

UN ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LAS VIVENCIAS DE MUJERES CON PROBLEMAS DE ESTERILIDAD

*Irene Hidalgo Bravo
Ascensión Martínez López
Francisco José Martínez Rojo
María Carmen Pujante Rodríguez
María José Sánchez García*

Medicina y Salud

UN ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LAS VIVENCIAS DE MUJERES CON PROBLEMAS DE ESTERILIDAD

Autores:

Irene Hidalgo Bravo

Ascensión Martínez López

Francisco José Martínez Rojo

María Carmen Pujante Rodríguez

María José Sánchez García

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **Los autores**

ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.
C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) info@3ciencias.com

Primera edición: **1 de octubre de 2017**

ISBN: **978-84-947995-5-6**

DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2017.51>

Índice

1. INTRODUCCIÓN	7
2. ESTADO DE CONOCIMIENTO	11
3. JUSTIFICACIÓN.....	41
4. OBJETIVOS	43
5. MARCO METODOLOGICO.....	45
6. BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXO I. DEFINICIÓN DE MATRONA.....	57
ANEXO II. DEFINICIONES DE INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD EN MEDICINA REPRODUCTIVA.....	58

1. INTRODUCCIÓN

Nuestro proyecto de investigación surge a raíz de mi trabajo como matrona, y por ser mujer en una época denominada periodo fértil; en mi trabajo diario y en mis relaciones sociales comienza la búsqueda del hijo, que a veces, se puede convertir en un largo y laborioso recorrido como explicaremos en los siguientes capítulos.

La Matrona, según la Confederación Internacional de matronas (CIM), es “un profesional responsable que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante... La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud”.

Según Esteban (1993), hoy en día se tiene una visión totalmente diferenciadora de la mujer y del hombre y una visión fertilista o reproductivista de cuerpo y de la salud de las mujeres que se conecta directamente con su realidad social con lo cual se tiende a uniformizar a las mujeres sin caer en la cuenta de la diversidad de experiencias e intereses entre las mismas mujeres.

En una mujer con dificultades para concebir, consideramos que sus vivencias del proceso reproductivo en nuestro sistema sanitario no serán iguales que otra mujer que decide quedarse embarazada y lo consigue sin ninguna técnica médica. Necesitamos conocer el significado y naturaleza de la infertilidad en estas mujeres, sus experiencias, sus motivaciones, sus expectativas, sus necesidades,...Para que nuestra atención hacia ella sea lo más holística y de mayor calidad y, dentro del modelo médico actual, la matrona, como profesional sanitario encargado de la salud sexual, debe intervenir.

Nuestro objeto de estudio no serán únicamente las relaciones entre médico y paciente ni las implicaciones de las técnicas de reproducción asistida en los pacientes a nivel fisiológico, síntomas y efectos secundarios de los tratamientos, sino sus implicaciones en la vivencias, experiencias y sentimientos en la mujer, observar cómo las técnicas de reproducción asistida afectan la experiencia de las que siguen el tratamiento en nuestro sistema sanitario. Por experiencia no entenderemos los efectos psicológicos de las mujeres, sino los efectos que tienen estas técnicas sobre las relaciones personales, laborales, sociales y representaciones culturales de estas personas cuando siguen el tratamiento en nuestro sistema sanitario. Cuando hablamos de técnicas de reproducción asistida (TRA) nos referimos a todas aquellas técnicas que interfieren en el curso natural reproductivo y con la consiguiente administración

de tratamiento para conseguirlo (en la mayoría de las ocasiones sin causa orgánica objetivable) sólo me referiré a las técnicas que la legislación española permite, entre las que están: inducción a la ovulación, inseminación artificial, fecundación in vitro, inyección intracitoplasmática, transferencia de embriones, criotransferencia, diagnóstico preimplantacional.

Comenzaremos con una argumentación teórica basado en una revisión bibliográfica, una lectura de textos referentes a los principales ejes teóricos que a nuestro parecer son los más influyentes en este proceso de significar y representar la infertilidad, y junto estas interpretaciones, añadiremos a lo largo del discurso actos de pensamientos propios.

Un primer concepto que abordaremos la Maternidad, que se según Lozano (2001) es “uno de los temas más privilegiados a la hora de constatar al mismo tiempo la longevidad de los parámetros patriarcales y las numerosas fisuras abiertas en su interior que advierten una modificación ineludible”. Recorreremos una breve aproximación histórica de los distintos discursos y representaciones que han dado lugar a su significado, hasta llegar a la actualidad, la Posmodernidad, con sus cambios sociales, culturales, políticos, económicos... que reinterpreten un significado que estará mediado por la aparición de las Técnicas de reproducción asistida.

Esta nueva era de la tecnología en la reproducción, dará lugar a nuevos conceptos en torno a la maternidad, que hace que pierda su significado que se creía que se tenía claro y objetivo, llenándose de matices que expertos y teóricos de distintas perspectivas tratan de explicar. Hay autores que hablan de distintas maternidades, se distingue o se define a tres madres: genética, gestacional y social. (Álvarez 2006: 429-430). La legislación española se ha ido renovando con respecto a estas técnicas para intentar dar soluciones las consecuencias de su aplicación, como desarrollaremos en páginas posteriores.

El segundo concepto que trataremos será la Infertilidad, como un concepto descrito en las ciencias de la salud y a su vez, haremos un recorrido a través de diferentes interpretaciones de los textos escritos desde distintas disciplinas, en el cual surgirán contradicciones, y pondrán en discusión la representación del concepto en sí.

A continuación, intentaremos conceptualizar dos dimensiones de la mujer: Identidad femenina y Cuerpo femenino. El estudio de la construcción de estos conceptos, que consideramos relevantes para conocer la representatividad de la infertilidad en la mujer, su naturaleza y significado, pues todo este proceso de reproducción “anormal” desfigura estos dos dominios. La identidad femenina, como la imagen que la mujer posee de sí misma y respecto a los demás, como mujer estéril y como madre futura. El cuerpo como el objeto de este entramado de construcciones, es el origen y el final, el cuerpo estéril que las técnicas de reproducción asistida se encargarán hacer funcional.

Por último, un concepto al que hemos llamado “Poder”, para englobar los discursos médicos y políticos encontrados en los textos referidos a nuestro objeto de estudio. Si antes hemos dicho, que el cuerpo era el origen, en este apartado explicamos el origen del origen. Analizaremos el significado de mujer-madre en el discurso médico de la Historia para finalizar con el actual modelo médico, denominado Hegemónico, cómo se centra en el cuidado sólo de lo objetivable, diagnosticando, categorizando entre sano/enfermo y selecciona el tratamiento a seguir, todo ello, en un entramado saber/poder. Estamos en la era de la medicalización intensiva que da lugar a un excesivo control médico en todos los campos del ser humano, en especial, en el ciclo reproductivo de la mujer, un control sobre la reproducción humana legitimado y normalizado a través del Estado.

Una vez, argumentado todo nuestro marco teórico, justificaremos nuestro estudio y estableceremos unos objetivos, generales y específicos, para terminar con un diseño del trabajo de campo para su desarrollo en futuro estudio.

2. ESTADO DE CONOCIMIENTO

2.1. Descripción del fenómeno

2.1.1. Contextualización Social

En las sociedades occidentales posmodernas, la maternidad ha dejado de ocupar el papel relevante que tenía en la antigüedad. Actualmente se priorizan los posibles de los que dispone la pareja, anteponiendo otras expectativas personales y desarrollo individual (incorporación de la mujer a la vida laboral) a la búsqueda de descendencia. En estos momentos, ya no hay que tener un hijo para conseguir un estatus social determinado “La maternidad ha perdido su cualidad de estatus sociales absolutos” (Bestard: 2003: 25).

En oposición, cada vez son más las parejas que ante la no concreción de un embarazo, acuden a las técnicas de infertilidad para conseguir un hijo. La búsqueda del hijo por parte de la parejas es difícil de identificar, y según Consuelo Álvarez (2006, 411-455), “podemos estar antes distintos significados culturales del hijo”.

Otro hecho que tiene lugar en estas sociedades es la intensa “medicalización” (Foucault, 1978) en todo el ciclo de la mujer, desde el uso de anticonceptivos, embarazo, parto y puerperio y climaterio. En muchos sectores ha surgido una vuelta atrás, en el proceso de parto, se habla de “humanización en su atención”.

El Estado con la formulación de leyes (aborto, anticonceptivo de urgencia,...) y la ciencia médica, con sus avances y el actual modelo medico (descrito en los siguientes capítulos) han provocado una gran diferencia entre esterilidad voluntaria e involuntaria.

La esterilidad voluntaria es una decisión propia de la mujer, aceptada cultural y socialmente en nuestro tiempo, pero la esterilidad involuntaria se identifica como un fallo orgánico de la “máquina” (Díaz Cruz, 2006:149), una función no realizada, un deber no cumplido como mujer y considerada una dolencia a tratar.

En 2009, 800 parejas fueron tratadas en las consulta de fertilidad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca: 300 por causa de esterilidad femenina, 359 por esterilidad masculina y el resto sin causa conocida. De las 800 parejas, 575 fueron derivadas a las clínicas de infertilidad, y tan sólo 249 consiguieron el embarazo. De estos embarazos, el 25% sufrió abortos y el 2% embarazo ectópico, es decir, que de las 800 parejas, solo consiguió un embarazo más allá de las 20 semanas 181 mujeres (no existe registro de cómo acaban los embarazos, prematuridad, patología materna o fetal...). En estas consultas se lleva a cabo un primer contacto, las pruebas diagnósticas, los tratamientos farmacológicos (inducción ovárica) y la inseminación artificial. Si fracasan se deriva a la clínicas de infertilidad concertadas (IVI, INFER, Instituto Bernabéu,

clínica Dexeus) para proseguir con los tratamientos que requieren mayor avances tecnológicos (FIV e ICSI).

En el discurso nos referiremos a técnicas de reproducción asistida como aquellas técnicas que interfieren en el curso natural reproductivo, con la consiguiente administración de tratamiento para conseguirlo, en la mayoría de las ocasiones sin causa orgánica objetivable. Únicamente nos referiremos a las técnicas que la legislación española permite, entre las que se incluyen: inducción a la ovulación, inseminación artificial, fecundación in Vitro (FIV), inyección intracitoplasmática (ICSI), transferencia de embriones, criotransferencia, diagnóstico preimplantacional.

Con las Técnicas de reproducción asistida, surge de nuevo “el instinto maternal”, para explicar la constancia de las mujeres a someterse a estos tratamientos tan duros física y psicológicamente. Pero ese instinto natural, corresponde más bien, a la autorrealización de esas mujeres en una sociedad, en el que el valor de la maternidad, sigue siendo sobrevalorado y, según Lozano Estivalis (2001: 348) “el problema de la infertilidad debería verse más como una consecuencia de vivir en una sociedad que no ofrece a la mujer ninguna imagen positiva de sí misma alejada de la maternidad”.

En la sociedad española actual el rasgo demográfico más destacable es la baja natalidad. Según datos del INE en 2008, el número de hijos por mujer es 1,4. Para Bestard (2003:108), no es que las personas no quieran tener hijos, es que según resultados de otros estudios sociales, el bajo índice de natalidad se genera porque las personas deciden, en general, tener menor número de hijos. En nuestra sociedad, tener un hijo es fruto de una decisión pensada y valorada, se priorizan otros aspectos antes que ser madre como son estudios universitarios, promoción laboral, estabilidad económica, desarrollo personal: 44,1% del total de la población activa y 54,6% de la enseñanza universitaria en el 2º trimestre del 2010 son mujeres.

Continuamente, en los medios de comunicación, aparecen imágenes de embarazadas anunciando productos que las multinacionales lanzan. A esto debemos añadir la constante publicidad de las clínicas de fertilidad en radio, paneles de las autovías, folletos... que inundan todo nuestro mundo occidental da lugar a que se normalice la búsqueda de un hijo a través de las técnicas de reproducción asistida de aquellas parejas que han sido diagnosticadas de esterilidad, el “sueño de la maternidad” puede ser posible. Esto unido a las políticas, con la promulgación de nuevas leyes que subvencionan estas técnicas por el Estado, claro con sus criterios de inclusión.

2.1.2. Marco legislativo

Los avances científicos en materia de reproducción asistida, y los éxitos que se fueron sucediendo en todo el mundo, así como los posibles problemas éticos y jurídicos que fueron apareciendo, llevaron a la promulgación en 1.988 de Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre

Técnicas de reproducción asistida. Esta ley permitía a la mujeres estériles a acceder a esta técnicas para tener un hijo “para facilitar la procreación cuando otras terapéuticas se hayan descartado por inadecuadas o ineficaces” (art.2.2) que permaneció vigente hasta el 21 de noviembre de 2003. Ese mismo año, y como sabemos que la ciencia avanza más rápido que la ley, entró en vigor una nueva ley que modificaba la anterior, ley 45/2003, de 21 de noviembre. Posteriormente, se constataron deficiencias en este última ley con respecto al desarrollo de las nuevas técnicas de reproducción, llevando a una revisión y a la publicación de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

Esta nueva ley define claramente, el concepto de preembrión, como el embrión in vitro constituido por el grupo de células resultantes de la división progresiva del ovocito hasta que es fecundado hasta 14 días más tarde, objeto de debate por asociaciones y grupos de diversas ideologías por su autorización para su uso por la investigación médica. También esta última ley sigue un criterio mucho más abierto al enumerar las técnicas que, según el estado de la ciencia y la práctica clínica, puede realizarse hoy día. En ella, se habla por primera vez de diagnóstico preimplantación (estudio del ADN de embriones humanos para seleccionar los que cumplen determinadas características y/o eliminar los que portan algún tipo de defecto congénito), con lo que estas técnicas de reproducción asistida no solo soluciona los problemas de esterilidad, sino que sirven para el tratamiento de personas nacidas que carecen de tratamiento curativo, de nuevo punto de polémica por organizaciones e instituciones que llegan a compararlo con la “eugenesia”. A su vez, explica la necesidad de que los poderes públicos intervengan en la “asimetría de información que existe entre quienes acuden a demandar la aplicación de esta técnicas y quienes las aplican”, ya que dichas técnicas se han desarrollado de manera extensiva en especial en el ámbito privado.

En cuanto a las usuarias de las técnicas, esta última ley establece por primera vez, que “la mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas regulada en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual”. Esto crea una paradoja, pues, por una lado permiten a un mujer “con independencia de su estado civil y orientación sexual” someterse a estos técnicas, pero a su vez, el Sistema Nacional de Salud que subvenciona estas técnicas, utiliza criterios más restrictivos: sólo se tratarán parejas heterosexuales (excluyendo a mujeres solas o lesbianas, las cuales sí podrían en una clínica privada), la mujer no deber superar los cuarenta años, límite máximo de ciclos (actualmente, en el Servicio Murciano de Salud ha pasado de 3 ciclos a tan solo dos ciclos, basándose en estudios por expertos que demuestran que un tercer ciclo no aumenta la posibilidades de embarazo), y prioridad de parejas que no tiene hijos sobre las que tienen un hijo sano. Esto da lugar a una desigualdad de derechos, “Artículo 16.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948: “Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia”, también recogido en nuestra Constitución en el artículo 14: “Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación

alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

En la primera ley del 1988, se estableció una distinción entre madre “plena” o “no plena”: la maternidad plena, declaraba, que es la madre que ha gestado el hijo con su propio óvulo y la “no plena” o “parcial”, es la mujer que aporta solo la gestación, llamada “maternidad de gestación”, o sus óvulo/s, “maternidad genética”. Niega la gestación por sustitución (“vientre de alquiler”) declarando que la “la filiación de los hijos nacidos por gestación por sustitución será determinada por el parto”, se atribuye a la gestante el mayor rango, “por la estrecha relación psicofísica con el futuro descendiente durante los nueve meses de embarazo”. También añade que la maternidad y la paternidad biológica pueden ser legales, educacionales o de deseo, en cualquier caso, según esta ley “madre es la que pare”.

2.1.3. Políticas sanitarias

Según Lozano Estivalís, (2001:360) “Las políticas sanitarias públicas con relación a la reproducción asistida están sometidas a una paradoja esencial. Si no se garantiza su prestación pública se convierte en un privilegio para determinados sectores sociales”. En España, según el Real Decreto 631/1995 de 20 de Enero sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS, el tratamiento de la esterilidad está incluido en las prestaciones del sistema público.

Según datos de la Sociedad Española de Fertilidad y del Ministerio de Sanidad y Consumo, actualmente existen en España 203, 38 públicos y 165 privados, en Murcia, existen 4 centros privados concertados a los que se derivan desde el hospital de referencia, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), hospital de referencia en el área materno-infantil de una población total de 525.000 personas. En este hospital se llevan a cabo los siguientes tratamientos: estudio y diagnóstico pareja estéril, inseminación artificial conyugal, inseminación artificial donante, ecografía trans-vaginal para estudio folicular y endometrio, inducción de ovulación (tratamiento) para TRA, 1º control ecográfico de gestación tras FIV y derivación a consulta de prenatal. El resto de tratamiento de mayor intervención y recursos tecnológicos tienen lugar en las clínicas de fertilidad privadas mediante un concierto con el Servicio Murciano de Salud como es el caso de la fecundación in vitro (FIV).

Recientemente surgió la noticia de que el Servicio Murciano de Salud había pasado a subvencionar tratamientos de 3 a 2 FIV en una misma pareja, avalado por opinión de expertos en la terapia que aludían al hecho de que después de dos intentos las posibilidades eran casi nulas, ¿Pero realmente es así o por motivo de la situación actual de déficit, recortan gastos, utilizando el saber-poder del experto?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) “La esterilidad involuntaria es una enfermedad y es un derecho fundamental conseguir la terapia para una enfermedad, así como la curación de un estado de variación anatómica o fisiológica no reversible. Además añade, que

las parejas infértiles tienen el derecho a ser tratadas por todos los medios disponibles actualmente en Medicina Reproductiva. Pero, según Tubert (1991: 154) no podemos hablar de enfermedad, porque la esterilidad sólo se manifiesta a la hora en que aparece un proyecto de concebir, es la "imposibilidad de satisfacer un deseo". Por tanto, como bien dice Lozano Estivalis (2001: 366), no se puede considerar como parte del derecho a la protección de la salud, a no ser que incluyan deseos de reproducción. Por un lado, está la legalidad de las técnicas y por otro, el acceso a ellas a través de la subvención pública. Para el ejercicio de libertad reproductora de los individuos y en la autonomía de las mujeres, según Lozano Estivalis (2001: 369) "es necesario reestructurar el desequilibrio entre saber – poder que rige las relaciones médico -paciente en el actual modelo médico dominante", hay que establecer unas garantías para que la mujer tome la elección adecuada tras ser informada, ya que en dicho modelo, el médico suele ser el que elige el tratamiento a seguir.

María Casado (Papers de la UA de Barcelona, 1997) se hace la siguiente pregunta "¿Existe el derecho a tener hijos a cualquier costo?" Esta socióloga habla sobre cómo la distribución de los recursos es un problema de primera magnitud en lo que se refiere a la salud "Los presupuestos sanitarios son necesariamente limitados y los gastos de salud también necesariamente crecientes a medida que aumenta el nivel de vida y las posibilidades de la técnica. Esto implica que los gastos deben limitarse y a su vez esto conlleva a elegir prioridades en la atención sanitaria de la población. La jerarquización de las prestaciones y su financiación debe ser hecha de acuerdo con las prioridades de la misma población a la que los programas de salud pública se dirigen" Pese a ello, según las estadísticas de la Sociedad Española de Fertilidad 2009, España se ha posicionado como el tercer país europeo -detrás de Alemania y Francia- con más ciclos de reproducción asistida y el primero en ciclos de donación de óvulos y diagnóstico preimplantación. En estos resultados seguramente habrán influido factores económicos, como la accesibilidad gratuita para toda la población, la publicidad en los medios de comunicación, y también el hecho de que la mayor parte de los tratamientos se realizan en clínicas privadas, con el consiguiente beneficio económico.

Entendemos que los discursos morales, sociales y políticos de las sociedades a lo largo de los tiempos han normalizado, legitimado, aquello que consideran normas y dentro de esa normalidad, está la perpetuación de la especie a través de la mujer, es decir, ha existido "una representación dominante de la maternidad" (Lozano Estivalis 2001:27). ¿Pero qué ocurre con aquellas mujeres que no pueden seguir la "norma"? Pues según Tubert (1991:107) transgreden el orden simbólico construido y aparecen como "la negación de la naturaleza, de la vitalidad y de la creatividad, como reverso de la ecuación fertilidad – normalidad – tradición".

2.2. Descripción y valoración de los conceptos centrales e investigaciones vinculadas con el fenómeno

2.2.1. Marco teórico

Tal y como afirma Lisón Tolosana (2007:7), “La naturaleza corporal y condición genética nos hace ser parte del cosmos, sometidos a tiempo, espacio y causalidad como cualquier otro objeto, y biológicamente nacemos, vivimos y morimos como cualquier animal, pero por nuestra capacidad mental, esto es, por nuestra razón práctica y especulativo-simbólica, por nuestros juicios morales, intenciones, planes y esquemas para vivir habitamos en un mundo social y moramos en un universo cultural. Es precisamente la antropología la que investiga y reflexiona sobre este espacio discursivo que prima el análisis de la sociedad en la cultura y de la cultura en la sociedad

Este autor continúa “Lo que realmente define y radicalmente separa al hombre en el cosmos no es su ser social, pues lo son también los animales, sino su ser cultural, la capacidad de atribuir significado y otorgar sentido a todo lo que libremente designa”. Ese sentido y significado que las mujeres dan a la infertilidad es el que queremos encontrar con nuestro trabajo, sus percepciones, sus experiencias individuales, desde una perspectiva emic, cómo ellas lo interpretan y, a su vez, los profesionales que se encargan de su atención. “El acto reproductor tiene consecuencias muy diferentes para cada uno de los sexos. Mientras el macho fecunda y se separa físicamente de las consecuencias de su acto, la hembra es fecundada e integra físicamente las consecuencias del acto reproductor. Esta diferencia en la posibilidad de separarse o integrar físicamente la alteridad de la herencia (el feto) influye de una manera muy precisa en el proceso del acto fecundador y, más aún, en la dinámica social” (Lorite Mena, 1987:33).

El modo en que se viven y se manifiestan las experiencias es útil para entender e interpretar una realidad, y lo que intentaremos con este trabajo es conocer la realidad de la infertilidad, sus connotaciones sociales, emocionales y personales a través de las vivencias de un grupo de mujeres y su forma de convertirlo en un significado. La teoría antropológica en que nos fundamentaremos, es la que se denomina Antropología de la Experiencia, de reciente incorporación en los análisis sociales, y se apoya en la idea de que “se interpreta a las personas en función de sus propias interpretaciones” (Bruner y Turner, 1986 citado por Díaz 1997). Este autor, a su vez, defiende que “una obra, acción, vivencia o expresión son totalidades singulares, no deducibles de lo común, pero elaboradas a partir de lo común y cuya comprensión a partir de ello” (Díaz 1997: 6).

Desde el paradigma fenomenológico, intentaremos dirigir nuestro estudio, llegar a interpretar lo que significa la infertilidad una vez diagnosticada de esterilidad a través de sus experiencias y vivencias, creando una “perspectiva del mundo desde la experiencia” (Patton, 1990) (Rick, Zoucha, 1999). Para Minayo, (1997) “El conocimiento consiste en la sedimentación de

experiencias y situaciones vivenciadas. El conocimiento almacenado por el actor social funciona como un marco de referencia, a través del cual interpreta el mundo y pauta su actuación”. Nuestro objetivo, como profesionales de las ciencias de la salud, es que las mujeres estériles reciban un atención más holística e integral, a partir de su significado, de su construcción de la infertilidad, para provocar un cambio que pensamos que es necesario en el proceso salud/enfermedad que englobe todas las dimensiones de la mujer y no solo trate su parcela física. Para ello, deberemos dejar de un lado nuestras propias ideas y preconcepciones para entender lo que viven las mujeres, “se deberán intentar captar las características esenciales del fenómeno, los “conceptos fenomenológicos” (Aps, 1991 citado por Tójar Hurtado, 2006) en las descripciones de nuestros informantes.

Para la realización de nuestro estudio utilizaremos como guía en las experiencias fenomenológicas los cuatro factores existenciales de Van Manen (1990, citado por Tójar Hurtado, 2006:103) el espacio vivido (clínicas de fertilidad, consulta del hospital, su casa), el cuerpo vivido (referencia a la manera en que la mujer percibe su propio cuerpo o funciones del cuerpo, antes, durante y después del tratamiento), el tiempo vivido (sentido que tiene una persona de estar en un determinado momento, incluyendo la manera que percibe el pasado, presente y futuro vivida) y la relación humana vivida (relaciones interpersonales, mujer-médico, familiares, laborales...). A través de este proceso, obtendremos el fenómeno que se quiere comprender, describir un aspecto de la estructura de la experiencia y aprehender su significado.

Aunque queremos enfocar el trabajo de investigación desde una perspectiva fenomenológica utilizando sus procedimientos (entrevistas en profundidad, historias de vida...), creemos que el método etnográfico podría sernos de utilidad en cuanto a su técnica de observación participante en las consultas de infertilidad, por lo que llevaríamos a cabo el proceso de triangulación. Ruiz Olabuénaga (1996:111) explica dos funciones principales de la triangulación, una de ellas proviene del “enriquecimiento que una investigación recibe cuando, a la recogida inicial de datos y a su posterior interpretación, se aplican diferentes técnicas” y la otra es “el aumento de confiabilidad de dicha interpretación”. Según este autor, estaríamos ante una investigación pluralista, debido a la pluralidad de enfoques y perspectivas que se aplican en ella. La etnografía, para Tójar Hurtado (2006:99) ha traspasado ampliamente las fronteras de la antropología y de la sociología y es frecuente encontrarla aplicada ámbitos como la salud.

Y por último, y no menos importante como enfermera especialista en Ginecología y Obstetricia, nos apoyaremos en R.T.Mercer (1997) que describió en su Teoría del rol maternal, la adopción del dicho rol “como el proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo incluso antes de nacer, y expresa el placer y la gratificación del rol”. Esta autora utiliza los círculos concéntricos de Bronfenbrenner: el microsistema (familia) que es el más influyente de los tres, el mesosistema,

que agrupa al anterior (familia, escuela, trabajo), entidades cercanas a la madre y el macrosistema (los prototipos generales que existen en una cultura en particular: influencias sociales, políticas y culturales).

Esta autora analizó la tensión debida al rol de ser madre, que influye de forma importantísima sobre el propio autoconcepto de la mujer, definido por Mercer como “la percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal”.

Desde el punto de vista de sus teorías, en nuestro trabajo intentaremos analizar las experiencias que padecen un grupo de mujeres que no han podido satisfacer por sí mismas la tensión debida al rol, cómo se han visto influenciadas en las decisiones que han tomado y en las sensaciones que han vivido, en su propio mesosistema y macrosistema, y en qué modo esta situación afecta a su propio “autoconcepto”. Hablaremos, entonces, de una mirada antropológica-enfermera.

A continuación, expondremos el marco conceptual, y hemos elegidos cuatro conceptos, que podrían haber sido mucho más o haber seleccionado otros, pero hemos creído que los expuestos a continuación podrán ayudarnos a centrar nuestro objeto de estudio y, sustentar y contextualizar nuestra investigación.

2.2.2. Maternidad

“Todo en la mujer es un enigma, y todo en la mujer tiene un única solución: se llama embarazo. Ser hembra es ser madre....”.
En Así habló Zaratustra. Nietzsche (1892:110)

No podremos abordar en estas páginas, la pluralidad de interpretaciones que ha existido sobre la maternidad y que desde diversas disciplinas han tratado de redefinir y conceptualizar, lo que si intentaremos es exponer aquellos discursos que se relacionan más con nuestro objeto a estudiar, la reproducción “anormal” (Heras, 2005).

Para Lozano Estivalis (2001:141), la maternidad “es la representación cultural más compleja que sobre la mujer se ha elaborado a lo largo de la Historia del pensamiento occidental” y aunque la valoración de la maternidad en el ámbito sociocultural se modifica y varía según las distintas épocas y contextos, intereses económicos, demográfico, político... Sin embargo, “en toda sociedad patriarcal la mujer entra en el orden simbólico sólo como madre” Tubert (1991:78). Hoy en día seguimos en una sociedad patriarcal, y aunque la sumisión de la mujer actual bajo el dominio patriarcal difiere de las primeras sociedades en cuanto su forma, no es lo es en cuanto su contenido: falta de independencia económica de algunas mujeres, división desigual del trabajo (las mujeres se ocupan del trabajo doméstico y cuidado de personas), división sexual del trabajo remunerado (los salarios de las mujeres son más bajos y sus

contratos a tiempo parcial), la mayoría de los altos cargos ejecutivos son ocupados por los hombres, violencia de género, acoso sexual, la prostitución que es esencialmente femenina. Todo ello demuestra la diferencia de poder entre el varón y la mujer en nuestras sociedades contemporáneas.

2.2.2.1. Reseña histórica

Comenzaremos con una aproximación histórica ya que desde el inicio de la vida, la maternidad ha sido un hecho presente en el vivir de los seres vivos, con ella se ha continuado la progenie, la especie se ha reproducido. Y por las características anatómicas y sexuales de la hembra, por su naturaleza intrínseca, era la asignada para tal función. La mujer está unida inexorablemente a la función materna, a lo privado, corporal, biológico, en oposición al varón con el que se le ha vinculado con lo público, mental, cultural. Silvia Tubert, (1991: 31) define la maternidad como “la única y verdadera realización de la vida femenina, identificándola con lo físico y lo moral: la mujer está más determinada por su sexualidad que el hombre porque ella está destinada, más que él, a la función reproductora”. Pero la maternidad no sólo es el hecho de procrear, en ella se incluye el acto de engendrar, parir, criar y educar, “maternidad es tanto el hecho de la procreación como el embarazo, el parto, la lactancia, el cuidado, la educación y los sentimientos hacia sus hijos. Maternidad es también su historia, su vida y su recuerdo” Moncó (2009: 361). Todo ello tiene lugar en la esfera familiar, doméstico, en lo privado. Para Radkau (1986:84): “La mayoría de las mujeres desarrolla todas a gran parte de sus actividades dentro de este ámbito, no obligada por algún destino biológico intrínseco, sino porque la sociedad (masculina) les ha asignado este espacio, el cual muchas mujeres aceptan como “natural”.

Los hallazgos de los primeros pueblos primitivos de estatuillas y figuras del cuerpo de la mujer, según los distintos discursos, mostraban el significado que tenía la mujer-madre en este periodo. Según Lozano Estivalis, “la mujer es representada como un gran ser en el centro de la vida social al simbolizar a la vez la Madre Natura” y según esta autora, las diosas que simbolizaban estas figurillas lo representaban todo: la caza, la guerra, la soberanía,... Diferentes textos las situaban por encima de su reducción a la maternidad, como un ser mítico que incluía lo femenino y lo masculino. Con la aparición de “los grandes cazadores “en el Neolítico, se produce una reorganización de las actividades humanas que hasta entonces obedecían a las necesidades y posibilidades técnico- ecológicas de la recolección y se anudaron unas relaciones especiales, utensiliarias, psicológicas, afectivas, sociales.... Un orden de los objetos, de los cuerpos y de sus posibles, que marcaron una dirección al modo-de-ser-hombre y al modo-de-ser-mujer, una distribución de las representaciones del saber. (Lorite Mena, 1991:23). Según este autor, esto marcó un antes y después, y es a partir de aquí cuando la reflexión y la práctica, el conocimiento y la acción sobre la especie humana ha estado organizada, presentada y reproducida, desde referentes exclusivamente masculinos.

En todas las culturas pasadas y pueblos de la historia, la maternidad se constituyó como la función intrínseca de la mujer, por sus características naturales, fue recluida al ámbito doméstico, y sólo conseguiría el reconocimiento social a través de la maternidad. En Grecia, la participación de la mujer en la vida pública-política se reducía a su función reproductora, su rol era mantener la estabilidad de la polis, siempre bajo el dominio masculino. Surgen mitos y narraciones que Lozano Estivalis (2001:155) distingue entre la “buena madre” (Deméter, Penélope, Antígona) y la “mala madre” (Hera, Clitemnestra, Medea, las amazonas), siendo la primera conceptualización la que da sentido a su condición social según las leyes masculinas del momento. Las mujeres, en cambio, participaban en los rituales religiosos y su presencia era imprescindible en ellos, eran consideradas como intermedias naturales entre el hombre y el espacio sagrado” ellas eran la generadoras de vida y como veremos más adelante, las que no podían ser madres, se asociaban a la muerte. En la tradición judeocristiana, aparece un dios único, masculino, y la Tierra y la mujer fueron sometidas a sus designios. El mito de Eva y Adán fue un simbolismo del dominio de lo masculino sobre lo femenino, y la representación de su sumisión. La mujer fue creada a partir del hombre y castigada por sus pecados, por ese cuerpo capacitado para la atracción del hombre y para procrear, al que los hombres tenían. Para Goldman-Amirav (1996 citada por Lozano Estivalis,(2001:166), “el mito de la Virgen María representa la apropiación de la capacidad reproductora de las mujeres por la cultura patriarcal, por un dios asexuado, pero claramente masculino y su construcción como Madre de Dios siempre virgen subrayó su subordinación a la divinidad masculina”.

Durante el Medievo y el renacimiento, la inferioridad de la mujer alcanzó su mayor auge, se identificó con Satán, su cuerpo demonizado. Según Casa Grande (1991, citado por Lozano Estivalis (2001:184), en el Medievo habían tres categorías de mujeres: vírgenes, viudas y casadas y la finalidad de estas últimas era la procreación de hijos legítimos, y como prueba de esa legitimidad, las mujeres eran encerradas en sus espacios domésticos.

Con la llegada de la Ilustración, siglo XVIII, el Estado se interesa por el crecimiento de la población, dando lugar a un modelo de maternidad que ayudaría a la estabilidad demográfica, se normativizaba el estatus maternal de las mujeres. Para Moreno y Mira (2005:25), la segunda mitad del siglo XVIII, “es el momento en que empieza a construirse la concepción cultural hegemónica de la maternidad que ha pervivido hasta nuestros días”. Se tenía una visión esencialista de la maternidad: la mujer y su cuerpo estaba configurado para la procreación y su vida se limitaba al hogar, a la crianza y a la educación de los hijos. Badinter (1991 citado por Moreno; Mira 2005:25) habla sobre como la exaltación maternal permitió a muchas mujeres disfrutar de la maternidad; que comenzó a ser una rol útil para la sociedad y valorado, pero esto trajo consigo que muchas mujeres se vieran obligadas a ser madres sin desearlo, provocándoles frustración y culpabilidad, no solo a éstas que no lo deseaban y se veían empujadas a ello, sino también ocasionaron decepción y desconsuelo aquellas que no podían serlo. “La responsabilidad de la crianza y educación de los hijos tuvo las consecuencias

de santificar a la madre buena, pero también culpabilizar a la madre mala” (Badinter, 1991:213y 228). En Francia, aparece Rousseau, y su exaltación del rol maternal, que no había sido suficientemente considerada hasta entonces, y es esta valoración de la maternidad traerá consecuencias que habrán de pesar en la mujer a lo largo de todo el siglo XIX.

Con este recorrido histórico, hemos querido revelar como la maternidad no es una función natural ligada a las características sexuales y reproductivas de la mujer, que "la maternidad no es un producto inmediato de la capacidad reproductora de la mujer sino que su ejercicio está articulado con los discursos ideológicos dominantes y con sus variaciones a través del tiempo” (Tubert 1991: 94 - 95) y ha sido construida según los contextos históricos y sociales, económicos, políticos y estos aparece más marcado en el siglo XIX.

2.2.2.2. Maternidad y feminismos en el siglo XIX

Según Lozano Estivalis (2001:150), “la maternidad es una variable de relación humana socialmente determinada, que con una función biológica como trasfondo, elabora un conjunto de asignaciones simbólicas con las que las mujeres y hombres deben enfrentarse individual y colectivamente”. Y son estas asignaciones simbólicas, de los discursos de la mujer en torno a esa capacidad natural reproductora determinada natural y biológicamente, las que hicieron levantarse a las feministas de los años setenta, al comprobar que su subordinación al hombre no estaba biológicamente estructurada sino que estaba social y culturalmente construida por una visión androcéntrica de la Historia. Según, Lozano Estivalis (200:80), las múltiples divisiones feministas surgieron en el siglo XIX como las distintas formas de encarar el problema de la definición y conceptualización de la maternidad y su superación del patriarcado. En los años 20, surge un feminismo designado de segunda ola (los movimientos sufragistas del XIX constituirán la primera ola del feminismo) “feminismo materialista” o “relacional” (Moreno y Mira, 2005:26), que abogan por la igualdad legal entre hombres y mujeres, se cuestionaban el rol de madre, pero reclamaban reformas políticas y sociales que protegieran a la maternidad.

Aparece Simone de Beauvoir y en sus palabras comienza a cuestionarse a la maternidad comienza por ser motivo de represión de la mujer. “El embarazo es un drama que se desarrolla en el interior de la mujer, quien lo siente como un enriquecimiento y una mutilación a la vez” (Citada por Lozano Estivalis, 2001), capacidad de elegir de la mujer. Pero es en los años 70, según Tubert (1991:156), cuando los feministas comienzan a estar interesados por redefinir el papel de la maternidad en la mujer y empieza el auge de dos tendencias segregadas del feminismo: el feminismo de la diferencia que surge en los años 70, y reivindican desde una visión esencialista, la diferencia de la mujer con respecto al hombre, la revalorización del cuerpo femenino y de la maternidad como fuente de placer que representa la superioridad de la mujer sobre el hombre, conocimiento y poder específicamente femenino, capaces de acabar con la sociedad patriarcal. Según autoras como Irigay (1992:105) “Las mujeres redescubren su naturaleza, su identidad y que se encuentren sus propias formas... Estas formas femeninas, por

otra parte, están, siempre inconclusas, en perpetuo crecimiento, porque la mujer crece, se desarrolla y se fecunda sin salir de su cuerpo". Para Ruddick (1989) "La protección del mundo debe llegar a parecer una extensión "natural" del trabajo maternal" (citadas por Lozano Estivalis, 2001:190). El Feminismo de la igualdad surge en los 80s como respuesta a las posiciones anteriores, rechaza la falacia mujer-naturaleza, la asignación de una identidad a partir del cuerpo sexuado y la idea de la maternidad como núcleo de la esencia femenina y que convierte a la mujer superior al hombre. Estas feministas de la igualdad abogan por una universalidad absoluta y como dice Establier (2005:179) "reivindican una sociedad liberada de la jerarquía oprimiente de los géneros" y rehúyen de la dimensión de la identidad femenina que consideran más esclavizante para la mujer: la maternidad. Firestone (1970, citada por Rich, 1996:160) hablaba del control de la capacidad de la fertilidad humana por las mujeres para conseguir separar así sexualidad de reproducción: como meta ideal propone la apuesta por la reproducción artificial para acabar con la ideología de que el cuerpo femenino nació para y por la procreación. Para Rich (1996:130), Firestone considera que si la maternidad biológica se convierte en una elección real (distinta de la prohibida o impuesta a la fuerza), resultará difícil defender los conceptos de la mujer como vientre y del "destino biológico".

Rich habló en su libro "Nacida de mujer" (1996) de la distinción entre "maternidad institucionalizada", que correspondería la dimensión pública de la maternidad, política, medicalizada, legitimizada, y la maternidad "como experiencia vivida por la mujeres". Para ella, "La institución de la maternidad viene definida por las leyes civiles y religiosas que regulan la maternidad, el falso sentimentalismo que la rodea, las manifestaciones artísticas que la expresan, las tradiciones étnico-culturales relativas a la maternidad... La dependencia económica femenina, la relegación de la maternidad y la familia al campo de lo privado, la transmisión de la herencia y el apellido del padre, la negativa a considerar las tareas domésticas como parte de la producción, la legitimación de la cadena de amor-culpa entre madres e hijos o madres e hijas, los salarios femeninos más bajos que los masculinos, la socialización de las mujeres para el rol de cuidadora de las criaturas... Así como el control que la medicina ejerce sobre el parto y el proceso reproductivo, incluido el intento de convertir el embarazo y el nacimiento en patologías y a las embarazadas en «pacientes». (Rich 1996: 411). Rechaza que la maternidad tal como se experimenta en nuestra cultura venga dada por la llamada "condición femenina", sino producto de una historia y una ideología y concluye con la idea de que "la institución de la maternidad debe ser destruida" añadiendo que la destrucción de esta institución no significa renunciar a la maternidad, sino "propiciar la creación y el mantenimiento de la vida en el mismo terreno de la decisión, la lucha, la sorpresa, la imaginación y la inteligencia consciente, como cualquier otra dificultad, pero como tarea libremente elegida" (Rich 1996:396).

Freud explicó el deseo del hijo dentro de su esquema edípico sobre la sexualidad femenina. Velasco (2005:136-137) explica el complejo de Edipo desarrollado por Freud. Al inicio, cuenta

que el objeto originario del niño y de la niña, fue la madre. El niño logrará superar esta fase, pero en la niña, dejará huellas más profundas, abandonará su adhesión a la madre al descubrir que la madre es carente, está "castrada", como ella misma creería descubrir estar, y trasladaría su amor a la figura paterna. La herida narcisista del descubrimiento de la carencia de la madre y de la suya propia no sería reparada, hasta la llegada del hijo que resarciría la ausencia del pene. A raíz de las teorías de Freud sobre el deseo del hijo y otras referidas a la maternidad, surgieron críticas que exponían que la envidia del pene de Freud refleja una concepción androcéntrica con un patrón masculino de la sexualidad, ya que se basó en la diferencia sexual anatómica entre la mujer y el hombre, para definir ese estado de carencia e incompletud, con el que ampara la idea patriarcal de inferioridad de la mujer. Según Velasco (2005), el destino final para la mujer, la realización de la libido femenina encontraría su satisfacción siendo madre, con la llegada del hijo, que ocuparía un lugar de objeto libidinal equivalente al pene.

Otra autora, Badinter (1981, citada por Ferro, 1991 y Moreno; Mira, 2005) puso en cuestión la existencia del instinto al afirmar que es una construcción histórica. Esta historiadora hace un recorrido por la Francia de los siglos XVII al XX, atendiendo a diversas opiniones (filósofos, médicos, moralistas) y testimonios (literarios, reales) sobre el amor maternal e intentó desmitificar el amor maternal, al considerarlo un sentimiento que ha cambiado a lo largo del tiempo y que por tanto no puede considerarse natural ni inamovible. Norma Ferro, en su libro "El instinto maternal o la necesidad de un mito" (1991) admite que el instinto maternal no existe como tal, y sin embargo, habla de que el "instinto" sigue siendo un término que sigue absolutamente vinculado a la maternidad. Según la autora, "quizás en algunos círculos científicos se reconozca que no es posible hablar de la maternidad en términos de instinto, pero por otro lado en el lenguaje popular se fomenta subrepticamente su existencia, se lo utiliza en distintas circunstancias y por diversos intereses. No se hace nada por desterrar un término que implica una creencia" (Ferro, 1991:56).

Desde la visión clásica de la madre-naturaleza heredada de la Grecia Clásica y reconstruida por la tradición judeo-cristina hasta las diferentes teorías contemporáneas que: Freud con su teoría del deseo del hijo para compensar la ausencia del pene, Badinter con su "no instinto maternal", Rich y su "maternidad institucionalizada", las diferentes teorías feministas de diversa corrientes del XX... todas han tratado de reconstruir el significado de lo maternal y sus discursos en sus contextos sociales e históricos diferentes, han hecho de la maternidad un producto histórico cultural "inventado", pero hay autores que creen en la maternidad guarda una parte cultural y otra natural "la maternidad no es puramente natural ni exclusivamente cultural; compromete tanto lo cultural como lo psíquico, consciente e inconsciente; participa de los registros real, imaginario y simbólico" Tubert (1996:13). Además añade que "la maternidad no es un producto inmediato de la capacidad reproductora de la mujer, sino que

su ejercicio está articulado con los discursos ideológicos dominantes y con sus variaciones a través del tiempo” (1991:94-95).

2.2.2.3. Maternidad en la Posmodernidad

Con la llegada de la postmodernidad, definida por diversos autores (Inglehart, Basañez, Medrano, Halman y Luijkx, 2004 citados por Ávila González, 2005:110) “como una nueva etapa histórica que se vive desde hace muy pocas décadas en las sociedades de los países altamente industrializados y en los centros urbanos o metropolitanos de los países tercermundistas más “modernos” trae consigo un cambio más permisivo en la orientación de los valores, al incrementarse el énfasis en las elecciones humanas en todos los aspectos de la vida de las personas”. Este hecho de “elegir” y conducir sus vidas sin prestar atención a los mandatos o a las creencias externas forma parte del cambio histórico que se vive en las sociedades contemporáneas, cambio que autores denominan la “posmodernidad”.

A su vez, Solé y Parella (2004) hablan de la definición hecha por Inés Alberdi et.al. (2000), de “mujeres postmodernas”, definidas como “aquellas mujeres que asumen más directamente la orientación de su propia vida y que constituyen un colectivo de vanguardia en términos de estilos de vida y de preparación cultural, son las que están contribuyendo de manera más directa a la transformación del sentido de la maternidad y a la aparición de formas de maternidad menos convencionales (tener hijos a una edad más avanzada, al margen de la estabilidad de la pareja, maternidades menos intensivas...)”. Para Moncó, (2009), este cambio sustancial del modelo de maternidad dirigido a otras formas de maternidades no ha hecho más que matizar la obligación social de la misma que a lo que significa en sí: “Quiero indicar con ello que quizá no exista una presión total para que en determinadas condiciones se sea madre, pero cuando se llega a ser, el modelo dominante se yergue con fuerza creando incluso a muchas mujeres una mala conciencia si no pueden cumplir sus imperativos” (Moncó, 2009:383). Y cuando no se puede llegar a ser, la “mala conciencia” pasa a convertirse en frustración, y se recurre a las nuevas tecnologías de la reproducción para llegar ser madre.

A estas nuevas maternidades, se les unirán las que surgen a raíz de las nuevas tecnologías de reproducción asistida: la “madre biológica y genética”, es decir, la mujer que contribuye con el óvulo, la “madre uterina y sustituta”, es decir, la madre que gesta el embrión pero no tiene ninguna relación genética con él; la “madre social”, la que educará al hijo... Maternidades que, alejadas de la asociación sexualidad-naturaleza-reproducción, son deseadas hasta convertirse en valor absolutos. (Bestard, 1998:214)

2.2.2.4. Instrumentalización política de la Maternidad

Tras el trauma demográfico de la Primera Guerra Mundial se agudiza la preocupación de los Estados por la baja natalidad y esto ha sido un continuo a lo largo de los últimos años. Los Estados han realizado reformas políticas y sociales importantes para la protección de la

maternidad, para que la mujer-madre pueda intercalar su vida laboral con su labor maternal. Moreno y Mira (2005:27-28) hablan como estas políticas natalistas “politizan el cuerpo de las mujeres y su capacidad de procreación y crianza de los hijos” y añadiendo, que en estos preceptos “la importancia política de las mujeres residía no en su individualidad sino en su función maternal: su principal servicio a la patria era criar y educar a futuros ciudadanos.”

El primer avance social importante en lo referente a la maternidad con el establecimiento del Seguro Obligatorio de Maternidad, en el Real Decreto-Ley de 22 de Noviembre de 1929, que amplió y reforzó el anterior Subsidio de Maternidad de 1923.

En la actualidad, se llevan a cabo disposiciones políticas con la promulgación de leyes a favor del mujer-madre-trabajadora, como es la actual LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (publicada en el BOE nº 266 de 6 de noviembre de 1999).

Moncó, (2009:383) cita a Bourdieu “efectivamente los cambios (que nos atraen, además, porque nos llaman la atención) ocultan muchas permanencias, más de las que creemos a simple vista. La permanencia que aún hoy en día existe es que ser madre está ligado a una autenticidad femenina y es alcanzar un estatus social, aunque este estatus no es “ya un valor absoluto como ocurría en las sociedades tradicionales” (Muñoz 1999;149).

La construcción de la maternidad es diversa como hemos demostrado, en función básicamente de su entorno socio-cultural, pero los discursos dominantes de nuestra sociedad lo mitifican y lo exaltan considerándola por muchas mujeres como “una de las experiencias más bonitas de la vida”. Pero ¿cómo reinterpretan la maternidad las mujeres que no pueden acceder a ella, a raíz de estos discursos dominantes? Muchas de estas mujeres decidirán someterse a las técnicas de reproducción asistida (a partir de ahora, las llamaremos TRA). Qué sienten, que experimentan durante su diagnóstico, tratamiento... Conocer esta experiencia centrada en estas mujeres bajo las improntas personales, sociales y culturales es la meta a la que queremos llegar con nuestro trabajo, pero seguiremos indagando en otros conceptos que nos ayuda a tener una visión más holística de la mujer y de su infertilidad en sus contextos socio-culturales.

2.2.3. Infertilidad

Estamos ante un síntoma silencioso que no designa ninguna región dolorosa del organismo en un tanto el único sufrimiento que aparece es el psíquico; no alcanzamos a saber en qué nivel se encuentra el obstáculo. (TUBERT, 1991:154)

2.2.3.1. Concepto de Infertilidad/Esterilidad

Muy a menudo se habla de los términos infertilidad y esterilidad, como sinónimos, pero realmente son conceptos distintos que describen distintas circunstancias desde una

perspectiva fisiológica, aunque nos hemos referidos a ellos de manera indiferente en todo nuestro argumento (ver anexo de las distintas definiciones).

La infertilidad es la incapacidad de lograr un recién nacido viable tras, al menos, haber logrado dos embarazos consecutivos. La esterilidad se define como la incapacidad de uno o ambos miembros de la pareja para la concepción natural en un plazo razonable (Williams, 2003). Mientras la American Society for Reproductive Medicine (ASMR), la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) y la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) consideran “estéril” a aquella pareja que no consigue un embarazo después de un año de coitos normales sin protección anticonceptiva, otras sociedades científicas como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Sociedad Europea de Embriología y Reproducción Humana (ESHRE) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), consideran que tienen que haber transcurrido al menos 24 meses de relaciones sexuales regulares con finalidad procreadora. En general, se puede afirmar que la imposibilidad de concebir tras un año de relaciones sexuales sin protección debe ser motivo para iniciar un estudio. Dado que la edad de la mujer es un determinante de su capacidad genésica, en mujeres mayores de 35 años o con circunstancias individuales (sospecha fundada de patología uterina, patología tubárica o endometriosis) estará indicado si no han logrado la gestación al cabo de seis meses.

Se habla de “subfertilidad” como la incapacidad de conseguir una gestación espontánea en un periodo de tiempo superior al de la media de la población.

La infertilidad femenina supone un tercio de los casos de infertilidad, la del hombre otro tercio, la combinada del hombre y mujer otro 15%, y el resto de los casos son “inexplicados” (Kamel R.M. 2010). Según los Tratado de fisiología (como el consultado: GUYTON), muchos factores psíquicos, que se originan especialmente en el sistema límbico (un sistema formado por varias estructuras cerebrales que gestiona respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales y está relacionado con la memoria, atención, instintos sexuales, emociones, personalidad y la conducta) modifican muchos aspectos de las funciones sexuales y reproductivas del hombre y la mujer.

Esto nos demuestra que no existe una definición unánime de esterilidad, incluso los propios expertos no se ponen de acuerdo en qué es la esterilidad, pues no tiene síntomas y signos objetivables, y se añade que parte de su problemática puede ser originada por un componente emocional, subjetivo.

Según Bestard (2003: 22), la indefinición de la infertilidad es un problema para los poderes públicos que diseñan políticas sanitarias: ¿hay que tratar la infertilidad como una enfermedad? Según la Organización Mundial de la Salud: “la esterilidad es una enfermedad que hay que tratar con todos los medios disponibles que se dispone en la Medicina reproductiva” ¿pero realmente es una enfermedad o se trata de parejas con problemas para concebir? Según

Cambrón (2001), se trata de una definición “convencional y no está exenta de arbitrariedad.” Para Tubert (1991:154) no puede ser considerada como una enfermedad, puesto que “la infecundidad se pone de manifiesto como síntoma sólo en la medida en que aparece un proyecto de concebir: se trata, entonces de satisfacer un deseo”.

2.2.3.2. Aproximación a la infertilidad desde distintas disciplinas

A lo largo de la Historia, nos encontramos textos en los que se observa que la esterilidad ha estado presente en las realidades de las mujeres. En el eterno binomio mujer-naturaleza, “falacia de un orden de poder masculino” para Lagarde (1997: 24), se ha entendido a la mujer como mera reproductora y no va a ser considerada como realizada, como “poseedora de una vida plena hasta que no llega a la maternidad, que, en el modelo ideológico dominante, pasa a constituir el epicentro de su vida” (Téllez; Heras, 2005:92), puesto que a fertilidad y todo lo que tienen que ver con la misma, se reconocen socialmente como la “característica básica y definitoria del cuerpo de las mujeres” (Esteban, M.L:1993:244).

En las sociedades primitivas y todavía hoy, el objetivo del matrimonio era la crianza de herederos legítimos “la legitimidad del heredero es lo que legitimaba a la esposa; una esposa estéril no era considerada como legítima y su infertilidad puede ser motivo de divorcio. Así, Sara dice a Abraham, en el Génesis (cap. XVI): “He aquí ahora Jehová me ha vedado de parir; ruégote que entres a mi sierva; por ventura tendré hijos de ella” (Tubert 1991:154).

La esterilidad ha estado presente en la vida de los hombres y prueba de ello, son los restos arqueológicos encontrados y la multitud de textos que narran los distintos rituales, dioses, elementos y objetos a los que se vinculaba con el poder de la fecundidad. Tubert (1991) en su libro “Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología” hace un recorrido por los distintos pueblos y culturas y sus cultos y rituales de fertilidad. En el arte del Paleolítico existían estatuillas femeninas que marcan hiperbólicamente la parte del cuerpo que participa de la fecundidad: senos, vientre, pubis y caderas (Tubert, 1991:62). Esta autora continúa explicando cómo con el descubrimiento de la agricultura, las mujeres se hacen responsables de la abundancia de las cosechas porque “conocen el misterio de la creación”; de este modo se vincula la fertilidad de la tierra con la fecundidad femenina y aparecían ritos que daban testimonio de ello: la desnudez, las orgías, las gotas de leche materna vertidas sobre los campos. A su vez, la vegetación ayudaba a su vez a la mujer a concebir. De este modo quedan sentadas las bases para la identificación de la mujer-madre con la madre-tierra y para la concepción de la maternidad como natural (Tubert: 1991, 65). En diversos pueblos existían piedras que tenían la capacidad de fecundar a la mujer que las toca o se desliza sobre ellas. En la India, el dios más solicitado por las mujeres estériles era Siva, tercer personaje de la gran trinidad hindú y dios de la fecundidad. En este país, existía una pagoda donde las mujeres estériles pasan una noche para solicitar la fecundidad. En algunos pueblos se pensaba que la mujer quedaba embarazada por el hecho de que habían estado en ciertos lugares donde

habían esperado a los espíritus de miembros aún no nacidos de un grupo totémico particular, que coincidían con los sitios en donde los antepasados de la tribu comían al tótem. (Tubert, 1991: 140). En Grecia y Roma las mujeres pernoctaban en los templos para quedarse encintas. También a las aguas se les atribuía la capacidad de fecundar: fuentes, arroyos o ríos fueron considerados como dioses y se les consideraba capaces de fertilizar según esta autora, de ahí que se utilizaran brebajes o filtros para aumentar la capacidad reproductora de las mujeres y que derivaban con frecuencia de ese poder del agua. En diferentes leyendas es el olor de una flor o la ingestión de determinado alimento lo que deja embarazada a una mujer. Por ejemplo, los numerosos granos que tiene la granada han hecho posible que ésta se convirtiera en una representación de la fecundidad. A la mandrágora se atribuía en la Edad Media la propiedad de fecundar a las mujeres, quizá por la forma de sus raíces. (Tubert, 1991: 102). Otras flores como el loto estaban relacionadas con la capacidad de procrear, esta flor que crecía en los lagos sagrados de la India es una flor de fecundidad y el agua en la que se propagaba compartía su virtud de combatir la esterilidad. En Egipto se llamaba a la flor de loto “la esposa del Nilo” porque cuando “el río crecía, la flor cubría su superficie, al igual que el lirio, que se utilizó para expresar, mediante un doble simbolismo, tanto la castidad como la fecundidad”. (Tubert, 1991: 133). A lo largo de la historia se han narrado nacimientos milagrosos que exigían, para producirse, sacrificios o viajes iniciáticos de los padres.

De igual modo, la consideración de la esterilidad como maldición se repita a lo largo de los escritos de los distintos pueblos, épocas y culturas, “era considerada como equivalente de la sequía, de la falta de cosechas, de la castración, de la muerte, un castigo de Dios. Un proverbio alsaciano afirma: “El que no tiene hijos, no sabe para qué vive” (Tubert 1991:154). Durante siglos, las tradiciones culturales occidentales no permitían siquiera suponer que el hombre fuera estéril.

Todos estos ejemplos nos dan muestras de la importancia de la fecundidad en todas las sociedades, por lo que podemos hablar de la consideración de la esterilidad como “estigma”, desde el concepto de Goffman (1980) (Navarro,2009:41), es decir, como un medio por el que se adquiere una “diferenciación indeseable que borra en él todos los posibles atributos quedando inscrita, automáticamente, en una forma tipificada de relación social”.

Bodoque Puerta (2001:3) habla de los “ritos de paso” y compara el estado liminal de éstos con la infertilidad. Esta autora explica cómo estos rituales marcan, por un lado, los pasos de un estadio a otro de las personas protagonistas del ritual y por otro, se obtienen saberes acerca de los valores dominantes y de los atributos con que se identifica a las personas, dejando claro el lugar que deben ocupar las personas en el entramado social. Para esta autora, la infertilidad, “al contener rasgos fuertes de liminalidad, dificultan la aceptación social de éstos, ya que no está ni entre lo uno y lo otro” y añade que su posible aceptación radica en las posibilidades que tienen de cambio y en los cambios que la sociedad tendría que realizar para admitirlos como estados en sí.

Para Bestard (2003: 26), la infertilidad en sí misma no es el rito, pero sí lo es su tratamiento y considera que estos tratamientos se ejercen exclusivamente sobre la dimensión biológica de la procreación, a pesar de que los efectos de la infertilidad sean biológicos y sociales “los tratamientos de infertilidad no tienen por objeto curar la infertilidad: los infértiles no dejarán de serlo ni siquiera cuando el tratamiento tiene éxito, tienen por objeto proporcionar un hijo biológico a los pacientes”.

Como hemos visto, la infertilidad ha sido explicada desde distintas disciplinas científicas, sociales, humanísticas, ha tenido significados diversos a lo largo de los tiempos, imposible de detallar en estas páginas y a pesar de ello, consideramos que todavía está por definir, y solo la experiencia de quien lo vive, le dará un significado.

2.2.4. Mujer

En este capítulo hablaremos de dos dimensiones de la mujer que no sólo están íntimamente relacionadas con la esterilidad, sino que se ven afectadas por ella: la identidad femenina definida por la tríada mujer, madre y naturaleza y el cuerpo femenino, el cuerpo reproductor sobre el que tendrá lugar todo el fenómeno de la infertilidad.

2.2.4.1. Identidad femenina

“La identidad empieza por lo que deseamos” (Díaz Cruz, 2006:145)

Para Lozano Estivalis, (2001), la identidad se ha convertido en uno de los conceptos más elaborados y a la vez más escurridizos de los debates sobre la construcción de la subjetividad y su relación con el ser colectivo”. Lo que es cierto es que la categoría identidad ha sido desarrollada desde múltiples perspectivas y disciplinas, lo que ha supuesto, un ámbito de investigación sumamente complejo. Por ello, no pretendemos abarcar la totalidad del problema, sino reflexionar sobre proceso de socialización generador de identidades y los discursos que vinculan la identidad femenina con la maternidad, para acabar tratando de determinar cómo afecta la vivencia de la infertilidad en las identidades de las mujeres que la sufren.

En el diccionario de la Real Academia, ésta es definida como el “conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás; la conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás”. La identidad implica, por tanto la presencia del “otro” y el establecimiento de un vínculo relacional de confrontación que permita establecer las diferencias entre el mismo y ese otro.

“Ser mujer o ser hombre es un hecho sociocultural e histórico” (Lagarde, 2003:1), Para este autor, “nacemos con un sexo; pero aprendemos a tener una identidad sexuada. En el cómo de ese aprendizaje en el saber, en el querer y en el ejecutar esa identidad, empieza la distribución

de nuestros significados humanos. Nuestra realidad individual es una permanente negociación entre las determinaciones biológicas, las influencias culturales y las decisiones (o inhibiciones) personales". (Lagarde, 1997:23). A la dimensión física y biológica de una construcción identitaria, hay que añadirle una dimensión cultural; todo acto humano está culturizado, pero a su vez también posee una fuente biológica; se producen cambios en nuestros contextos socio-culturales y nosotros nos adaptamos a ellos, por lo que, también detenta una dimensión social, nos definimos en función del otro, en una oposición binaria.

2.2.4.1.1. Su origen

La construcción de las identidades genéricas tiende a concebirse a lo largo de un proceso continuo a lo largo de la vida, no solo en la infancia, y se constituirá en función de los contextos socioculturales de cada mujer "como resultado de la posición que tienen en las jerarquías de autoridad y las formas de poder que existen en cada uno de los ámbitos de acción: el laboral, el familiar y el de la actividad público-política" (Bodoque Puerta, 2001:3).

El ser hombre y el ser mujer se debe a la existencia de formas de socialización diferenciadas, en función de los roles asignados por el sexo con el que nacemos, por las características fisiológicas innatas derivadas del morfismo corporal.

Los principales agentes de socialización son las personas a las que se accede o a las que se tiene como referencia y crearán sentimientos de rechazo, adaptación e interiorización de los mensajes. Así, la familia, la escuela, el grupo de pares, la comunidad, el lugar de trabajo, será relevantes en el proceso de socialización, "dependiendo del momento dentro del ciclo vital y contextualizado en cuando a la cultura y el tiempo histórico" (Valle 1991:90 citado por Bodoque Puerta, 2001:4).

Mañas (2005:124) sostiene que la construcción de la maternidad subjetiva se va a llevar a cabo mediante la socialización de la mujer. Pero, a diferencia de Bodoque (2001), para Mañas (2005), el proceso de socialización se inicia desde el nacimiento y aun antes, y aunque experimentan cambios, permanecen durante todo el ciclo vital. Se canalizan en nuestra sociedad a través de la familia, la escuela y el trabajo, lo que se considera socialización primaria, secundaria y terciaria, respectivamente. Este autor describe los distintos niveles de socialización de la mujer y cómo éstos configuraran su identidad. De la familia, dice que es donde vivimos las primeras y más intensas emociones, y por ello marcarán de manera profunda "la familia actúa como interlocutora entre el individuo y la sociedad transmisora de normas, a través de las funciones de producción y reproducción que asume" (Mañas, 2005: 125). A su vez, Ferro (1991:108) se centra en la identidad de la niña, que al ser cuidada por una mujer, se identificará con ella y formará su identidad de género en relación con alguien que pertenece a su mismo género.

La socialización secundaria tiene lugar en la escuela y aunque la socialización más importante e influyente se desarrolla en el seno familiar, "la escuela y la relación con los iguales favorece vehículos importantes en el proceso de construcción-desconstrucción de la maternidad y de la paternidad" (Mañas, 2005: 125) y para finalizar, este autor habla cómo la socialización terciaria pone en acción y sobre la realidad el constructo de maternidad y familia, conjugándolo con la personalidad y labor profesional que realice la mujer.

"Las etapas del ciclo de vida se han dotado de contenido social y cultural haciendo que las mujeres identifiquen cada una de las etapas con determinadas pautas de comportamiento, se espera que las mujeres hagan lo que se espera de ella", (Bodoque Puerta, 2001:6) mediante estereotipos y modelos fijados que muestran el conocimiento que hoy en día se tiene de la mujer y son sus aéreas más biológicamente experimentadas menstruación, embarazo, aborto, parto, control de la natalidad, menopausia donde se imponen estos modelos, porque según Valle (1991:47) citada por Bodoque (2001), "porque a la sociedad le interesa las formas en cómo se reproduce la especie" y añade, que "las normas que regulan las características biológicas es lo más importante a la hora de comprender la formación de las identidades de las mujeres y de los hombres".

La mayoría de los análisis sobre la identidad de la mujer ponen su acento en la importancia que las relaciones significativas tienen para ella. Muchos expertos en la formación de identidades coincide "La "prueba de fuego" para la identidad de la mujer la atraviesa ésta durante su adolescencia, etapa en la cual aprende definitivamente a ser mujer" (González de Chávez, 1999, 211-250 citado por Mañas, 2005: 121). Este autor continúa hablando sobre este periodo adolescente y como las decisiones que han de tomar las adolescentes en él serán importantes para su desarrollo futuro "Comienza su vida adulta con la independencia parental, que aún hoy va demasiado ligada al matrimonio, y con el camino hacia la maternidad". Mañas (2005:123) termina explicando que, a pesar que hoy en día las mujeres y los hombres, por cuestiones estructurales, tardan más tiempo en comenzar una vida independiente, "la variable temporal no es explicativa del comportamiento humano, sino tan sólo predictiva".

Para Esteban (2006), "Ser hombre o mujer es algo que se va configurando no sólo a partir de unos actos, discursos y representaciones simbólicas, sino que tiene una base reflexivo-corporal, material, física, pre-formativa; es decir, que la identidad está absolutamente encarnada. A su vez, Mañas (2005:123), habla sobre la relación afectiva-emocional de la mujer con su madre, y como ésta va influir en ella, y la elección de un modelo de mujer está muy determinada por la construcción que de la maternidad haya realizado la mujer.

2.2.4.1.2. Binomio mujer-madre

En España, aún hoy, el concepto de maternidad sigue siendo el elemento explicativo y concluyente en la definición de la identidad de la mujer. Una maternidad que, tal y como explica Nash (Nash, M.:2000), trasciende lo individual para proyectarse en lo social. Para ello, se ejercerá un control informal sobre las pautas de comportamiento de hombres y mujeres en detrimento de su propio ser individual y social para que la estructura social no cambie.

Ferro (1991:4) se interesó por la configuración intrapsíquica de la mujer. Para ella, es diferente a la del hombre, no porque así hayan nacido ni porque la diferencia sexual marque la diferencia intrapsíquica, sino por las pautas de la sociedad a la que pertenecen.

Los discursos en torno a la asociación maternidad-identidad femenina son numerosos y son realizados desde distintas disciplinas. Para Tubert (1991:36) se define “la maternidad como la única y verdadera realización de la vida femenina, la mujer está más determinada por su sexualidad que el hombre porque ella está destinada, más que él, a la función reproductora”. Navarro Valencia (2009:64) cita a Thomas (2006:457), cuando habla de “la persistencia de un supuesto destino originario de las mujeres, en el que su visibilización sólo es posible en tanto madres”. A su vez, Ávila González (2005: 108-111) considera la maternidad como el núcleo natural y fundante de la identidad femenina: “La maternidad es un tópico mayúsculo, adherido culturalmente a la subjetividad y a la vida de las mujeres de manera casi epidérmica: una segunda piel”. Rich (1996: 159) va más allá y habla sobre las asociaciones que equipan la mujer a un “receptáculo”; “las niñas desea instintivamente jugar con casas de muñecas, y los niños no; el lugar de la mujer es el espacio interior del hogar; la obligación de ser maternal en un sentido masoquista, paciente y pacífico es un imperativo ético que le viene dado a la mujer por su anatomía; las mujeres sin hijos «no están realizadas», son “estériles” y “vacía”.

Ante todo esto, Bodoque Puerta (2001: 7) considera que todos los acontecimientos importantes en la vida de las mujeres, relacionados o no con la salud, aparecen ligados a momentos o a fases concretas del ciclo fértil: menarquía, embarazos, partos, menopausia... y que se tiene que poner en cuestión esta visión reproductivista como característica que define los periodos vitales de la mujer porque “ser mujer” se define teniendo en cuenta otras dimensiones de la vida. En este sentido habla de que es urgente revisar cómo se han ido definiendo los periodos fundamentales de la vida de las mujeres.

En los estudios realizados por Tubert (1991), Hays (1996), Murillo (1996) y Meler (1998c), citados por Lozano Estivalis (2001:308-310) tienen un desenlace común, en cuanto considerar que el ideal social de la maternidad, a pesar de que ha perdido su fuerza de antaño, en cuestión de prioridad, continúa siendo el emblema de la feminidad y es el ejercicio de la maternidad el que actúa como premisa básica en las decisiones de las mujeres, aun cuando

hoy en día las posibilidades de elección son mayores que nunca; “no elegir la maternidad es vivida como una renuncia”.

Como ya se ha explicado anteriormente, las identidades se forjan y se moldean con el proceso de socialización, nuestras características biológicas no definen nuestras conductas, creencias, formas de ser y de comportamientos, valores, en definitiva nuestra imagen de sí mismo. Nuestra identidad responde a la pregunta ¿quién soy?, pero también busca responder ¿qué quiero ser? La identidad se crea a lo largo de toda la vida a través nuestras experiencias vividas, de nuestra socialización con los demás.

Para Mañas (2005:115), “la socialización de la identidad de la mujer lleva, implícitamente y de forma perversa, la construcción de la maternidad”, definiendo la maternidad como parte esencial de la identidad de la mujer.

“Desde el descubrimiento de la infertilidad, hasta someterse a estos tratamientos, hasta los fracasos que se producen, hasta decidir vivir sin hijos, o seguir los trámites para la adopción, la infertilidad se convierte en uno de los referentes de la identidad individual y social de estas mujeres” (Bestard, 2003: 40).

Según Tubert (1991:120), la imposibilidad de la maternidad remite a la mujer al vacío absoluto: “la incapacidad de encontrar otro sentido que el de ser madre la sitúa frente a la absoluta falta de sentido, a la pérdida de su identidad, que también puede cobrar forma en el fantasma de masculinización, ya que la diferencia simbólica de los sexos parece definir dos posibilidades solamente: ser hombre o ser madre”.

Tal como afirma Lozano Estivalis (2001:308), a pesar de los cambios acontecidos durante los últimos años (acceso al mercado laboral, liberación sexual de las mujeres...) se sigue “normalizando la maternidad”, lo normal es ser madre, y éste sigue siendo el proyecto central de la vida de muchas mujeres y no se renuncia a ello. Es cuando no se puede llevar a cabo ese proyecto central cuando surge el conflicto en las mujeres, tienen que redefinir su identidad, pues aquello que eligieron ser, no pueden, “la reproducción es una cuestión relacionada con la identidad” (Bestard, 2003:91) y son las experiencias y las necesidades de estas mujeres las que queremos visualizar y para después descifrarlas e intentar reconstruir el significante de la infertilidad en la mujer, a su identidad femenina.

2.2.4.2. Cuerpo femenino

“La vida humana de este planeta nace de la mujer. La única experiencia unificadora, innegable, compartida por mujeres y hombres, se centra en aquellos meses que pasamos dentro del cuerpo de una mujer, desarrollándonos”.

(Rich 1996: 45)

El cuerpo femenino como concepto ha sido definido en función de los discursos que predominaron en cada escenario histórico y de las variables sociales y culturales que han ido surgiendo. Para Lozano Estivalis (2001:109), en gran medida el cuerpo de la mujer se ha vestido de las definiciones que el mandato masculino ha estereotipado, convirtiéndolo en norma social. “En nuestra cultura, la historia de la representación del cuerpo ha sido la historia de los modos de construcción de una simbología predominantemente androcéntrica, suscrita por los consensos entre sucesivos discursos científicos, filósofos y teológicos”. Desde los hombres de los pueblos primitivos, pasando por Platón, Hipócrates, Galeno... y así sucesivamente a lo largo de los años, hasta actualmente con la aparición de las TRA, el cuerpo de la mujer ha recibido representaciones diversas: la tierra para fertilizar, la vasija receptora del semen, el útero que reclama el alimento... en una permanente asociación de las mujeres con la naturaleza, por su papel en la reproducción humana. En el siglo XX y, sobre todo a partir de los 70s, cuando comenzó a cuestionarse este discurso en las distintas teorías feministas, algunas consideraban las TRA como una salvación a la opresión de la mujer con el rol reproductivo y otras, en cambio, lo percibieron como un nuevo dominio masculino que implicaban desigualdades sociales, económicas y culturales.

Pero todavía hoy en día, “La fertilidad y todo lo que tienen que ver con la misma, se reconocen socialmente como la característica básica y definitoria del cuerpo de las mujeres” (Esteban, M.L. 1993: 244 citada por Heras, 2005:79).

Por naturaleza, biológicamente, el cuerpo femenino es el encargado de la reproducción, pero este ciclo reproductivo de la mujer fragmenta su cuerpo y sus fases marcan cronológicamente su recorrido: menstruación, embarazo, climaterio... Podemos hablar de una dicotomía mujer-cuerpo; el cuerpo define a la mujer desde una perspectiva esencialista y biologicista, pero a su vez, como dice Lagarde (2003:11), ha impedido a la mujer ser considerada como “sujeto histórico- social”, ya que “su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros, con la función específica de la reproducción”. Cada una de las etapas de este ciclo reproductivo marcan un rol social, que la mujer ha de realizar para adquirir un reconocimiento, un estatus social. Por lo que el cuerpo femenino, además de biológico, es social y para Lagarde (2003:11) también político, “disciplinado para la producción y para la reproducción”.

Según Álvarez (2006: 431), el cuerpo gestante es el eje principal en la construcción de maternidad. “Este cuerpo gestante sirve para anclar la maternidad, la sustenta, la justifica. El poder sentir el hijo en el cuerpo permite que el pensamiento abstracto de la maternidad adquiera un significado” de ahí, que se recurra a las TRA para conseguir el embarazo, en último instancia se opte a la adopción. La legislación actual sobre TRA se fundamenta en esta noción, madre es la que pare, la maternidad va ligada al proceso de embarazo. De esta manera, “el cuerpo de la mujer se sigue considerando el locus no sólo para la gestación de seres humanos, sino para la determinación de pertenencia al grupo, quedando las relaciones

de parentesco totalmente asociadas al cuerpo biológico de las mujeres” (Téllez; Heras, 2005: 82).

Son muchos los discursos desde distintas disciplinas que han asociado al cuerpo humano como máquina, En 1543 Vesalio publicó “De corporis humani fabrica” en el que el cuerpo se le adhiere una metáfora: es una máquina. En el siglo XVII, en la obra del filósofo René Descartes, también aparece la metáfora del cuerpo como una máquina. (Díaz Cruz, 2006:149). Pero es en la actualidad, cuando esta metáfora del cuerpo como máquina, ha alcanzado sus límites como resultado de los avances tecnológicos en la medicina reproductiva y además, con la medicalización “se ha convertido en una entidad enfáticamente fragmentada y fragmentable”. (Díaz Cruz, 2006:160). A su vez, este autor habla de una “hipercorporalización”, como una caracterización sobrevalorada de los rasgos físicos y, en el caso de las mujeres, a través de la maternidad, “los individuos son, ante todo, cuerpo y las personas muy encarnadas están sujetas a mecanismos de discriminación, explotación u opresión”. (Díaz Cruz, 2006:156). En la mujer se distinguen una identidad fragmentaria a través de su cuerpo: órganos, tejidos, células... asociados a la reproducción humana. Bradotti habla de “órganos sin cuerpo” (útero, esperma, óvulos, embriones) como nueva concepción del cuerpo humano, un conjunto de piezas separadas, separables e incluso sustituibles con las que se puede crear un cuerpo que las ciencias biológicas y el poder médico están configurando a través de su discurso. “El cuerpo de las mujeres se ha construido como arena de juego del desarrollo tecnológico del sistema biomédico” (Heras, 2005:77) y es a través del cuerpo de la mujer donde la relaciones de poder se asientan más fuerte.

Foucault (1981) habla de “Biopoder”, como el poder de los discursos de los expertos y su dominio sobre la sexualidad de las mujeres, éstas aparecen como “otros” que los inquietan, por lo que se reaseguran interpretando la diferencia como inferioridad “el control reglado del cuerpo es un medio fundamental para el mantenimiento de una bibliografía de la identidad del yo, pero al mismo tiempo, el yo está expuesto a los demás debido a su corporeización”

Para Narotzky, (1995: 52-53, citada por Blázquez Rodríguez ,2005:5) se produce un control sobre las mujeres porque son reproductoras, porqué lo que pasa en sus cuerpos durante este proceso no es un asunto suyo, particular, privado sino que es público y el inicio del control se da desde el momento de la fertilidad y fecundación hasta la crianza.

Con el desarrollo de las nuevas técnicas de reproducción asistida, el control de la fertilidad en la mujer alcanza su mayor auge. Con estas técnicas, las mujeres entran en un proceso de “alienación” de su propio cuerpo (Steinberg, 1990). “La tecnologización a la que se someten sus ritmos biológicos convierte su cuerpo en un sujeto distinto con el que hay que interaccionar, hay que escuchar y comunicarse con el cuerpo de una manera distinta, es la “rebelión del cuerpo”, como si su medicalización le hubiese convertido en un sujeto autónomo que ya no obedece sus órdenes. El niño proporcionará una imagen de unificación y restauración narcisista que compensa la fragmentación del cuerpo producida por la

medicalización y por la pérdida de subjetivación que lo reducen a la categoría de organismo y aún de cosa. (Tubert, 1991:126). Pero si este hijo no llega “después de la experiencia alienante de la manipulación del propio cuerpo como máquina, sólo queda el fracaso, el vacío”. (Tubert, 1991:272). Su cuerpo no funciona como debe hacerlo, algo está fallando y recurrir a las TRA, las pruebas, los distintos tratamientos, les supondrá una “alineación” de su propio cuerpo, ya no es dueña de él, otros son los dueños, sujeto y cuerpo están separados, siguen caminos diferentes, ella quiere ser madre y su cuerpo no le deja.

2.2.5. Poder

“Las técnicas de la reproducción son pensadas, desarrolladas y controladas por cuerpos, mentes, deseos, sueños, frustraciones y conflictos de intereses y son aplicadas exclusivamente sobre cuerpos, mentes, deseos, sueños, frustraciones y conflictos de mujeres”
(Taboada, 1986)

2.2.5.1. Poder de los expertos

Hoy en día, se lleva a cabo una medicalización del ciclo reproductivo de la mujer por parte del sistema sanitario: métodos anticonceptivos en adolescentes en lugar de una educación sexual efectiva, control de embarazos con técnicas invasivas (amniocentesis) que pueden hacer peligrar la vida materna y del bebé, partos medicalizados con inducciones o cesáreas programadas, supresión de los cambios climatéricos con hormonas artificiales en lugar de valorarlos como frutos de una etapa más de la vida de la mujer, pero el nivel más alto de esta medicalización, pensamos que tiene lugar en la reproducción con la llegada de TRA. “El cuerpo de la mujer fue analizado –calificado y descalificado- como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; según el cual ese cuerpo fue integrado bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas” Foucault (1989:127).

Consideramos que una vez diagnosticada la infertilidad como enfermedad, ya no hay vuelta atrás, se introducen en un proceso de pruebas, administración de fármacos, intervenciones quirúrgicas elegidas por el médico y avaladas por su conocimiento legitimado; “se tiende a uniformizar a las mujeres sin caer en la cuenta de la diversidad de experiencias e intereses entre las mismas mujeres”. (Bodoque Puerta, 2001: 7), pues es el experto y su discurso el que marcará el recorrido a seguir para la consecución del objetivo último: el hijo.

Durante estos procedimientos, la sexualidad ya no se vincula a la procreación y como dice Blázquez Rodríguez (2005:7), esta separación es considerada sólo desde una visión reduccionista, “lo que sucede en sus órganos reproductores, con un enfoque organicista y científico sin tener en cuenta otras dimensiones que definen las formas de enfermar o de vivenciar estos procesos por las mujeres. La reproducción se considera ahora un “acto

productivo” y esta visión productivista se percibe a través de la forma en que se organiza la atención sanitaria. Término también empleado por Narotzky (1995).

Se trata, por tanto, de la construcción medicalizada del embarazo, que, al ser considerado como un proceso únicamente de producción, pasa a manos de los médicos y deja de ser parte de la experiencia de las mujeres. Blázquez Rodríguez (2005:13) nos hablan de la “alienación, despersonalización y domesticación de las mujeres”.

Este control en el proceso reproductivo se enmarca dentro de un modelo médico occidental denominado biomedicina o medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita, etnomedicina fisiológicamente orientada, o Modelo Médico Hegemónico descrito por E. Menéndez (1990) cuyas características estructurales destacan el énfasis en la eficacia pragmática, el biologicismo y asocialidad del modelo, su concepción evolucionista-positivista, el individualismo, la universalidad, reduccionismo, mercantilización, descalificación del paciente como portador de saberes equivocados y una relación asimétrica médico-paciente (Comelles;Haro, 2000).

Este modelo médico diagnóstica, realizando una categorización y consideramos que hace una separación de forma dual entre enfermo y sano a través de lo objetivable, los signos y síntomas, trata la dimensión objetiva, la disfunción biológica en el cuerpo que lo etiqueta, y se olvida del componente “subjetivo” de la experiencia de la persona, de cómo percibe la enfermedad, la dualidad illness/disease de la que habla Kleisman(1980). Es este componente subjetivo, el que a nosotros nos interesa indagar, sacar a la luz, hacerlo visible.

Una de las barreras que separan a los profesionales sanitarios de las mujeres, precisamente, es el manejo de los incomprensibles conceptos médicos. Tubert (1991:25), considera que el lenguaje médico es “el discurso del amo”, en que tanto establece el diagnóstico y el pronóstico. Esta autora añade que cuando las mujeres hablan de su infertilidad adoptando la terminología médica, intentan quizás dominar la realidad de “su cuerpo rebelde”, pero tal dominio provocará un “borramiento como sujeto” y pasa a convertirse en objeto del discurso médico.

Hablar de relación médico–mujer es hablar de “dos modelos de funcionamiento, el de los profesionales y el de los pacientes” (Kleimann, A.1990). Es una relación desigual, por un lado, el desconocimiento se extiende hasta cuestiones básicas relacionadas con su propio cuerpo y por otro, el poder que detenta la figura médica ya que a la “institución médica se arroga el derecho de hacer milagros” (Tubert, 1991:17). Existe el pensamiento que la medicina podrá proporcionarnos una salud cada vez mejor y satisfacer todos los deseos que las limitaciones de nuestro cuerpo nos impiden realizar, el deseo de un hijo como sucede en el caso de la esterilidad, es “el poder del experto” y sus técnicas, “Los instrumentos tecnológicos son

proyecciones del ansia masculina por acortar distancias con la experiencia de trascendencia de la maternidad” (Lozano Estivalis, 2001:340).

2.2.5.2. Poder social

La mujer tiene el deber social de la preservación de la especie, con la maternidad se accede a un status social, un “rito de paso” (Turner, 1988) y si desde el punto de vista biológico no puede hacerlo, “la no reproducción de la mujer constituye un fenómeno patológico y al mismo tiempo mórbido, sea cual fuere la patología implicada” (Tubert, 1991).

Así, el cuerpo saturado de sexualidad de Foucault (1989:127) “fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social, cuya fecundidad regulada debe asegurar”.

Según Tubert (1991), las NTR son la llave de acceso a lo social para las mujeres privadas “naturalmente de la capacidad reproductora”.

Consideramos que el discurso del médico es el que hace posible la identificación de una enfermedad, sin un diagnóstico médico no se tiene el reconocimiento social de enfermos. Separar la ciencia de la sociedad es imposible en la medida en que “la gente que crea y las manos que construyen las innovaciones científicas están inevitablemente configuradas a partir de una red de intereses económicos y políticos” (Lozano Estivalis 2001: 332).

Los defensores de estas técnicas señalan que, con ellas, se responde a una necesidad social. Birke, Himelweit y Vires (1990, citados por Lozano Estivalis (2001: 334) señalan que “la ciencia sólo produce hechos, mientras que la sociedad es responsable del buen o mal uso que se haga de ellos, pero ¿qué parte de la sociedad es el responsable de su uso bueno o malo? ¿Las clínicas de fertilidad? ¿El Estado?

2.2.5.3. Poder político

No hay duda que vivimos un momento de políticas pronatalistas, originadas por el bajo índice de natalidad (explicado en capítulos anteriores). El avance en la medicina reproductiva, ha dado lugar al desarrollo de leyes que regulen sus prácticas, al mismo tiempo, que las legitiman y las convierten en un mecanismo de producción por y para el Estado. Aquí podríamos encuadrar el famoso concepto de “Gubernamentabilidad” de Foucault (1981) “La disposición individual está configurada por una forma decidida y determinada por un grupo que, con el interés de “(...) mejorar la suerte de la población, aumentar la riqueza, su duración de vida, su salud, etc.” y contando con “los instrumentos que el gobierno se procurará para producir esos logros”, hará que los mismos sean “en cierto sentido inmanentes a la población misma sobre la que se actúa directamente mediante las campañas, o indirectamente mediante técnicas que permitan estimular, sin que la gente se sienta demasiado presionada, la tasa de natalidad, dirigir los flujos de la información hacia ciertas zonas o hacia determinada actividad, de manera que el ejercicio del poder se realice de tal forma que los sujetos no sean conscientes

sino de hacer aquello que han decidido llevar a cabo". La legitimación de la medicina institucionalizada por los poderes políticos ha hecho que se crea como sabedora suprema del conocimiento, que a su vez, está respaldada por el Estado.

Es el caso de las mujeres infértiles a quienes se trata de convertir, a cualquier precio, en madres biológicas, siempre que estén situadas, por supuesto, en el marco de la familia legalmente constituida (Tubert: 1991:18), pues sólo los tratamientos a parejas heterosexuales con problemas de infertilidad son subvencionados por el Estado. Por tanto, las NTR estarían dentro de lo que Foucault (1978) denomina "biopolítica" que tiene por objeto las poblaciones humanas, controlarlas para dirigir las en el sentido que el Estado desee.

Estos tratamientos subvencionados por el Estado, son llevados a cabo en clínicas de fertilidad privadas, previo concierto con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma. El matiz mercantilista de la reproducción en estas clínicas es lo que ha inducido a muchos analistas, científicos y economistas a considerar como un nuevo hito en la historia de la biología el término "Biología comercial". La biotecnología cumple funciones propias de los seres vivos, como es la reproducción, y las utiliza con fines mercantilistas, en las clínicas de fertilidad, formando parte de ese "negocio social", del que habla Godolier (1998).

Con todo lo anterior, entendemos que en la actualidad hay una "socialización de las conductas procreadoras"(Lozano Estivalis:2001): socialización económica a través de beneficios fiscales a la fecundidad, socialización política marcada por la responsabilización de la mujer de aumentar los índices de natalidad y una socialización médica al considerar la esterilidad como una enfermedad que hay que tratar (tratamiento de la infertilidad dentro de las 20 propuestas de la OMS para que los países logren los objetivos del desarrollo del milenio).

Según M.Mori (1989); (Cambrón 2001), "la esterilidad no es una enfermedad, será salud para quien no quiera tener hijos y enfermedad para quien los desee, por ello, puede afirmarse que "fertilidad" y "esterilidad" no son cuestiones de salud, datos de la naturaleza, sino de alguna forma características de las personas".

3. JUSTIFICACIÓN

Ya en los pueblos primitivos, la mujer que no conseguía dar un hijo a su esposo, era repudiada, incluso era motivo de abandono por parte del marido, sin saber cuál de los dos era el causante de tal esterilidad. La representación simbólica de la esterilidad está presente en nuestra cultura desde la Antigüedad, Sara a Abraham “He aquí ahora Yavé me ha vedado parir; ruégote que entres en mi sierva; por ventura tendré hijos de ella” (Génesis, 16, 1-2). Sobre la mujer, ha recaído todo el peso de la maternidad, entendida ésta desde la fecundación hasta la crianza de los hijos y es, en la actualidad, en la mujer estéril, sobre la que tienen lugar el proceso de la búsqueda artificial del hijo.

El discurso científico-médico, diagnóstica, desde una visión fisiológica, a la pareja como estéril, tratando al “cuerpo de la mujer como una máquina” (Díaz Cruz, 2006: 156) que hay que arreglar para que funcione. Indiferentemente de la causa de la esterilidad, todas estas técnicas se van a producir sobre el cuerpo de la mujer y éste cuerpo estéril, incapaz de cumplir una de sus funciones, ha recibido diversos adjetivos a lo largo de la historia: Cuerpo “defectuoso” (Martin, Emily, 1987; Rich, 1996; Ortiz, Teresa, 2001), “compartidor” (Bodoque 2002 citado por Álvarez 2006), “escindido”, “fragmentado” (Lagarde, 2003:3; Díaz Cruz, 2006:160), pero esa fragmentación, es considerada por varios autores, fruto de la medicalización que padece, convirtiéndole en “cosa” (Tubert, 1991:110), en un “cuerpo extraño” (Steinberg, 1990)

En nuestra sociedad, la idea de mujer como reproductora está presente, tiene el deber de engendrar la progenie, continuar la especie, y cuando el “estigma” de la infertilidad recae en ella (Goffman, 1980 citado por Navarro Valencia, 2009:41), ve obstaculizado “su proyecto individual y conyugal” (Vegetti Finzi, 1989: 273), se siente incompleta, vacía, pierde su identidad y a la vez, su integridad como componente de la sociedad, ya que aunque la fertilidad es una exigencia “no natural”, sino cultural está socialmente arraigada¿ es la esterilidad una enfermedad a tratar o responde a una necesidad social?¿Se trata de una “medicina del deseo” como afirma Tubert (1991)?

La ciencia sigue celebrando sus logros, existe multitud de páginas en Internet sobre clínicas de fertilidad, anuncios en radio... Sus datos, sus buenos resultados alientan a esas mujeres y a sus parejas a recurrir a ellas, y cada año aumenta el número de hijos nacidos por estas técnicas, pero ¿cuántas mujeres se quedan por el camino? y ¿cómo es recorrido ese camino? Según, González de Chávez (1992), el actual sistema sanitario es tributario de una concepción del proceso salud-enfermedad centrado en el órgano enfermo y no en la persona, su entorno socioambiental y sus características personales.

Menning (1980) habla de conflictos, tensiones, frustraciones vividas por estas mujeres ¿Quién se ocupa de atender esa parcela de las mujeres? Por mi trabajo como matrona he tratado a diario con estas mujeres, he conocido sus vivencias, sus emociones, sus intentos reiterados

tratamientos tras tratamiento y me pregunta era siempre la misma ¿Por qué? Me contaban que estaban viviendo uno de los peores momentos de su vida, tanto físico como psicológicamente, que el tratamiento era muy duro, que sus parejas no las entendían, que los médicos apenas las escuchaban y me pregunto: ¿Es necesario una tratamiento más integral en estas mujeres que no se centre sólo en la consecución del embarazo por medio de las TRA? ¿Necesitan profesionales más adaptados y que conozcan realmente por la situación por la que pasan estas mujeres? ¿Sería necesaria la creación de grupos de apoyo para estas mujeres y sus parejas?

Con este trabajo no buscamos conceptualizar términos como maternidad, paternidad, filiación, parentesco y consanguinidad, en los que repercuten en su definición la aplicación de estas técnicas y que distintas disciplinas tratan de cuestionar.

Nuestro propósito es conocer el significado de la infertilidad en las mujeres que han sido diagnosticada y deciden someterse a estas técnicas, conocer la experiencia real vivida de éstas, sus vivencias, expectativas, percepciones, motivaciones, sin olvidar a los profesionales y su implicación en la toma de decisiones, todo para intentar analizar y proponer modelos de actuación e interacción entre las mujeres, sus parejas y profesionales, y así, conseguir un cambio en el proceso salud/enfermedad actual. Desde una perspectiva emic, escuchando la voz de estas mujeres, nos proponemos intentar dar.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

El propósito general del estudio pretende explorar cómo viven y dan significado al fenómeno de esterilidad las mujeres diagnósticas en las Áreas de salud que pertenecen al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

4.2. Objetivos específicos

1. Identificar sentimientos , percepciones, experiencias, expectativas y necesidades de las mujeres una vez hecho el diagnóstico de esterilidad
2. Identificar sentimientos, percepciones, experiencias, expectativas y necesidades de las mujeres durante las técnicas de reproducción asistida.
3. Identificar sentimiento, percepciones, experiencias, expectativas y necesidades de las mujeres después del tratamiento.
4. Valorar el impacto del diagnóstico de infertilidad y su tratamiento en las distintas áreas (relación de pareja, sexualidad, trabajo, familia, relaciones sociales, etc.)
5. Explorar los significados sobre el fenómeno de la infertilidad que tienen los profesionales de la salud que integran el equipo interdisciplinario que interviene en la infertilidad (ginecólogos, matronas, psicólogos)
6. Buscar si existen contradicciones derivadas de las diferentes experiencias de las mujeres con las de los profesionales.

5. MARCO METODOLOGICO

5.1. Estrategias de búsqueda de la investigación

La aproximación teórica de nuestro objeto de estudio, la hemos realizado a través de una revisión bibliográfica y una búsqueda de artículos, textos y narraciones a través de internet, de las distintas bases de datos de las ciencias de la salud: PUB-MED (Medline), Cuiden, COCHRANE, LILACS y de las ciencias sociales: CSIC, UPF y a través de las referencias aportadas por los profesores del máster.

5.2. Orientación metodológica

Para poder cumplir los objetivos planteados en el capítulo anterior utilizaremos desde una perspectiva fenomenológica, el método cualitativo descriptivo e interpretativo. Como ya sabemos, la premisa básica del enfoque fenomenológica es que “las experiencias vividas dan significado a las percepciones de las personas sobre un determinado fenómeno,” se preocupa por la esencia de los fenómenos (subjetividad), sin recurrir a teorías explicativas fuera del propio individuo” (Van Maanen, 1979; Dukes, 1984, citados por Tójar Hurtado, 2006). En nuestro caso, el fenómeno de la infertilidad. Pero para estudiar este fenómeno con una visión más amplia, proponemos utilizar además, un enfoque etnográfico a través de uno de sus procedimientos más valorado por los investigadores de método cualitativo, la observación participante, llevando una “triangulación de técnicas” que se da cuando se recurre al contraste de éstas dentro del mismo método o con la comparación de varios de éstos (Ruiz Olabuénaga, 1996:113). Según Tójar Hurtado (2006:92), la etnografía es la perspectiva antropológica que más influido en la investigación social y se caracteriza por una actitud exploradora de la naturaleza de los fenómenos con tendencia a interpretar sus significados.

El método cualitativo es de reciente utilización en el campo de la salud, pero es el camino que debería seguir la enfermería, ya que como dice (De A.Souza, 2006), las raíces profundas de nuestra disciplina se basa en los seres humanos, grupos y comunidades e integra conocimientos de las ciencias sociales y humanísticas. Para esta autora, con la investigación cualitativa, se mejoraría la “calidad de la salud de la humanidad”. Consideramos que la aplicación de este método nos ayudará a nuestro propósito, ya que se dirige a la búsqueda de la experiencia vivida del significado que las personas atribuyen a lo que viven, analizar el significado del fenómeno de interés desde una visión emic, desde la perspectiva de los mismos participantes “los estudios cualitativos ofrecen la interpretación de los participantes, penetran en su mundo y llegan a describir las características y estructura del fenómeno que están examinando” (De A.Souza, 2006). Los métodos cualitativos “no buscan explicaciones causales”, (Tójar Hurtado, 2006:102), y éste es nuestro caso, no queremos hallar una porqué que explique el proceso de vida de una mujer estéril, sólo el significado y la naturaleza de su

vivencia, su motivaciones, expectativas... para que nos ayude a los profesionales sanitarios que las cuidamos mejorar nuestra atención hacia ellas, más holística y de alguna forma hacerles más fácil hacia el recorrido hasta su objetivo: ser madre.

5.3. Diseño del trabajo de estudio

5.3.1. *Ámbito de la investigación y Población de estudio*

El ámbito geográfico de la investigación es el municipio de Murcia, en él se encuentra el hospital donde se llevará a cabo el estudio, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, un hospital de 3º nivel y donde se encuentran las clínicas de infertilidad concertadas por el Servicio Murciano de Salud de la región (IVI, INFER, Instituto Bernabeu, clínica Dexeus).

Actualmente, el Servicio Murciano de Salud está dividido en 9 Áreas de salud y el HUVA es hospital de referencia en el área materno-infantil de las Áreas 1, 6,8 y 9, con una población total 525.000 personas (datos extraídos de la página web: <http://www.murciasalud.es/principal.php>), y en él se halla la unidad de infertilidad que la atiende. En 2009, 800 parejas fueron tratadas en las consulta de fertilidad del HUVA y 575 requirieron tratamientos en las clínicas privadas concertadas (IVI, INFER, Instituto Bernabéu, Clínica Dexeus).

5.3.2. *Muestra*

Los posibles participantes de estudio serán las mujeres diagnosticadas de esterilidad femenina o desconocida y los profesionales del HUVA y de las clínicas de infertilidad. Para la selección de mis informantes, utilizaremos el método teórico o motivado, que entiende que la principal referencia de este tipo de muestreo es “la naturaleza del problema que va a ser investigado” (Tójar Hurtado, 2006) y la selección de unidades de muestreo se realizará siguiendo las tipologías definidas conceptualmente.

La selección de la muestra la haremos en la consulta de infertilidad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA). El muestreo será acumulativo y secuencial hasta alcanzar la saturación por lo que el tamaño muestra definitivo no puede fijarse. Los participantes son:

-Mujeres con diagnóstico de esterilidad femenina o de causa desconocida, que sea la primera vez que se sometan a un tratamiento de reproducción asistida y que no hayan tenido hijos anteriormente con otras parejas de manera natural. Aunque seleccionamos, en función de unas características y hablaríamos de muestras homogéneas, consideramos que cada mujer es individual, sus vivencias serán distintas y su interpretación diferente, aunque esto no significa que a lo largo del curso de la investigación pueda cambiar o añadir nuevos informantes, según adecuación, pertinencia y saturación.

-Profesionales sanitarios que intervienen en salud reproductiva de la mujer:
ginecólogos a cargo de la consulta de infertilidad del HUVA y de las clínicas privadas, matronas de atención primaria y atención especializada, psicólogos.

5.3.3. Técnicas de recogida de datos

Para alcanzar los primeros cuatro objetivos se utilizarán, entrevistas individuales en profundidad con garantía de privacidad en intimidad. Serán entrevistas abiertas, sin estructurar, pero utilizaremos una guía de áreas a explorar, sin tener en cuenta la secuencia de ésta “no se pretende alterar el flujo del relato del entrevistado que, con sus opiniones y ejemplos, debe ilustrar los significados de sus percepciones sobre el fenómeno de interés” (Tójar Hurtado, 2006:249). En cada entrevista se tratará de crear un marco de diálogo empático entre el investigador y la persona entrevistada en que ésta expresará sus experiencias. Para Taylor y Bogdan (1986, citados por Ruiz Olabuénaga, 1996:124) se tratan “encuentros reiterados, cara a cara, entre el entrevistador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias vidas” y debido a nuestro fenómeno de estudio, debemos estar preparados para acabar la entrevista antes de tiempo y dejarla para otra ocasión. En cuanto al lugar, elegiremos un espacio donde el informante se encuentre cómodo y en confianza, uno de los escenarios más propicios para nuestro trabajo sería la casa del informante.

Otra técnica sería la observación participante tanto en la consulta de infertilidad del HUVA como en las consultas de las clínicas privadas, que aunque sabemos que ésta técnica pertenece más al mundo de la etnografía, nos ha parecido interesante acudir a las clínicas de infertilidad donde tienen lugar estos tratamientos, pues para explorar las experiencias de las mujeres, requerimos observar prácticas y discursos en aquellos lugares donde se lleven a cabo técnicas de tratamiento de fertilidad tanto públicos y privados, pues podemos obtener datos distintos y tener una perspectiva más amplia. Esta técnica según Toja Hurtado (2006:242), nos ayudaran obtener “datos primarios” que serán complementado con otros datos secundarios obtenidos de las otras técnicas y tener un visión más holística de la realidad del fenómeno (Tojar Hurtado, 2006). Desde una perspectiva etic, conoceremos, ya que sea con una anotación directa, en la propia consulta o indirecta al terminar la cita médica, las percepciones de las mujeres en su contacto con el profesional sanitario. Nuestro rol será observador completo como participante, “aceptado por el grupo, pero que participa a cierta distancia física y psico social” (Hammersley y Atkinson, 1983:245) o también llamada “panóramica-no participante”, los observados son conscientes de nuestro objetivo. (Ruiz Olabuénaga, 1996:124). Este mismo autor la considera una “comunicación deliberada”, según en la que el investigador capta la realidad y la interpreta, sin interferir en ella, para tener un conocimiento más profundo y completo de la misma.

A su vez, se realizarán grupos de discusión o grupo focales entre las mujeres de la muestra seleccionada, para conocer las vivencias, motivaciones, percepciones comunes de las participantes que comparten una experiencia en un clima de confianza y de respeto “se trata de captar las representaciones ideológicas, los valores, las formaciones imaginarias o afectivas que predominan en un determinado grupo o comunidad. (Ortí, 1989:198) (Tójar Hurtado, 2006:265). Este mismo autor cita a Calleja (2001), “Toda persona se desarrolla en sociedad, opinando y escuchando la opiniones de los demás, porque es fruto de una identidad colectiva”. El número de participantes en el que coinciden la mayoría de los investigadores como el óptimo para el desarrollo de esta técnica es de 8 y debemos asegurarnos que todos participaran dando su opinión, garantizando que la discusión no se desvíe de nuestro tema.

También se llevaran a cabo grupos de discusión para logra el objetivo cinco y seis, aunque diferirán en los participantes. Para el objetivo cinco, se compondrán por los profesionales sanitarios ya que la interacción del grupo proporcionará más riqueza en el discurso. En la estrategia de selección se buscará la homogeneidad, la heterogeneidad intragrupal y la saturación estructural. Los participantes serán invitados personalmente y se confirmará posteriormente la asistencia por teléfono.

Por último para el objetivo 6, constituiremos grupos de discusión entre los profesionales y las mujeres que participan en el estudio. Esta última técnica nos parece que complementaria la investigación y la perspectiva del objeto de estudio ganaría en riqueza, profundidad y en una visión más global.

La reunión de los grupos se realizará en un lugar neutro evitando lugares que inhiben o afecten negativamente a la expresión de los grupos. Se llevará a cabo la grabación completa de las sesiones en video o grabadora magnetofónica para su posterior transcripción y se recogerán notas de campo por parte de un segundo investigador.

5.3.4. Análisis de los datos

Según Sanmartín Arce (2007:80) “La escritura antropológica no es un fruto mecánico que resulte al ir sumando datos de observación y de entrevistas clasificados... siempre necesitan ser interpretado... los datos conseguidos no son más que partes de una historia inacabada.

Para el análisis de los datos obtenidos nos basaremos en el modelo propuesto por Miles y Huberman (1984, descrito por Tójar Hurtado, 2006:287-323) que consta de las fases:

- a) reducción de los datos,
- b) disposición y transformación de los datos y
- c) extracción y verificación de conclusiones.

Se realizará una presentación de los resultados preliminares a los participantes buscando y obteniendo la confirmación por su parte.

En cuanto el uso de ordenador para el análisis de los datos será considerado según las necesidades del trabajo y se utilizará un programa de datos cualitativos (Atlas-ti)

5.3.5. Dificultades y limitaciones

La utilización de entrevistas y la técnica de observación pueden presionar a nuestras informantes y hacerlas sentir coartadas para el discurso. En cuanto el lugar de realización de las entrevistas en profundidad, para Polit y Hungler (1996), es uno de los aspectos más generales que nos puede demandar el estudio. El escenario de deber en una ambiente en el que mis informadoras se sientan cómodas y relajadas, por ejemplo, su casa, pero el acceso a alguien fuera de su entorno puede propletizarnos la realización de las entrevistas. De este hecho podemos deducir también la diferencias que podríamos hallar de discursos cuando las informadoras estén solas o haya alguien más en sus casas, mención que hicieron Taylor-Bogdan (1990) en su enfoque de análisis en progreso de una investigación cualitativa, más concretamente en la fase de relativización de los datos.

Otro dificultad podría ser la falta de participación de los profesionales en la dinámica de grupo por sus trabajos o que el objeto de nuestro estudio no sea de su interés.

Añadamos que tendremos que mantener nuestros sesgos, pensamientos e ideologías de un lado, para que los caracteres subjetivos de los datos no se vean marcado por muestra percepciones.

5.3.6. Consideraciones éticas

Solicitaremos una autorización al Gerente del HUVA, así como a su Comité de ética asistencial. De igual modo, se solicitará a los directores de las clínicas de infertilidad y a su Comité Ético. Obtendremos de los participantes un consentimiento informado, tras su explicación oral del mismo y asegurarle la privacidad y la confidencialidad de los datos en todo momento. Los participantes podrán abandonar el estudio en cualquier momento.

5.3.7. Periodo de estudio

El estudio se realizará entre octubre 2010- diciembre 2011.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Muñariz, L. y Guerrero Muñoz, J. (1999). *Bioteología y Familia. Factores socioculturales y éticos*. Murcia: Diego Marín.
- Álvarez, C. (2006). *Múltiples maternidades y la insoportable levedad de la paternidad en reproducción humana asistida*. Revista de Antropología Social Universidad Complutense de Madrid, 15 (411 – 455). Obtenido el 12 de Junio de 2010 en: <http://revistas.ucm.es/cps/1131558x/articulos/RASO0606110411A.PDF>
- Ávila González, Y. (2005). *Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres*. Desacatos, 17 (107 – 126). Obtenido el 20 de Mayo de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13901707&iCveNum=1965>
- Bestard, J. (1998). *Parentesco y modernidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bestard, J., Orobitg, G., Ribot, J y Salazar, C. (2003). *Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Blázquez Rodríguez, M.I. (2005). *Aproximación a la antropología de la reproducción*. AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana, 42. Obtenido el 25 de Abril de 2010 en: <http://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.php>
- Bodoque Puerta, Y. (2001). *Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres*. Gazeta de Antropología, 17 (17 – 12). Obtenido el 6 de Junio de 2010 en: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_12Yolanda_Bodoque_Puerta.html
- Boivin, J. Et al (2009). *Associations between maternal older age, family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive*. Social Science & Medicine, 68 (1948 - 1955). Obtenido el 27 de Julio de 2010 en: <http://www.cf.ac.uk/psych/home2/papers/boivin/Boivin%20et%20al.2009Older%20mother.pdf>
- Bueno Alonso, J. (2004). *Identidades enfrentadas y maternidades fronterizas. Mujer y maternidad en el Magreb*. En Silvia Caporale Bizzini (coord.), Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): Una visión integradora (pp. 253 - 280). Madrid: Entinema.
- Cambrón, A. (2001). *Fecundación in vitro y agresiones al cuerpo de la mujer: Una aproximación desde la perspectiva de los derechos*. Obtenido el 4 de Julio de 2010 en: http://www.webs.uvigo.es/pmayobre/pop/archi/profesorado/ascension_cambron/fecundación.doc
- Caporale Bizzini, S. (2004). *La teoría crítica feminista anglosajona contemporánea en torno a la maternidad: una historia de luces y sombras*. En Silvia Caporale Bizzini (coord.), Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): Una visión integradora (pp. 199 - 221). Madrid: Entinema.
- Cecchetto, S. (2007). *Técnicas(s), artificialidad y naturaleza*. Tópicos, 15 (131 – 139). Obtenido el 25 de Abril de 2010 en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/topicos/n15/n15a08.pdf>

- Collière, M.F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España
- De León Reyes, V., Díaz Gois, A.y Pelcastre Villafuerte, B. (2000). *Mujeres y salud, una metodología para su estudio*. Cinta de Moebio, 9. Obtenido el 20 de Abril de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/101/10100908.pdf>
- Díaz Cruz, R. (2006). *La huella del cuerpo. Tecnociencia, máquinas y el cuerpo fragmentado*. Tópicos del seminario, 16 (145 – 170). Obtenido el 21 de Abril de 2010 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2530543>
- Establier Perez, H. (2004). *La teoría de la maternidad en el contexto crítico español*. En Silvia Caporale Bizzini (coord.), Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): Una visión integradora (pp. 167 - 198). Madrid: Entinema.
- Esteban, M.L. (2006). *El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista*. Salud colectiva, 2 (9 – 20). Obtenido el 21 de Abril de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73120102>
- Fernández Menicucci, A. (2004). *La maternidad como frontera. El concepto de maternidad en el marco teórico poscolonial anglófono*. En Silvia Caporale Bizzini (coord.), Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): Una visión integradora (pp. 223 - 252). Madrid: Entinema.
- Fernández Poncela, A. (1998). *Estudios sobre las mujeres, el género y el feminismo*. Revista Nueva Antropología, XVI, 54 (79 – 95). Obtenido el 23 de Abril de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15905405>
- Ferro, N. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1989). *Historia de la sexualidad*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Giddens, A. (1991). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Goldsmith, M. (1986). *Debates antropológicos en torno a los estudios sobre la mujer*. Revista Nueva Antropología, VIII, 30 (147 – 171). Obtenido el 23 de Abril de 2010 en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/30/cnt/cnt8.pdf>
- González Montes, S. (2003). *Los oficios de la maternidad, una maternidad desde la antropología médica*. Desacatos, 13 (200 - 203). Obtenido el 22 de Abril de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/139/13901317.pdf>
- Guyton (8ª ed). *Tratado de Fisiología Medica*. Madrid: Interamericana – McGraw Hill.

- Heras González, P. y Téllez Infantes, A. (2004). *Representaciones de género y maternidad: una aproximación desde la antropología sociocultural*. En Silvia Caporale Bizzini (coord.), Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): Una visión integradora (pp. 63 - 100). Madrid: Entinema.
- Itati Palermo, A. (2001). *Reseña de la mesa redonda: "Mujeres y hombres ¿una historia común?"*. Andes, 12. Obtenido el 25 de Abril de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/127/12701215.pdf>
- Jiménez Brobeil, S. et al (2007). *Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos*. Gazeta de Antropología, 23. Obtenido el 25 de Abril de 2010 en: <http://antropoessa.overblog.es/5-index.html>
- Lagarde, M. (1997). *La sexualidad*. En Lagarde, M. (1997), Los cautiverios de las mujeres: madres. esposas, monjas, putas, presas y locas. Mexico: UNAM. Obtenido el 4 de Julio de 2010: http://www.creatividadfeminista.org/articulos/sex_2003_lagarde.htm#introduccion
- Lema Añon, C. (1999). *Reproducción, poder y derecho: ensayo filosófico – jurídico sobre las técnicas de reproducción asistida*. Madrid: Trotta.
- Lisón Tolosana, C. (edit.) et al (1998). *Antropología: Horizontes teóricos*. Granada: Comares.
- Lisón Tolosana, C. (edit.) et al (2007). *Introducción a la antropología social y cultural: Teoría, método y práctica*. Madrid: Akal.
- Lorite Mena, J. (1991). *La mujer, una incomodidad humana reciente*. Cuaderno Crítica, 782 (20 - 24)
- Lorite Mena, J. (1995). *Reflexión y crítica: ¿es negociable la diferencia?*. Diálogo filosófico, 31 (31 – 41)
- Lorite Mena, J. (1997). *Mujer, cultura, mujeres. Una formación del sentido común*. Cuaderno Crítica, 3 (22 - 26)
- Lorite Mena, J. (1999). *Sexología. Género, identidad y derivas culturales*. Revista de Filosofía Universidad de Murcia, 18 (57 - 70)
- Mañas Viejo, C. (2004). *Identidad y construcción de la maternidad. Una mirada desde la psicología evolutiva*. En Silvia Caporale Bizzini (coord.), Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): Una visión integradora (pp. 103 - 132). Madrid: Entinema.
- Martínez Roche, M.E. (2005). *Formación y profesionalización de los enfermeros internos residentes pertenecientes a las Unidades Docentes de Matronas de nuestro país*. Universidad de Murcia.
- Martínez Roche, M.E.; Castaño Molina, M.A. (2008). *Lactancia materna y las vírgenes de la leche*. Educare, 47 (21). Obtenido el 13 de Septiembre de 2010 en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html#>

- Meñaca, A. (2006). *Género, cuerpo y sexualidad. Cultura y ¿naturaleza?*. AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana, 1, 1 (1 – 5). Obtenido el 28 de Julio de 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=62310101>
- Mercado, F. J.; Gastaldo, D.; Caldera, C. (2002). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: una Antología Iberoamericana*. Universidad de Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud (438 - 459) y (248 - 283)
- Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno de España. *Nuestros orígenes*. Obtenido el 23 de Junio de 2010: <http://www.ingesa.msc.es/organización/origenes/home.htm>
- Narotzky, S. (1995). *Mujer, mujeres, género: Una Aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Madrid: CSIC
- Mira Abad, A. y Moreno Seco, M. (2004). *Maternidades y madres: Un enfoque historiográfico*. En Silvia Caporale Bizzini (coord.), *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): Una visión integradora* (pp. 19 - 61). Madrid: Entinema.
- Moncó, B. (2009). *Maternidad ritualizada, un análisis desde la antropología de género*. AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana, IV, 3 (357 – 384). Obtenido el 23 de Junio de 2010: <http://www.aibr.org/antropologia/04v03/articulos/040301.pdf>
- Moreno Rosset, C. (2000). *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- Navarro Valencia, M. (2009). *Uniones, maternidad y salud sexual y reproductiva de las afrocolombianas de Buenaventura. Una perspectiva antropológica*. Revista colombiana de Antropología, 45, 1 (39 – 68). Obtenido el 23 de Junio de 2010: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1050/105012398002.pdf>
- Ortale, M.S. (2007). *Aportes de la antropología médica a la reflexión sobre las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a madres adolescentes en la Argentina*. En Larrea, C. et al (coord.) (2007), *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*, 2.
- Ortner, S. (2006). *Entonces, ¿es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura?*. AIBR, revista de Antropología Iberoamericana, 1, 1 (12 – 21). Obtenido el 23 de Junio de 2010: <http://www.aibr.org/antropologia/01v01/articulos/010101.php>
- Radkau, V. (1986). *Hacia una historiografía de la mujer*. Revista Nueva Antropología, VIII, 30 (77 – 94). Obtenido el 23 de Junio de 2010: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/30/cnt/cnt6.pdf>
- Rich, A. (1996). *Nacimos de mujer: La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Cátedra.
- Roa Roa, J. C. (.2000). *Infertilidad y tratamientos de reproducción asistida (A.R.T)*. Colombia: Universidad de Bogotá. Obtenido el 24 de Mayo de 2010 en: <http://www.monografias.com/trabajos16/infertilidad-tratamientos/infertilidad-tratamientos2.shtml>
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Sánchez Álvarez, M. (2002). *Reseña de "casualidad, cultura y naturaleza: una reflexión acerca de la teoría del cambio cultural" de Julian Steward*. Nueva Antropología, XVIII, 60 (121 – 124). Obtenido el 24 de Mayo de 2010 en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/60/rb/rb7.pdf>

Taboada, L. (1986). *La maternidad tecnológica: De la inseminación artificial a la fertilización in vitro*. Barcelona: Icaria.

Taylor, S. J.; Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Téllez Infantes, A. (2001). *Trabajo y representaciones ideológicas de género. Propuesta para un posicionamiento analítico desde la antropología cultural*. Gazeta de Antropología, 17. Obtenido el 24 de Mayo de 2010 en: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_17Anastasia_Tellez_Infantes.html

Tójar Hurtado, J.C. (2006). *Investigación cualitativa, comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.

Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI.

Ulin, R.; Robinson, P.T.; Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington D.C: OPS (33-95)

Velasco Arias, S. (2004). *La maternidad en el psicoanálisis. Encuentros y desencuentros*. En Silvia Caporale Bizzini (coord.), *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): Una visión integradora* (pp. 133 - 164). Madrid: Entinema.

ANEXO I. DEFINICIÓN DE MATRONA

La Conferencia Internacional de Matronas define a la matrona como

“Una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería.

La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad.

Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.

Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud”.

Adoptado por la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, 19 julio de 2005, Brisbane, Australia, Reemplaza la "Definición de ICM de la Matrona" 1972 y sus enmiendas de 1990 Confederación internacional de Matronas.

Nota versión española: En este documento cuando se utiliza el término Matrona se refiere a todas las personas, hombres y mujeres que ejercen la profesión de Matrona.

ANEXO II. DEFINICIONES DE INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD EN MEDICINA REPRODUCTIVA

La esterilidad se define como la incapacidad de uno o ambos miembros de la pareja para la concepción natural en un plazo razonable. Mientras la American Society for Reproductive Medicine (ASMR), la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) y la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) consideran estéril a aquella pareja que no consigue un embarazo después de un año de coitos normales sin protección anticonceptiva, otras sociedades científicas como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Sociedad Europea de Embriología y Reproducción Humana (ESHRE) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), consideran que tienen que haber transcurrido al menos 24 meses de relaciones sexuales regulares con finalidad procreadora. En general, se puede afirmar que la imposibilidad de concebir tras un año de relaciones sexuales sin protección debe ser motivo para iniciar un estudio.

Dado que la edad de la mujer es un determinante de su capacidad genésica, en mujeres mayores de 35 años el estudio estará indicado si no han logrado la gestación al cabo de seis meses.

Otras circunstancias individuales pueden hacernos adelantar el estudio; tal sería el caso de mujeres con ciclos menstruales irregulares y/o períodos de amenorrea secundaria, antecedentes de cirugía pélvica previa (sospecha fundada de patología uterina, patología tubárica o endometriosis) o de varones con riesgo de subfertilidad.

Esterilidad primaria

Incapacidad de conseguir una gestación espontánea desde el inicio de las relaciones sexuales sin que, al menos durante un año, se hayan utilizado métodos anticonceptivos.

Esterilidad secundaria

Incapacidad de conseguir una gestación espontánea tras la consecución previa de un embarazo.

Infertilidad

Incapacidad de lograr un recién nacido viable tras, al menos, haber logrado dos embarazos consecutivos.

Subfertilidad

Incapacidad de conseguir una gestación espontánea en un periodo de tiempo superior al de la media de la población (término más amplio, menos restrictivo y más abierto que el de esterilidad).

Aunque los estudios epidemiológicos sobre la esterilidad son difíciles de llevar a cabo (en ellos influyen una multiplicidad de variables: definición conceptual de la esterilidad, distribución estaría de las muestras, edad al comenzar la búsqueda de la gestación, tipo de anticoncepción previa al intento de embarazo...), su prevalencia oscila en la literatura entre el 10 y el 20%. A

ello hay que sumar que la esterilidad es un concepto dinámico por lo que muchas de las parejas en edad reproductiva pueden presentar problemas ocasionales de esterilidad.

Dado el peso científico de la literatura anglosajona, los términos esterilidad e infertilidad con gran frecuencia resultan asimilables.

Medicina y Salud

