula los procesos biológicos de los cuerpos de los gobernados.

Sin embargo, el cuerpo sobre el que actúa la normalización no es un cuerpo “neutro” u “objetivo”, sino que se trata de una idea preconstruida del mismo, y dicha construcción, se cimenta en nuestra sociedad sobre una hegemonía de términos binarios, diferenciando: Femenino-Masculino.

La medicina actúa sobre una construcción binaria Femenino-Masculino del cuerpo. David Le Breton plantea que: “El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma” (2002: 13); esto no significa que el cuerpo no pase por una serie de procesos anatómo-fisiológicos, sino que éstos y sus partes son interpretados, según el orden social específico en el que se halla inmerso. En ese sentido, las características y los valores que se le asignan al cuerpo son productores y reproductores del mismo (lo moldean), al mismo tiempo que legitiman el orden social, por lo que: mantener un cierto constructo del cuerpo, es al mismo tiempo conservar, un cierto orden social.

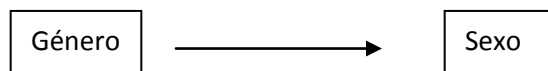
Las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad. Sirven para nombrar las diferentes partes que lo componen y las funciones que cumplen, hacen explícitas sus relaciones, penetran el interior invisible del cuerpo para depositar allí imágenes precisas, le otorgan una ubicación en el cosmos y en la ecología de la comunidad humana (Le Breton, 2002: 13. *Cursivas mías*).

Como mencioné en el capítulo anterior, en los contextos estudiados observé que las representaciones del cuerpo han sido construidas en términos binarios de

femenino-masculino, y esa construcción, siguiendo a David Le Breton, obedece a representaciones sociales.

Si el cuerpo es una construcción ¿qué pasa entonces con la concepción de que el sexo femenino y el sexo masculino están dados por la naturaleza y que, por el contrario, el género se construye culturalmente?

Según Judith Butler (1990), la concepción de que el sexo corresponde a la naturaleza, es una construcción tan cultural como la construcción del género; el sexo está tan culturalmente construido como lo está construido el género. Judith Butler plantea que lo que es tomado por sexo, en realidad siempre ha sido una construcción genérica: la construcción del cuerpo sexuado es el resultado de la previa construcción del género.



El sexo no antecede al género, sino que el sexo es una construcción establecida sobre categorías de género previamente construidas, las cuales asignan al cuerpo características y valores específicos.

En el caso de la medicina, la construcción del cuerpo sexuado, está cimentada sobre categorías hegemónicas binarias del cuerpo femenino y del cuerpo masculino que se disfrazan de naturales. “Esos límites siempre se establecen dentro de los términos de un discurso cultural hegemónico basado en estructuras binarias que se manifiestan como el lenguaje de la racionalidad universal” (Butler, 1990: 59).

La construcción binaria del género y del sexo, siguiendo a la autora, obedece a intereses políticos y sociales (Butler, 1990): la construcción binaria del cuerpo sexuado es un efecto de poder.

En los dos contextos estudiados, los médicos *vigilan* el cuerpo del “enfermo” diferenciándolo en *cuerpo femenino* y *cuerpo masculino*, siendo el cuerpo femenino sobre quien recaen en mayor medida los procedimientos. Sobre esto, el discurso médico afirma que es por la naturaleza anatómico-fisiológica del cuerpo

femenino. Por ejemplo, es de resaltar lo que comenta Areli (2018): “[...] es que son cosas diferentes, a la mujer, somos más *complejas* y nos tenemos que *arreglar* un montón de cositas para que nos vaya bien [para lograr el embarazo]” (Énfasis mío).

A partir del discurso de la diferenciación hegemónica binaria del sexo (que, como ya se vio, es una construcción que es en el fondo genérica), la medicina, continúa con la reproducción de los roles de género y legitima ese orden, revistiéndolos de una explicación legítima: el discurso médico.

La medicina, como legítima encargada de la higiene pública, establece las características del *cuerpo saludable* y del *cuerpo enfermo* acatando la norma del *cuerpo reproductor* como cuerpo funcional o sano. Además, esas características se hallan establecidas sobre una concepción binaria del cuerpo Femenino-Masculino, en donde la parte femenina se muestra como “responsable de la reproducción”.

A partir de la consideración que hace la medicina: de la infertilidad como enfermedad, lo saludable es la capacidad de reproducirse; mientras lo normal es reproducirse y lo anormal es la incapacidad de hacerlo.

Para el establecimiento de las características “no normales” del cuerpo y de sus procesos biológicos, ha sido imprescindible su medición. El saber médico, de la mano de las biotecnologías, han permitido el conocimiento del cuerpo cada vez a menor escala, “atomizando el cuerpo” (Díaz, 2006), por lo cual se establecen criterios de “no normalidad” cada vez más rigurosos. En el caso de los tratamientos de reproducción asistida, se mide: la calidad del semen, el tamaño de los óvulos o la calidad de embrión, y se realizan estudios como el PGS¹⁰ a nivel genético.

¹⁰ PGS “Estudio Genético Preimplantatorio”: escaneo genético completo que se hace al embrión por medio de una biopsia para identificar si éste cuenta con el número correcto de cromosomas, en casos de abortos espontáneos recurrentes o con antecedentes de enfermedades genéticas. Recuperado de: *WINFertility* (consultado el 23 de julio de 2018). <http://www.winfertility.com/pgd-vs-pgs/>

Se instaura, así, a partir de esas observaciones “atómicas”, una relación entre lo normal-sano y lo anormal-enfermo. Como ejemplo, una cita de Areli (2018):

Cuando nosotros tenemos, por ejemplo, tres embriones y les vamos a hacer un PGD¹¹ para saber cuál es el embrión que está *sano* para poder implantarlo ¡está de lujo! Porque así sabemos si están bien y sabemos las probabilidades de embarazo ¿OK? Si de pronto resulta que los tres embriones están alterados, bueno, ya tenemos una respuesta para la pareja: “¿sabes qué?, tú no has podido embarazarte a pesar de que sí hemos transferido, pero todos los embriones están *anormales* (Énfasis mío).

Gracias a las biotecnologías, ahora el cuerpo puede ser conocido en su anomalidad a nivel genético, para su posterior *corrección* a esa escala: “La identificación del mal pasa por la aplicación de una serie de pruebas genéticas a las que subyace una normatividad singular, es decir, alguna noción de *calidad* genética y *perfección* corporal” (Díaz, 2006: 165. Cursivas mías).

En los tratamientos de reproducción asistida, se busca la mejor calidad del cuerpo: la mejor calidad de los espermatozoides, a través de la capacitación seminal; la mejor calidad de los óvulos, por eso al cuerpo femenino se le medicaliza con hormonas para obtener un buen número de muestras; la mejor calidad de los embriones para ser transferidos, tal como cita Alberto (2017): “[...] desarrollar un embrión con mayor o menor calidad, y eso depende de las cualidades intrínsecas de los gametos”.

Esa búsqueda de la mejor calidad del cuerpo, es un efecto, y a la vez la reproducción, de un biopoder que busca proteger la sociedad contra todo peligro biológico, contra toda normalidad para: “[...] hacer que la vida en general sea más sana; más sana y más pura” (Foucault, 1976b: 231). Para que el cuerpo sea más sano, el cuerpo enfermo debe ser normalizado, esto debido a la lógica normalizante de enfermedad-anomalidad. El siguiente capítulo está dedicado al proceso de normalización de los tratamientos de reproducción asistida.

¹¹ PGD “Diagnóstico Genético Preimplantatorio”: escaneo genético que se realiza al embrión por medio de una biopsia para captar *anomalías* genéticas en pares cromosómicos específicos. Recuperado de: WINFertility, (consultado el 23 de julio de 2018). <http://www.winfertility.com/pgd-vs-pgs/>

V. “EL CICLO” COMO RITO DE PASO Y SU EFICACIA SIMBÓLICA

Con base en lo anterior, puedo afirmar que los contextos médicos en los que realicé trabajo de campo, se comportan como instituciones de normalización. A pesar de que en ellas se llevan a cabo dinámicas distintas, pues una es pública y la otra es privada, ambas, como centros de atención médica, parten de un discurso de la regularización (las estadísticas de infertilidad y la infertilidad como enfermedad) y buscan normalizar el cuerpo por medio de procedimientos médicos.

Por otro lado, para establecer una posible causa de la infertilidad en una pareja y después poder *corregir* ese diagnóstico, se realizan estudios médicos tanto a la parte femenina, como a la parte masculina, previo al ingreso a la Unidad de Reproducción Asistida, Areli cuenta: “Tenemos que ver la consulta, darle seguimiento a las pacientes que nosotros estamos viendo para ver de qué manera podemos *mejorar* todas las características de ella y de él para intentar lograr el embarazo” (Areli: 2018. Énfasis mío).

Al cuerpo femenino se *evalúan* sus perfiles hormonales, el tamaño de su útero y sus ovarios, si tiene alguna infección, si tiene quistes en los ovarios, si sus trompas de Falopio se encuentran obstruidas y su edad. En el varón se evalúan sus niveles hormonales, su capacidad espermática y si tiene alguna infección.

Una vez realizados esos estudios, si el diagnóstico de infertilidad persiste, se procede a un tratamiento más eficaz en la Unidad de Reproducción Asistida para poder realizar al cuerpo las *correcciones* necesarias.

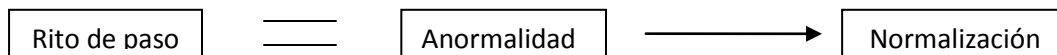
V.1 La eficacia simbólica del rito de paso: De lo anómalo a lo normalizado

Los ritos de paso “[...] indican y establecen transiciones entre estados distintos. Y con “estado” quiero decir “situación relativamente estable y fija” (Turner, 1967: 103).

Los ritos de paso constan de tres fases:

- 1) La fase de *separación*: cuando el individuo o el cuerpo colectivo es separado de su estado anterior.
- 2) El periodo *liminal*: el proceso por el que pasa el individuo o el cuerpo colectivo durante el rito para llegar al estado final. En este estado, no se es “ni lo uno ni lo otro”.
- 3) El estado de *agregación*: cuando la transición se ha consumado y se muestra un nuevo estado bien definido. En este estado, el individuo “adquiere derechos y obligaciones de tipo “estructural” y claramente definido” (Turner, 1967: 104).

Planteo que un tratamiento hormonal de reproducción asistida como la inseminación artificial, la fecundación *in vitro* o la ICSI es un ritual de paso entre el estado de “anormalidad” y el estado de “normalización”.



La fase de *separación* comienza cuando la pareja ingresa a la clínica privada o al Instituto público en búsqueda de un diagnóstico. En esta etapa, la pareja se separa de “los normales” para tratar de alcanzar el estado buscado: el de vivir el embarazo. El estado anterior corresponde a la anormalidad con potencial a ser corregida, del cual la pareja se separa ingresando a dichos lugares de regulación.

El estado de liminalidad empieza con el tratamiento de infertilidad, que si bien comienza desde que se realiza a la pareja procedimientos como el espermograma o la histeroscopia, éste se vuelve más evidente durante tratamientos como el “ciclo” de fecundación *in vitro* o de PCSI en reproducción asistida. El estado de liminalidad está representado por la anormalidad en proceso de ser normalizada.

Una vez separados de su estado anterior, la pareja inicia el tratamiento, en este caso: el ciclo. Para esto, examinaré el ciclo que comenzó el 22 de febrero de 2018 en el INPer. Es a partir de este momento cuando la pareja se adhiere al periodo *liminal*.

Algunas de las características del periodo liminal son:

1) Los participantes del grupo liminal son considerados como agentes contaminantes, pues su condición es ambigua.

Durante el periodo liminal, los participantes del ciclo se encuentran en una condición que no se halla clasificada, pues no son ni normales, ni anormales, ya que están en tratamiento para su normalización: son enfermos en tratamiento. Durante este periodo, los iniciados son vistos por la comunidad como contaminantes, puesto que no pertenecen a un orden clasificado. Como señala la antropóloga Mary Douglas: “[...] nuestro comportamiento de contaminación es la reacción que condena cualquier objeto o idea que tienda a confundir o a contradecir nuestras entrañables clasificaciones” (1973: 55).

La condición anómala es explicada desde la medicina como “lo enfermo que está en proceso de normalización”, pues no se es “lo enfermo” ni se es “lo sano”, los iniciados están pendientes de ser clasificados: son individuos en proceso de *corrección*. Estar en tratamiento es el aspecto contaminante de las y los usuarios en ciclo, ya que el cuerpo es moldeado de tal forma que sale de su estado anterior y no ha llegado a su estado normalizado.

2) Existe una cierta obediencia por parte de los iniciados hacia sus instructores.

La medicalización del cuerpo es de suma importancia para cumplir con lo solicitado por los médicos, debe hacerse en horarios y cantidades estrictas, no más, no menos. Para lo cual, la obediencia y disciplina de los iniciados es de suma importancia, como cita Víctor Turner (1967: 112):

La *pasividad* de los neófitos para con sus instructores, su maleabilidad, que se ve incrementada por el sometimiento a las pruebas y su reducción a una condición uniforme, son signos del proceso mediante el cual se les tritura, para ser *moldeados* de nuevo y dotados de nuevos poderes con lo que enfrentar su nueva situación en la vida (Cursivas mías).

La obediencia de los neófitos en ocasiones, es expresada como lo hace Arcelia (2018): “[...] me siento tranquila, como, como que confiada, sabes que pues ellos saben lo que hacen y cómo lo hacen. Entonces pues *yo estoy en sus manos*” (Énfasis mío).

E incluso esa obediencia puede darse ante procedimientos que resultan ser invasivos al cuerpo. Durante el ciclo, procedimientos importantes son la captura de ovocitos y la transferencia embrionaria, los cuales, cuentan las usuarias, son dolorosos. Al respecto Daniela (2018) cuenta: “Es que la transferencia para mí fue muy dolorosa, muy dolorosa. Supuestamente las chicas me habían dicho que no, que la captura era más que la transferencia, y en mi experiencia no, fue muy doloroso”.

La psicóloga Allison (2018) comenta que durante un tratamiento de reproducción asistida las usuarias dicen experimentar sensaciones de invasión al cuerpo:

Pues, te lo voy a decir como ellas me lo dicen ¿no?: “Eh, es como sentirse *una ratita de laboratorio*, que todo el tiempo te tienen que medir, abrir, picar, medir abrir, picar, medir, abrir, picar, todo el tiempo medicar”. Pues no es una sensación agradable, la verdad es que es invasivo al cuerpo ¿no?” (Énfasis mío).

3) Durante el periodo liminal se tritura y se re-moldea a los iniciados.

El periodo liminal del ciclo se puede dividir en cuatro fases:

1) Estimulación folicular.

Cuando una pareja comienza el ciclo, el médico *vigila* el tamaño de los folículos ováricos para determinar la dosis y el medicamento a recetar con el fin de lograr su tamaño deseado.

Durante las estimulaciones ováricas con medicamento, se buscan folículos ováricos que midan de entre 16 milímetros a 18 milímetros y que al final produzcan de entre 10 a 12 ovocitos para que puedan ser fecundados en el laboratorio.

[...] lo que se hace es un hiperestimulación de estas mismas hormonas, de la FCH y la ALH, de las dosis que la paciente lo requiere para obtener una mayor cantidad de óvulos, no solamente uno, que es lo que es lo que sucede en un ciclo normal, sino alrededor de diez, doce, cuando mucho quince, dieciocho, a lo mejor, y eso ya sería hablar mucho (Alberto, 2017).

2) Punción ovárica.

En el quirófano, el médico introduce por vía vaginal una aguja que aspira los ovocitos maduros, y una vez capturados, son llevados al laboratorio de embriología para ser fertilizados con una muestra seminal de la pareja (o de un donante).

Ese día, el varón llega al laboratorio de andrología a dejar su muestra seminal para que ésta sea capacitada.

La pareja es *reducida* a su información genética representada por sus gametos. La pareja es *transformada*, mediante el uso de medicamento hormonal o de la *capacitación* seminal, para mejorar las características de sus gametos y así obtener las mejores muestras para poder llevar a cabo la fertilización en el laboratorio.

3) Fertilización.

En el laboratorio se *manipula* la fertilización fuera del cuerpo. Se vigila el comportamiento de los embriones y se escoge el de mejores características para poder ser implantado en el útero de la usuaria. El cuerpo se *moldea* fuera del cuerpo mismo y luego se *reconstruye* mediante la transferencia embrionaria. Este acontecimiento asombra tanto a usuarios como a personal de salud, con testimonios como los siguientes: 1) “Pues para mí, o sea nunca lo imaginé, ni siquiera sabía que eso podía existir” (Noemí, 2018); 2) “¡Increíble!, ¡todavía me parece increíble! [...] O sea, es increíble lo que se puede hacer ya a nivel fuera del útero [...] ¡híjole, no!, ¡maravilloso!, ¡increíble!” (Areli, 2018).

4) Transferencia embrionaria.

Durante el periodo liminal “Los neófitos son equiparados a los *embriones* y tratados como tales, como niños recién nacidos o crías de teta, por medios simbólicos que varían según la culturas” (Turner, 1967: 107. Cursivas mías). Las y los usuarios son sujetos a los que se debe moldear y educar para alcanzar la condición normalizada. En cuanto al cuerpo, éste es re-moldeado y reconstruido durante la transferencia embrionaria; para esto se seleccionan los embriones de mejor calidad para ser implantados en el útero.

En la reconstrucción del sujeto, la psicología también juega un papel importante al moldear la mente de las y los usuarios en ciclo:

O sea yo sí soy como mucho de estarlas ubicando todo el tiempo [...] “inyéctate, “deja que te hagan la [...] punción [...] y ver qué nos dicen los biólogos” O sea todo es un paso porque [...] las pacientes tienen que estar mucho aquí ¿no? “paso uno, paso dos, paso tres”. Por eso también es importante el acompañamiento emocional ¿no? (Allison, 2017).

El ciclo culmina con el resultado de la prueba de embarazo. Es pasando este momento cuando se alcanza el estado de *agregación*, pues se ha transitado del estado de anormalidad al estado normalizado.

Las probabilidades de éxito del tratamiento de reproducción asistida más eficaz, que es la fecundación *in vitro*, van del 35% al 40% (César, 2018), por lo cual es común no tener éxito de embarazo en un tratamiento.

Si bien la prueba de embarazo puede ser negativa, ¿cómo es entonces que se alcanza el estado de agregación a través de un resultado de embarazo negativo?

Planteo que la eficacia del tratamiento no reside en el éxito del embarazo sino, que el objetivo de los tratamientos de reproducción asistida, bajo un contexto de normalización, es que las y los usuarios se normalicen, que sea *corregida* toda anomalía del cuerpo por el bienestar del individuo y de la población.

El estado de normalización no se logra con el embarazo, sino con la prueba de que “se hizo el intento”; se intentó *corregir* el cuerpo, al mismo tiempo que se intentó cumplir con los mandatos sociales de los roles de género hegemónicos.

El éxito de los tratamientos de reproducción asistida, reside en la creencia de los actores en su eficacia: en que serán normalizados o que hicieron el intento por serlo, como en el siguiente testimonio: “O sea esto yo lo hago porque no me quiero quedar con “el hubiera”, o sea yo quiero luchar hasta lo que más se pueda” (Karina, 2018).

Los actores que participan en dicha creencia son: el médico, el enfermo y el colectivo. Al respecto Lévi-Strauss escribió sobre “el hechicero y su magia”:

[...] la eficacia de la magia implica la creencia en la magia, y que ésta se presenta en tres aspectos complementarios: en primer lugar, la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas; luego, la del enfermo que aquél cuida o de la víctima que persigue, en el poder del hechicero mismo; finalmente, la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, que forman a cada instante una especie de campo de gravitación en cuyo seno se definen y se sitúan las relaciones entre el brujo y aquellos que él hechiza (1958: 196).

Sobre la cita anterior, la eficacia del tratamiento de reproducción asistida implica la creencia en la eficacia de las técnicas del médico o en su caso, en el psicólogo, no como individuos, sino como representantes del saber/poder clínico; la creencia del enfermo en las técnicas del saber clínico; y por último, la creencia del colectivo en la eficacia de las técnicas del saber clínico sobre el enfermo.

Si bien, la eficacia simbólica se cumple con el reconocimiento ante el colectivo de que el enfermo ha pasado por tratamiento; en algunos casos, el paso de las parejas por estas técnicas no es compartido con su círculo social cercano, entonces: ¿cómo se cumple la eficacia simbólica del tratamiento sin el reconocimiento del colectivo? El reconocimiento de la normalización, se cumple frente al saber/poder clínico, el cual es reconocido como legítimo por el colectivo.

El individuo no es reconocido como “normal” únicamente frente a individuos de su entorno cercano, sino también frente a un saber/poder clínico legitimado por el

colectivo como hegemónico y portador de la verdad, el cual cuenta con la autoridad de definir quien es un normal o un anormal. Así, no es necesario que el colectivo vigile la normalización del sujeto, sino que esa práctica es sustituida por la confesión de la verdad ante el saber legítimo y, con esto, frente al poder: ante autoridades clínicas como médicos, psicólogos y a través de análisis y estudios. Lo que importa es la confesión ante la autoridad: ante el saber clínico, el cual determina si el sujeto es un riesgo, un enfermo, un anormal o por el contrario, un sujeto normal o un sujeto normalizado.

En todo caso, al lado de los rituales consistentes en pasar por pruebas, al lado de las garantías dadas por la autoridad de la tradición, al lado de los testimonios, pero también de los procedimientos científicos de observación y demostración, la confesión se convirtió, en Occidente, en una de las técnicas más altamente valoradas para producir lo verdadero [...] Cuando la confesión no es espontánea ni impuesta por algún imperativo interior, se la arranca; se la descubre en el alma o se la arranca al cuerpo [...] La obligación de confesar nos llega ahora desde tantos puntos diferentes, está ya tan profundamente, incorporada a nosotros que no la percibimos más como efecto de un poder que nos constriñe; al contrario, nos parece que la verdad, en lo más secreto de nosotros mismos, sólo "pide" salir a la luz; que si no lo hace es porque una coerción la retiene, porque la violencia de un poder pesa sobre ella, y no podrá articularse al fin sino al precio de una especie de liberación (Foucault, 1976a: 74-76).

Tras completar un tratamiento de reproducción asistida, las y los usuarios, consiguen “[...] transformarse de amenaza para la seguridad física de su grupo, en garante de su coherencia mental” (Lévi-Strauss, 1958: 201), pues de no cumplir con los mandatos, “hacer el intento” es reafirmar la coherencia de las normas grupo.

El ritual, pensado como un *performance* ayuda a crear y a legitimar el orden social al que pertenece, pues:

[...] se refiere más a la construcción social de la realidad que a su representación; y nos remite fundamentalmente a hábitos y técnicas corporales. El *performance* está articulado con la creación de la presencia: puede crear y hacer presentes realidades suficientemente vívidas como para conmover, seducir, engañar, ilusionar, encantar, divertir, aterrorizar. A través de estas presencias, refuerza o altera las disposiciones, los hábitos corporales, las relaciones sociales, los estados mentales (Díaz, 2000: 65).

VI. DE SIGNIFICADOS Y EMOCIONES

Si el ritual es un proceso performativo que puede “conmover, seducir, engañar, ilusionar, encantar, divertir, aterrorizar” (Díaz, 2000: 65) ¿qué sentimientos y emociones experimentan las y los usuarios durante un tratamiento?

“Según Damasio, el sentimiento es una idea que se tiene en el cerebro sobre el estado del cuerpo en un momento dado” (Castaingts, 2017: 27).

Por otro lado, las emociones, según Le Breton (1998), están basadas en los significados de la cultura en la que se encuentran inmersos los sujetos. Entonces, las emociones descansan sobre esquemas de sentidos y valores previamente construidos.

La emoción sentida traduce la significación dada por el individuo a las circunstancias que repercuten en él. Es una actividad de conocimiento, una construcción social y cultural que se convierte en un hecho personal a través del estilo propio del individuo (Le Breton, 1998: 11-12).

Las emociones son construcciones que obedecen al marco de significados y valores de una cultura y la expresión de éstas, se tejen sobre la historia de vida del individuo.

En un contexto en que el ejercicio del rol de la maternidad y del rol de la paternidad son valorados positivamente, ¿qué significa ejercer esos roles para las y los usuarios con diagnóstico de infertilidad siendo usuarios de algún tratamiento de reproducción asistida?

Para las usuarias, el ejercer el rol de la maternidad guarda distintos significados, tales como:

1) El sentirse realizados como pareja: “complementar este, con tu familia, o sea como [...] es como que, el, eso que dicen ¿no? el símbolo del amor [ríe] sí es un complemento” (Karina, 2018).

2) El cumplir una serie de pasos en la vida: “[...] pues ya varias metas personales, laborales y escolares estaban cumplidas, entonces hice como pasos y ahorita creo que ya era momento de iniciar como la maternidad, así lo consideré” (Paola, 2018).

3) Cumplir con un “instinto maternal”: “Mira, para mí nunca fue una condicional [el ser madre] para tener un buen matrimonio, pero llega un momento en que tú mismo cuerpo te despierta ese sentido maternal, es interesante ¿no?” (Jessica, 2018).

4) No quedarse en “el hubiera”, como en la cita de Karina (2018) mostrada anteriormente: “O sea esto yo lo hago porque no me quiero quedar con “el hubiera”, o sea yo quiero luchar hasta lo que más se pueda”.

5) El sentirse realizada como mujer: “Pues es un papel importante y más para las mujeres [...] yo creo que para realizarte como mujer sí es importante, bueno, o sea, te puedes realizar en otros diferentes ámbitos pero para mí sí es importante ser mamá” (Montserrat, 2018).

Como se pudo observar anteriormente, se encontraron testimonios en los que la maternidad significa para las usuarias sentirse “realizada como mujer”, forma parte de los pasos a seguir en su vida, u obedece a lo que las usuarias denominan “instinto maternal”.

Entre los testimonios de los varones, nunca se encontró que el ejercicio de la paternidad formara parte de los pasos a seguir en la vida del hombre o que respondiera a un instinto paternal. Entre los significados del ejercicio del rol de la paternidad se encuentran:

1) El cumplir con las etapas del matrimonio: “Hemos disfrutado muchas cosas y pues ya esta es la última etapa, digo “pues ya lo que nos queda, tener un bebé y disfrutarlo” (Eduardo, 2018).

2) Complementar el amor que siente hacia su pareja: “[...] es como que compartirlo, es compartirlo ese gran afecto que siento por ella” (Alejandro, 2018).

3) Cumplir con los deseos de la pareja: “Pues llevo buena amistad con mi esposa, si quiere tener hijos, yo también ¿no?” (Ramiro, 2018).

A partir de estos significados para las y los usuarios, es que éstos ingresan a tratamientos de reproducción asistida, en donde expresan distintos matices de emociones por el deseo de cumplir el rol de la maternidad y de la paternidad.

De acuerdo con sus testimonios, las parejas entrevistadas nunca imaginaron que en algún momento pasarían por un tratamiento de reproducción asistida; sin embargo consideran que éstas son una buena opción para las parejas con diagnóstico de infertilidad. Algunos lo expresan con resignación, como Eduardo (2018): “[...] pues ya es lo que te queda y tienes que echarle ganas, ya no hay de otra”.

Los usuarios comentan que el proceso de ingreso a la Unidad de Reproducción Asistida es desesperante, debido al tiempo invertido, como cuenta Ramiro (2018): “La verdad que estoy algo desesperado, llevo aquí cinco años y “venir y que esto, el otro día y esto”.

Al ingresar a un tratamiento en la Unidad de Reproducción Asistida por primera vez dentro del Instituto, los usuarios se sienten con esperanzas por la posibilidad de lograr el embarazo, debido al prestigio de INPer, como comparte Dulce (2018): “Pues entras obviamente con esperanzas de que todo funcione ¿no? [...] hasta donde yo sé, y las opiniones que he tenido del hospital, es uno de los mejores y yo personalmente te puedo decir que sí”.

Algunas usuarias y usuarios relatan sentirse tranquilos durante el tratamiento, a pesar de que saben que éste puede fallar, como comenta Arcelia (2018): “Estoy muy tranquila. O sea yo estoy como consciente de que tampoco es una garantía el que yo esté aquí que vaya a ser mamá”.

Algunos usuarios expresan que a lo largo del ciclo sienten miedo de que el tratamiento no funcione, como en el caso de la pareja de Bertha: “[...] yo siento que él tenía miedo de que si no funcionaba” (Bertha, 2018).

Sin embargo, a pesar del miedo experimentado, continúa en las parejas el sentimiento de esperanza con el que ingresan a tratamiento, como relata Alejandro (2018): “[...] la esperanza muere al último ¿no?”.

Tras un resultado de embarazo negativo, algunos usuarios comentan experimentar en pareja sentimientos de depresión y de dolor, como en el caso de Eduardo y su pareja Fernanda: “Pues cuando te dicen “no se pudo” pues sí nos hemos deprimido ¿no?, al principio es doloroso [...] pues a veces sí hemos llorado como pareja” (Eduardo, 2018).

Algunos usuarios presentan un sentimiento de desilusión cuando un tratamiento no se logra con éxito, como comenta Enrique (2018): “¿Cómo me sentí? Pues desilusionado porque no, no pegó. Entonces decidimos hacerlo una segunda vez. ¡Ahora es en esta!”.

El sentimiento de ilusión se desgasta con cada intento de tratamiento: “[...] pero esperamos que todo salga perfecto y ya, ahora sí que todavía no nos hacemos muchas ilusiones” (Enrique, 2018).

Ya que las emociones descansan sobre un marco de significados construidos en sociedad y se traducen por el individuo según su historia de vida, es que se puede observar que, a pesar de que distintos individuos pasen por una misma situación, se encuentren distintos matices de significados y por ende en la expresión de las emociones.

Por otro lado, tuve la oportunidad de entrevistar a psicólogos tanto de la clínica privada, como del instituto público.

Rodrigo, psicólogo clínico del INPer, relata que las usuarias de reproducción asistida y que son atendidas por el área de psicología manifiestan ansiedad, vergüenza y afectaciones en su vida sexual y de pareja.

[...] porque siempre está sufriendo con muchísima vergüenza [por] el no poder tener un hijo. El que la confronten con la pregunta “¿y tú para cuándo?” muy frecuentemente va a hacer que ella se sienta triste, que la presionen, porque es definirla “que es incompetente para tener hijos (Rodrigo, 2018).

El psicólogo Rodrigo cuenta también que, al no poder reproducirse, la mujer se vive con poca valía, ya que, culturalmente, se le ha enseñado que su *valía* depende de su capacidad de reproducción: “[...] muchas de ellas al no tener hijos se viven en mucha desventaja frente a las personas, frente a los hombres, frente a todo por esta sensación de valía que es siempre muy manifiesta por no poder tener hijos (Rodrigo, 2018).

Allison considera que el deseo de un individuo por tener un hijo biológico es un mandato genético y social:

[...] [Es] como esta parte primitiva que está en nosotros: de pronto necesitar cuidado ¿no?, tener, proveer, genéticamente seguir como estando presentes y; porque también es una cuestión social ¿no?, o sea, el boom que tienes por todos lados, en donde te van diciendo que el tipo de pareja o el tipo de familia ideal se constituye también con un hijo (Allison, 2017).

Siguiendo a Allison, los usuarios entran en conflicto cuando esos mandatos genéticos y sociales de la reproducción no son cumplidos, lo que en ocasiones, como en el caso de las usuarias, da como resultado el alejarse de la vida pública; en sus palabras: “Yo tengo mis pacientes, y muchas por ejemplo cierran sus Facebook o dejan de convivir con otras personas porque es tanta la presión social que ejerce por todos lados indirectamente, que las rebasa ¿no?” (Allison, 2017).

La psicóloga Dalia refiere que las usuarias experimentan vacíos existenciales y se viven en desventaja frente a los hombres, debido a que su proyecto de vida “no va más allá de casarse y tener hijos” (Dalia 2018), ella afirma que las usuarias que son atendidas en esta área “no cuentan con un proyecto personal y al no poder embarazarse se experimenta un gran vacío existencial” (Dalia, 2018).

Los psicólogos, tanto de la clínica pública como privada, afirman que la terapia es dolorosa, pero es curativa y que la finalidad de la terapia psicológica es que la mujer reconceptualice su valía, se funcionalice y logre cambios en su vida para vivirla con calidad (Dalia, 2018); (Rodrigo, 2018); (Allison, 2017).

[...] la intervención psicológica tiene que apuntar muchas veces a poder integrar la cuestión social, la cuestión individual, la cuestión de pareja y que permita a la

paciente que está en tratamiento sobre eh, reconceptualizar su valía como persona y como mujer y que muchas veces las mujeres que históricamente se les ha inculcado que su único objetivo es reproducirse, la condición de dolor con la que viven ellas es muy fuerte (Rodrigo, 2018).

La psicóloga Allison comenta que las parejas que llegan a su área, llegan desgastadas económicamente, emocionalmente y físicamente después de haber intentado uno o varios tratamientos sin eficacia en otras clínicas.

Allison comenta que el estar dentro de uno de estos tratamientos es tener una alta expectativa y que cuando falla, hay sentimientos de injusticia en algunos usuarios: “[...] hay mucho enojo, hay mucha frustración, hay mucha sensación de injusticia ¿no? porque es estarse comparando “¿por qué otros sí? ¿por qué yo no?” (Allison 2017).

En la clínica privada se ofrecen tratamientos de ovodonación. Allison nos cuenta que para una usuaria es doloroso aceptar que requiere de una ovodonación:

...es doloroso más que estresante, es como muy doloroso desapegarte a tu propia genética para recibir genética de otro [...] entonces se vuelve más como un proceso doloroso y de confusión porque [...] como eh, animales primitivos es como hasta antinatural [...] y pues ahora imagínate nosotros ¿no? que [...] simbolizamos (Allison, 2017).

En cuanto a los testimonios de los psicólogos, sobre las emociones de las y los usuarios, pareciera que éstas únicamente son expresadas por la parte femenina, además de manera negativa.

Según cuentan los especialistas, existe en la usuaria una relación entre su identidad y su capacidad de reproducción, no su identidad como individuo, sino de género, de la cual depende su valía. Cuando la capacidad de reproducción de la usuaria se ve afectada, entonces experimenta emociones negativas sobre sí misma como vergüenza (por lo cual se aleja de la vida pública) o dolor, y sólo puede salir de ese estado emocional negativo con ayuda de la psicología.

[...] y es solamente con análisis que ella ha logrado estos cambios verdaderos, no el hecho de irle a pelear al marido, estar de peleonera de cantina, no se trata de eso, sino que realmente los cambios es que empieza a cuidarse a sí misma, que

empiece a distribuir también las tareas del hogar, a regular y esos son los cambios que nosotros esperamos (Dalia, 2018).

Sobre la importancia del ejercicio de los roles de maternidad y paternidad para las y los usuarios, los psicólogos de INPer, Dalia y Rodrigo, consideran que el mandato de la reproducción es un constructo social, mientras que Allison, de la clínica privada, considera que es un mandato genético y social.

Según los psicólogos, producto del incumplimiento de esos “mandatos”, las y los usuarios expresan emociones asociadas al dolor, las cuales parecen ser una constante en un tratamiento de reproducción asistida. Se encuentra así, una relación entre enfermedad-dolor o anormalidad-dolor.

El *dolor evidente* y el *dolor viviente*, parten de la idea occidental, en especial cartesiana, de la separación de la mente y el cuerpo. El *dolor evidente* hace alusión al dolor sentido por el cuerpo, el dolor físico, y el *dolor viviente* al dolor sentido por la mente, el dolor emocional (Chávez, 2008).

Como una emoción, “el dolor viviente es parte del conjunto de representaciones simbólicas, pues su construcción está permeado por la cultura” (Chávez, 2008: 110) y se traduce por el individuo bajo su propia historia de vida.

Allison relata que en terapia se enseña a las personas a vivir con el dolor viviente y el malestar que refieren en su consulta. En sus palabras: “nosotros enseñamos a las personas a vivir con el malestar, con el dolor, porque no se va, es humano, el dolor es humano” (Allison, 2017).

Entonces, en el caso del área psicológica, la relación entre anormalidad-dolor, se traduce a anormalidad-dolor viviente. La expresión del dolor viviente en las y los usuarios, es una construcción cultural producto de las significaciones del individuo en su deseo por ejercer la maternidad o paternidad y de su diagnóstico de infertilidad.

En el caso de ambos contextos, la psicología se sitúa como un saber/poder legítimo normalizante que *corrige* las anomalías en la mente de los individuos; los

normaliza. La psicología patologiza lo que considera anormalidades en la mente del individuo y busca *corregirlas* mediante un tratamiento psicológico para que éste se normalice. Además, este saber clínico, se legitima a sí mismo argumentando que la única forma en que las y los usuarios atiendan sus malestares psicológicos es por medio de la terapia psicológica.

La finalidad última de la psicología es que el individuo acepte su anomalía para normalizar su mente y que así sea un sujeto funcional, al mismo tiempo que se contribuye a la reproducción de los roles de género.

VII. CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo conocer los discursos emitidos por usuarios y personal de salud en torno al cuerpo y las emociones de las y los usuarios de técnicas de reproducción asistida en clínicas del sector público y privado en Ciudad de México.

Plantearme, desde la antropología, la importancia de estudiar las Técnicas de Reproducción Asistida, en relación con las dimensiones de parentesco, género, cuerpo y emociones, me llevó a realizar esta investigación de una manera cualitativa, razón por la cual, las entrevistas a mis informantes, constituyen la fuente principal de obtención de información.

La metodología empleada fue apropiada para mi investigación, ya que me permitió conocer, de ambas clínicas: quiénes son los actores que participan en los procedimientos de las TRA, tanto usuarios como personal de salud; los servicios ofrecidos, en qué consisten y cómo estos son llevados a cabo; los motivos y cómo ingresan las y los usuarios a los tratamientos de reproducción asistida.

Por otro lado, la bibliografía empleada para el análisis de la información recabada, permitió advertir nuevos hallazgos, así como reafirmar la producción teórica utilizada.

Partí de la siguiente hipótesis: Las TRA funcionan como ritos de paso entre lo anormal y lo normalizado, mientras que contribuyen a la reproducción de los roles de género, debido a la construcción binaria del cuerpo desde la medicina; lo que repercute en experiencias corporales y emocionales diferenciadas por el género en las y los usuarios de reproducción asistida de clínicas privadas y públicas en Ciudad de México.

De la información recabada a lo largo del trabajo de campo, puedo concluir que, mi hipótesis planteada al principio de esta investigación funcionó ya que, en

efecto, las TRA funcionan como ritos de paso entre un estado de anormalidad y un estado de normalización.

La teoría de Michel Foucault sobre la sociedad de normalización, se cumple en los contextos en los que estudié, pues la infertilidad está construida en relación con la anormalidad por el saber/poder médico, en un contexto económico-político de normalización. En este contexto de normalización, la pareja infértil no sólo representa una anomalía que es excluida y separada de la población *normal*, sino que es separada porque representa una normalidad en potencia.

La atención de la anormalidad del cuerpo, desde el campo médico, recae en mayor medida sobre el cuerpo femenino, en comparación con el cuerpo masculino, debido a la construcción binaria del cuerpo sexuado con la que opera la medicina (y el saber/poder clínico en general), distinción la cual asigna características y valores a cada uno, los cuales, por esa razón, deben ser *corregidos* diferenciadamente.

La invasión al cuerpo me permitió plantearme mi principal hipótesis: las TRA funcionan como ritos de paso. En éstos, la invasión al cuerpo es una característica importante del periodo de liminalidad. Con la finalidad de que el iniciado abandone su estado anterior, en esta fase se le *tritura* y se le comienza a re-moldear. Para re-moldear el cuerpo de la o el usuario, dentro de una TRA, se selecciona lo mejor de sus muestras genéticas y se le *reconstruye* en el laboratorio por vía de la fertilización, después los embriones resultantes son implantados en el útero para finalizar la reconstrucción del cuerpo. Para ser reconstruido, antes el cuerpo es fragmentado en sus partes más diminutas a las que las biotecnologías tienen acceso: los gametos. Las biotecnologías, situadas en un contexto de poder normalizante, permiten normalizar el cuerpo en todos sus *rincones*: seleccionando las mejores muestras de gametos y realizando pruebas genéticas a los embriones. Esta atomización del cuerpo (Díaz, 2006), permite un ejercicio del poder con mayor eficacia y de una forma más rigurosa, en donde ningún *lugar* del cuerpo queda exento de ser controlado.

El periodo de liminalidad experimentado por usuarias y usuarios de TRA, reafirma la producción teórica realizada por Michel Foucault sobre el poder de la sociedad de normalización: todo poder pasa sobre el cuerpo y; el poder, más que reprimir, transforma, y en estos contexto, siendo el cuerpo sobre quien recae el poder, el cuerpo es el principal actor en ser transformado.

La alta probabilidad de un resultado de embarazo negativo, al final de un tratamiento de reproducción asistida, me lleva a plantear que la eficacia del tratamiento, no reside en el éxito del embarazo sino, en que las y los usuarios sean normalizados; el rito de paso tiene como cometido, llevar al individuo de la “anormalidad” a la “normalización”.

El ciclo reafirma y legitima el poder normalizante de la medicina. El objetivo de los tratamientos de reproducción asistida, bajo un contexto de de normalización, es que las y los usuarios se normalicen, es constatar que los sujetos han hecho el intento de ser *corregidos*. Tras completar un tratamiento de reproducción asistida, las y los usuarios, consiguen “[...] transformarse de amenaza para la seguridad física de su grupo, en garante de su coherencia mental” (Lévi-Strauss, 1958: 201). Es entonces que al concluir el tratamiento, la pareja se convierte en garante de la coherencia del orden social en el que vive, pues se demuestra que la infertilidad como enfermedad existe y se cura, y si no se cura, se hace el intento por quitarla del cuerpo. En este contexto de normalización, la infertilidad reside en el cuerpo, y se encuentra separada de la mente; sin embargo, esta enfermedad puede llegar a tener repercusiones patológicas sobre la mente, y de ser así, es deber de la psicología, y en algunos casos, de la psiquiatría, *corregirlas*.

Por otro lado, si la eficacia del tratamiento depende de tres actores, el médico, el enfermo y el colectivo, como comenta Areli: “La idea del embarazo no nada más es de ellos, sino también de nosotros” (Areli, 2018), entonces las TRA reconfiguran el parentesco. Se crean líneas imaginarias de parentesco, en donde, además de las y los usuarios, tanto los médicos, como el personal de laboratorio se hacen presentes, pues participan en el proceso de la eficacia del tratamiento.

Como ejemplo de esto, el médico César guarda en su consultorio una foto de un bebé con la leyenda: “para mi papá molecular” (César, 2018).

Siguiendo la línea del parentesco, y en relación con el género, los testimonios sobre los significados de la importancia del ejercicio de la maternidad y la paternidad para las y los usuarios, se hallan diferenciados por el género. La diferenciación genérica de los significados sobre la importancia del ejercicio de la maternidad y de la paternidad, es producto de las representaciones sociales que asignan los roles de género, en donde dentro del “ser mujer” se encuentra el rol de la maternidad y dentro del ser hombre, no se encuentra el rol de la paternidad.

Y esos constructos, son interiorizados según la historia de vida del individuo. Si bien, esos significados son un efecto de la construcción de los roles de género, “si el sujeto está culturalmente construido, de todas formas posee una capacidad de acción” (Butler, 1990: 278). El deseo por el cumplimiento de los constructos hegemónicos de género, no significa que las y los usuarios carezcan de agencia, por el contrario, la agencia se demuestra en el deseo por ingresar y continuar con un procedimiento de TRA más allá de sus implicaciones.

Si bien, parece ser que emociones asociadas al dolor son protagonistas en parejas heterosexuales con diagnóstico de infertilidad durante tratamientos de TRA, no solamente se experimentan emociones “negativas”. A pesar de que personal de salud refiere que las y los usuarios de las TRA dicen experimentar dolor, entre los testimonios de estos últimos, se encontraron sentimientos como la tranquilidad.

Con lo anterior y con el análisis realizado, puedo concluir que la expresión de las emociones es producto de dos cosas: 1) la materialidad del cuerpo: las emociones se expresan por la concepción del estado que experimenta el cuerpo, en ese sentido, según Antonio Damasio (Castaingts, 2017), se expresan sentimientos, y; 2) los significados que guardan las y los usuarios acerca de la importancia para sí mismos sobre el ejercicio de la maternidad y la paternidad.

Los tratamientos de reproducción asistida, parten de la idea cartesiana de la diferenciación entre mente y cuerpo y, al ofrecer tratamientos multidisciplinarios, normalizan al individuo en su totalidad; mediante procedimientos médicos que se enfocan en la normalización del cuerpo y terapias psicológicas que se enfocan en la normalización de la mente.

Si bien, las TRA abren paso a distintas configuraciones de parentesco, sin embargo, debido a la inexistencia de una reglamentación jurídica, a la cual se someta el sector público, en INPer, las TRA son herramientas que reproducen los esquemas de familia heteroparental tradicional. Y si bien la clínica privada no se sujeta a la inexistencia de reglamentos jurídicos, la imposibilidad de realizar la subrogación, priva al sector masculino de ejercer libremente su derecho a la reproducción.

Ante esta situación, resulta importante realizar investigaciones alrededor de las Técnicas de Reproducción Asistida, con la finalidad de aportar material empírico al diálogo por una legislación incluyente, libre de violencia y de desigualdad en México, en materia de reproducción asistida, que apunte a la apertura de las TRA a todo individuo que así lo desee.

En un contexto parecido; de desigualdad de acceso a los servicios de reproducción asistida, de violencia física, de una hegemonía de la heteronorma, me gustaría mencionar los logros del movimiento feminista “Campaña feminista por el derecho a la reproducción de lesbianas y mujeres solas”, en Catalunya en torno a la reproducción asistida.

Este movimiento consiguió en 2016 que el gobierno aprobara ofrecer servicios de reproducción asistida en instituciones públicas de salud a todas las mujeres sin importar su orientación sexual, su diagnóstico médico o su situación civil¹².

¹² Recuperado de: *el Periódico* (consultado el 15 de junio de 2018).
<https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20160708/catalunya-garantiza-la-reproduccion-asistida-a-mujeres-lesbianas-o-sin-pareja-5255805>

El movimiento planteaba erradicar la discriminación que ejercían las instituciones de salud públicas en contra de mujeres lesbianas y en solitario, buscó también que los procedimientos fueran ejercidos libres de toda violencia¹³ (Coordinadora Feminista, 2015).

Considero que esta investigación debe ser complementada con estudios que tomen en cuenta las dimensiones de parentesco, género, cuerpo, emociones y desigualdad, incluyendo a la comunidad LGBTTTIQA.

Aun falta mucho por recorrer en el terreno del estudio de la reproducción asistida desde la antropología, así como en los logros por la equidad de género, sin embargo, investigaciones en este campo son pertinentes para motivar el diálogo a favor del acceso equitativo a las Técnicas de Reproducción Asistida.

¹³ Recuperado de: *Coordinadora Feminista* (consultado el 15 de mayo de 2017).
<http://www.feministas.org/campana-feminista-por-el-derecho-a.html>

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Referencias primarias

Méndez Luna, Grace (2017) *Informe de campo 2017*.

Méndez Luna, Grace (2018) *Informe de campo 2018*.

Anónimo (2015) “Campaña feminista por el derecho a la reproducción de lesbianas y mujeres solas” en *Coordinadora feminista*
<http://www.feministas.org/campana-feminista-por-el-derecho-a.html>

Anónimo (2016) “Catalunya garantiza la reproducción asistida a mujeres lesbianas o sin pareja” en *el Periódico*
<https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20160708/catalunya-garantiza-la-reproduccion-asistida-a-mujeres-lesbianas-o-sin-pareja-5255805>

Anónimo (2017) “La edad fértil del hombre y de la mujer” en *Life Bridge Agency*
<http://lifebridgeagency.es/blog/la-edad-fertil-del-hombre-y-de-la-mujer/>

Anónimo (2018) “Seminograma” en *IREMA* <https://www.irema.org/seminograma/>

Anónimo (año sin especificar) “PGD vs. PGS” en *WINFertility*
<http://www.winfertility.com/pgd-vs-pgs/>

Avalón Berzosa, Terapia (2012) “La construcción de la biomedicina y el por qué de una antropología médica” en <http://a-morgana.blogspot.mx/2012/02/la-construccion-de-la-biomedicina-y-el.html>

Boló, Horacio (2011) “La Ciudad Cristiana y el nacimiento de los hospitales” en *El rincón de la medicina interna*
<http://www.elrincondelamedicinainterna.com/2011/05/la-ciudad-cristiana-y-el-nacimiento-de.html>

“Cámara de Diputados” <http://www.diputados.gob.mx/>

“Campanya feminista pel dret a la preproducció assistida de totes les dones”
<https://campanyadretreproduccio.wordpress.com/>

lel (2016) “Clasificará OMS a solteros como infértiles” en *El Universal*
<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/10/26/clasifica-ra-oms-solteros-como-infertiles>

“Instituto Nacional de Perinatología” <http://www.inper.mx/>

Rodrigo, Andrea (2017) “El coito programado: qué es, cómo funciona y sus resultados” en *Reproducción Asistida ORG*
<https://www.reproduccionasistida.org/coito-programado/>

Salvador, Zaira (2017) “Técnicas de reproducción asistida: tipos, precio y Seguridad Social” en *Reproducción Asistida ORG*
<https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/>

Salvador, Zaira (2018) “¿Qué es la histerosalpingografía?—Indicaciones y resultados” en *Reproducción Asistida ORG*
<https://www.reproduccionasistida.org/histerosalpingografia/>

Velázquez, Indra (2018) “Educación y fertilidad: Diferencia entre ovocito y óvulo” en *Reproducción-Asistida.mx* <https://reproduccion-asistida.mx/ovocito-y-ovulo/>

Referencias Bibliográficas

Bestard, Joan (2009) “Los hechos de la reproducción asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social” en *Revista de Antropología Social*, Madrid, vol. 18, pp. 83-95.

Butler, Judith (1990) “Sujetos de sexo/género/deseo”; “Prohibición, psicoanálisis y la producción de la matriz heterosexual”; Conclusión: De la parodia a la política” en *El género en disputa*. Barcelona, Paidós.

- Cardaci, Dora, y Sánchez Bringas, Ángeles (2009) “Hasta que lo alcancemos...” Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas” en *Alteridades*. Núm. 38, México, pp. 21-40.
- Castaingts, Juan (2017) “Antropología simbólica de las emociones y neurociencia” en *Alteridades*. Núm. 53, México, pp. 23-33
- Castañeda Jiménez, Elena y Héctor Bustos-López (2001) “La ruta del padecer en mujeres con diagnóstico de infertilidad”, en *Perinatología y Reproducción humana*, vol. 15, núm. 2, abril-junio, México, pp. 124-132.
- Castro, Roberto 2014 “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México” en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, México, pp. 167-197).
- Chávez Courtois, Mayra Lilia (2008) “Capítulo III” en *Infertilidad y técnicas de reproducción asistida: una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco*. Tesis para obtener el grado de doctora en Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
- Deleuze, Gilles 1999 (1990) “Post-scriptum sobre las sociedades de control” en *Conversaciones. 1972-1990*. Trad. De José Luis Pardo. Violencia: Pretextos, pp. 277-281.
- Díaz Cruz, Rodrigo (2000) “La trama de silencio y la experiencia ritual” en *Alteridades*. Núm. 20, México, pp. 59-74.
- Díaz Cruz, Rodrigo (2006) “La huella del cuerpo. Tecnociencia, máquinas y el cuerpo fragmentado” en *Tópicos del Seminario*. Núm. 16, México, pp. 145-170.
- Díaz Cruz, Rodrigo (2014) “Cuerpos desgarrados, vidas precarias: violencia, ritualización, performance” en *Alteridades*. Vol. 24, No. 48, México, pp.71-83.

- Douglas, Mary (1973) “La impureza ritual” y “La profanación secular” en *Pureza y peligro*. México, Siglo XXI.
- Foucault, Michel 1976 (1975a) “El cuerpo de los condenados”; “Los cuerpos dóciles”; “El panoptismo” en *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Trad. De Aurelio Garzón del Camino, México, Siglo XXI.
- Foucault, Michel 1999 (1975b) “Clase del 8 de enero de 1975”; “Clase del 15 de enero de 1975” en *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Argentina, FCE.
- Foucault, Michel (1976a) *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Argentina, FCE.
- Foucault, Michel 2000 (1976b) *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France*. Argentina, FCE.
- Foucault, Michel 2010 (1981) “Las mallas del poder” en *Obras esenciales*. Trad. De Ángel Gabilondo. Madrid, Paidós, pp. 890-905.
- Han, Byung-Chul (2014) *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Trad. De Alfredo Bergés. Barcelona: Herder, pp. 11-73.
- Héritier-Augé, Francois (1991) “La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres” en *Alteridades* Núm. 2, México, pp. 92-102.
- Le Breton, David (1998) *Las Pasiones Ordinarias. Antropología de las emociones*. Argentina, Nueva Visión.
- Le Breton, David (2002) “Introducción” en *Antropología del cuerpo y modernidad*. Argentina, Nueva Visión.
- Le Breton, David (2007) “Introducción” en *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. Argentina, Nueva Visión.
- Lévi-Strauss, Claude (1958) “El hechicero y su magia”; “La eficacia simbólica” en *Antropología Estructural*. España, Paidós.

- Mbembe, Achille 2011 (2006) "Introducción"; "Necropolítica" en *Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto*, Madrid, Melusina, pp. 10-75.
- Olavarría, María Eugenia (2002) "De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día" en *Alteridades*. Núm. 24, México, 99-116.
- Olavarría, María Eugenia (2011) "Sobre las formas de tener un hijo en el D.F. del siglo XXI. Adopción y las técnicas de reproducción asistida en familias homo y heteroparentales" en *Parentescos en un mundo desigual. Adopciones, lazos y abandonos en México y Colombia*. México, Miguel Ángel Porrúa ed. /UAM, Colección Las ciencias sociales.
- Sibilia, Paula (2005) *El hombre postorgánico* Argentina, FCE.
- Stolcke, Verena (2010) "Homo clinicus ¿entre la naturaleza y la cultura?" en R. Díaz Cruz, A. González Echevarría (coords.) *Naturalezas, cuerpos, culturas. Metamorfosis e intersecciones*. México: Juan Pablos Editor/ UAM-Iztapalapa, pp. 279-316.
- Turner, Víctor 1999 (1967) *La selva de los símbolos*. Madrid, Siglo XXI.
- Yébenes Escardó, Zenia "Performatividad, prácticas corporales y procesos de subjetivación" en *Diario de Campo*, 3a época, n. 6-7, México, pp. 50-54.