

¿CÓMO ES MI CUERPO AHORITA?

ENFOQUE BIOMÉDICO Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA GESTACIÓN¹

Dora Cardaci²

Ángeles Sánchez Bringas³

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCIMILCO, MEXICO.

“Prepared for delivery at the 2007 Congress of the latin American Studies Association, Montéal, Canada September 5-7, 2007”.

¹ Una versión más extensa fue publicada en *Zona Franca* Revista de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina, No. 16, Vol XV, mayo 2007, pp. 3-14.

² Profesora-investigadora del departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

³ Profesora-investigadora del departamento de Política y cultura, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

RESUMEN

El propósito de este trabajo es analizar algunos aspectos culturales y simbólicos del proceso de medicalización de la vida reproductiva de las mujeres. Exploramos ciertos supuestos y significados implícitos que atraviesan, por un lado, las reflexiones y decisiones en torno a la infertilidad, la maternidad y la salud reproductiva y, por el otro, los diagnósticos de esterilidad y los tratamientos de fertilización.

Planteamos que los procesos de medicalización y la divulgación del discurso biomédico sobre los cuerpos han contribuido al establecimiento de normas socioculturales diferenciadas por sexo. En particular, estos mecanismos han difundido caracterizaciones biológicas del género, la maternidad y la paternidad que nos llevan a considerarlos como hechos *naturales*.

The purpose of this paper is to analyze some cultural and symbolic aspects of the process of medicalization in relation to women's reproductive life. We explore some cultural values and meanings which are implicit in reflex ions and decision making about infertility, motherhood, reproductive health and fertility treatments.

We sustain that medicalization of women's life course and spreading of biomedical discourses of the human body have been decisive in constructing gendered norms and values. There have been emerged biological definitions of gender, motherhood and fatherhood which contribute to ideas as if they were "natural" facts.

... Únicamente tomé las pastillas un mes y traté de quedar embarazada. No pude. Primero me dijeron que tenía una ulcerita y que había que cauterizarla. Lo hice, y nada que me embarazaba... Después de un año inicié los estudios que hacen para ver qué es lo que está pasando. Hasta ahorita me la he pasado en estudios; llevo un año y medio. Se ha complicado más, todo este viajar por estudios y todo... Después me dijeron que mi marido tiene una ligera deficiencia, y que yo no ovulo normal. Me hicieron una laparoscopia, me dolió mucho... Fue anestesia general. Tuve mucho vómito y como me inyectaron muchos gases por el ombligo, fue muy molesto. Me diagnosticaron ovarios poliquísticos y me mandaron un medicamento para la ovulación. Al mes tuve un fuerte dolor con sangrado que primero confundí con colitis; luego pensé que era cólico de regla, pero el dolor no cedía... Me fui a la clínica de los Venados. Después de varios análisis y radiografías y valoración no encontraron nada. Me mandaron a ginecología. Detectaron que la trompa estaba muy inflamada y me llevaron a la sala de partos. Me impresionaba cómo gritaban las mujeres, pensaba que mi dolor era mínimo. Bajaban los cirujanos y me tocaban y no sabían qué tenía. Cada vez iba aumentando el dolor... Me dijeron que tenían que abrir. "Yo creo que es la apéndice", dijo el doctor y me hicieron firmar la hoja por la apéndice. Me meten a cirugía a las dos de la mañana. Para esto, yo me moría de miedo... Quería que me pusieran anestesia general, pero no quisieron. Cuando me bloquearon sentí un descanso profundo y me quedé bien dormida. Cuando me desperté, me dijeron: "¿Sabes que te tuvimos que quitar el apéndice pero aparte había una tumoración en la trompa del lado derecho y tuvimos que quitarla?" Me sentí mucho peor. Al día siguiente me sentía pésimo... Pensé: "Estoy perdida. Si no podía antes, ahora sin una trompa, ¡menos!" Estuve llorando... No sabía cómo decirle a mi marido. Cuando le dije, me contestó que no le dijera a nadie, ni a mi mamá, ni a mi papá ni a mi suegra: "Esto tiene que ser un secreto". Le pregunté al doctor y me dijo que con un ovario y una trompa me puedo embarazar... Tengo que cuidar la trompa que me queda... Me siento frustrada, me siento como seca... ¿Por qué otras mujeres si pueden y yo estoy seca? Como un río que está seco... Me dije "¿Estás consciente de que te quitaron la trompa?" ¿Cómo es mi cuerpo ahorita?⁴

Carolina es una mujer de 27 años que comenzó su vida sexual a los 18, y a partir de entonces ha tenido varias parejas amorosas. Estudia psicología y trabaja en una dependencia gubernamental. Inició su vida laboral a los 18 años y desde entonces no la ha interrumpido. Vive con su marido, de 25 años de edad, quien también es profesionista. Lleva dos años de vida marital y desde que se casó ha buscado embarazarse, para lo que se ha sometido a estudios y tratamientos médicos en el Seguro Social. Tuvo una complicación y perdió una trompa de Falopio.

¿Qué llevó a Carolina a buscar ayuda de la medicina para conseguir embarazarse cuando apenas iniciaba su vida de pareja? ¿Por qué se sometió a tratamientos imprecisos, dolorosos y poco efectivos? ¿Cómo explicar su

⁴ Entrevista realizada en el marco de la investigación titulada "Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México".

persistente búsqueda de un diagnóstico a través de la biomedicina? ¿Qué elementos entran en juego cuando las mujeres toman decisiones para embarazarse y recurren a las nuevas tecnologías reproductivas?

El propósito de este trabajo es analizar algunos aspectos culturales y simbólicos del proceso de medicalización⁵ de la vida reproductiva de las mujeres. A partir del caso de Carolina exploramos algunos de los supuestos y significados implícitos que atraviesan, por un lado, las reflexiones y decisiones de las mujeres en torno a la infertilidad, la maternidad y la salud reproductiva y, por el otro, los diagnósticos de esterilidad y los tratamientos de fertilización.

En este trabajo distinguimos dos ámbitos de análisis: el de las instituciones de salud y el del contexto familiar y socioeconómico de Carolina, nuestra entrevistada. En el caso del primer ámbito centramos la atención en la diferente percepción que de las experiencias de salud y enfermedad tienen los médicos y la paciente, y en ese mismo contexto discutimos los conceptos de enfermedad y padecimiento. En relación con el segundo ámbito analizamos los supuestos culturales ligados a la maternidad y la paternidad en el grupo social y el contexto familiar de Carolina.

La medicalización de la concepción y el embarazo: nuevas tecnologías reproductivas.

Desde los años noventa el feminismo ha sumado a la discusión de sus temas clásicos –como los de los derechos sexuales y reproductivos, la anticoncepción informada y la diversidad sexual—, el debate en torno a las implicaciones de las nuevas tecnologías reproductivas. Importantes investigaciones feministas realizadas particularmente en el mundo anglosajón abordan, por ejemplo, las implicaciones de los diagnósticos realizados mediante la amniocentesis y las de la resolución de situaciones de infertilidad (Rapp, 1990, 1993). El debate y la investigación destacan la manera como las nuevas tecnologías reproductivas y su impacto en las formas culturales y legales de relación que están emergiendo actualmente ponen en entredicho dimensiones tan importantes de la vida social como las categorías mismas mediante las que se define tradicionalmente el parentesco. Hoy en día destaca la participación de las feministas en los debates jurídicos y éticos sobre la aplicación de las nuevas técnicas de reproducción asistida y surgen interesantes reflexiones sobre diversos problemas, tales como la definición de la paternidad y su legitimidad, el anonimato de los donantes, la maternidad subrogada, el comienzo de la vida y la condición del embrión, y el

⁵ Siguiendo a Conrad (1982), definimos como *medicalización* el proceso a través del cual un importante número de situaciones y comportamientos que no eran definidos como “problemas de salud” pasan a ser competencia de médicos y médicas, extendiéndose a través de este proceso el poder de este tipo de profesionales sobre diversas áreas de la vida cotidiana de las personas.

acceso mismo a las técnicas de reproducción asistida (Strathern, 1992; Rapp y Ginsburg, 2001).

En México la discusión es todavía incipiente. A pesar de que desde la década de los ochenta se realizan tratamientos contra la infertilidad, ni las instituciones médicas ni los órganos legislativos ni las organizaciones feministas han discutido con amplitud las implicaciones de la aplicación de las nuevas tecnologías reproductivas. En consecuencia, estos procedimientos terapéuticos se aplican en ausencia de una reglamentación legal suficiente, aunque se llevan a cabo en instituciones de salud privadas y también públicas. Recientemente se ha comenzado a hacer investigación sobre el tema y se ha propuesto su discusión en el ámbito legislativo (Arranz Lara, 2001; Castañeda, 2005; Carreño Meléndez, *et al.*, 1997).⁶

La infertilidad es una condición de salud que se caracteriza por la dificultad de concebir y procrear. Puede derivarse de la condición de la mujer, de la del varón o de la de ambos. Según estimaciones de la Secretaría de Salud, en nuestro país una de cada diez parejas sufre infertilidad, y anualmente un millón de parejas tiene problemas para procrear. En términos generales puede afirmarse que en cuatro de cada diez parejas con problemas de infertilidad la situación es atribuible a la condición de la mujer, en otras cuatro a la del hombre, y en dos a la de ambos.⁷ Sin embargo, algunos investigadores proporcionan cifras más elevadas, según las cuales una de cada cinco parejas no puede concebir espontáneamente; señalan que en el 63 por ciento de esas parejas con dificultades para lograr un embarazo intervienen problemas asociados con la condición del varón (Ruiz-Velasco *et al.*, 1996).

La atención a la infertilidad está matizada por la ideología de género, pues los tratamientos se orientan a las parejas heterosexuales. Uno de los requisitos indispensables que para otorgar el servicio imponen las clínicas especializadas en reproducción asistida de las instituciones públicas, es que sea solicitado y acreditado por la pareja. Por eso es que, al referirse a la preparación del esperma para la inseminación y a la hiperestimulación ovárica, Ruiz-Velasco *et al.* (1996: 84) afirman: “Al hablar de esto, ya estamos refiriendo el primer gran requisito para la aplicación de estas metodologías y es que *sólo deben utilizarse con fines de reproducción en la pareja*”.

⁶ El 30 de junio de 2004, la diputada María Cristina Díaz Salazar, del grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, envió al Ejecutivo Federal una propuesta de ley para elaborar una Norma Oficial Mexicana sobre la regulación técnica de estos procedimientos en los establecimientos que funcionan como centros de atención a la infertilidad. Sin embargo, esta propuesta no fue aprobada. A la fecha, no se cuenta con ninguna reglamentación legislativa en la materia (Gaceta Parlamentaria No. 9, 2004).

⁷ Estas cifras son estimaciones. No contamos con un registro oficial exacto debido a que no existe normatividad al respecto (Gaceta Parlamentaria No. 9, 2004).

Las circunstancias son diferentes en las clínicas privadas, ya que las mujeres pueden ir a consulta en calidad de solteras. Sin embargo, en esas clínicas los costos del servicio son muy elevados.⁸ Las parejas de mujeres lesbianas que recurren a estos tratamientos para acceder a la maternidad omiten declarar abiertamente esta situación y se presentan como madres solas (Espinosa, 2005).

Las mujeres que solicitan tratamientos contra la infertilidad se enfrentan a procedimientos de detección muy prolongados, dolorosos e imprecisos. Por lo general, las pacientes acuden a diferentes médicos o sanadores antes de recibir un diagnóstico definitivo de esterilidad. Los tratamientos son costosos y tienen pocas posibilidades de éxito; se calcula que éstas son de sólo 14 por ciento o aún menores. Sin embargo, se ha observado que en las instituciones privadas los tratamientos ofrecen mayor probabilidad de lograr el embarazo y el nacimiento que los que se realizan en instituciones de seguridad social y en los servicios de salud a población abierta. Las dificultades se incrementan en el sistema público de salud por diversos motivos: la rotación de los médicos suele dificultar la supervisión adecuada de las pacientes; los recortes presupuestales pueden impedir que los tratamientos se lleven a cabo debidamente y provocar, incluso, que lleguen a interrumpirse; en ocasiones transcurre demasiado tiempo entre un estudio y otro. En algunos casos, las mujeres que siguen tratamientos de fertilización son dadas de alta al acercarse a la edad reglamentaria, que va de los 35 a los 39 años, o al rebasarla, y ello a pesar de haber permanecido en la institución durante varios años (Instituto Nacional de Perinatología, 2006; Castañeda, 2005).

El diagnóstico se inicia con la mujer. Es ella quien primero accede como paciente al tratamiento. En la primera etapa el hombre es excluido de los procedimientos biomédicos, que se concentran en la mujer y consisten en una serie de estudios y exploraciones habitualmente molestos y en algunos casos dolorosos -como la laparoscopia y la salpingografía.⁹ Una vez que se agota el extenso itinerario diagnóstico y terapéutico y no se encuentran causas de infertilidad en la mujer, se procede a realizar una espermatobioscopia, esto es, un análisis del semen del hombre. En algunos casos se aplica a las mujeres la hiperestimulación ovárica antes de contar con los resultados de los exámenes practicados a su pareja.

Estos procedimientos terapéuticos forman parte del proceso de medicalización de la vida reproductiva de algunas mujeres y su relevancia deriva de la importancia que se concede personal y socialmente a la maternidad y la paternidad biológicas.

⁸ En 2003, la muestra de semen tenía un costo aproximado de 6 000 pesos mexicanos (alrededor de 545 dólares estadounidenses) y los gastos totales variaban entre 12 000 y 15 000 pesos por cada intento, es decir, entre 1 090 y 1 364 USD (Espinosa, 2005).

⁹ Castañeda (2005) señala que, aunque es innegable la dimensión relacional de la reproducción, los integrantes de la pareja no son examinados de manera simultánea sino sucesiva en la búsqueda del diagnóstico que explique las dificultades para procrear.

Me siento como un río que está seco... Enfermedades, padecimientos y diagnósticos

Desde el momento en el que nacemos, nuestros cuerpos suelen quedar en manos de los médicos. Sin embargo, no adquirimos plena conciencia de ello hasta que problemas críticos de salud nos colocan en un nuevo lugar desde el cual analizamos minuciosamente nuestros cuerpos y les otorgamos una importancia que no tenían en el pasado. A partir de la palabra del médico tomamos conciencia de las limitaciones del cuerpo y, también, de sus posibilidades de recuperación. Pero, ¿qué supuestos culturales atraviesan los diagnósticos y las terapéuticas de la atención médica? ¿Cómo son recibidos esos diagnósticos y terapias por las y los pacientes?

Carolina ha tratado de encontrar un significado a su infertilidad y, como señala Arthur Frank (1995), en esa búsqueda ha tenido que dar voz a su cuerpo colocándose en una situación paradójica: hablar a través de un cuerpo que es simultáneamente el tema, la causa y el instrumento de lo que se verbaliza.

Los médicos han dicho a Carolina: “*Se trata de una ulcerita*”, “*Ovarios poliquísticos*”, “*No encontramos nada*”, “*Creemos que es el apéndice*”, “*Había una tumoración en la trompa del lado derecho; hubo que quitarla*”. Estas afirmaciones provocan en la joven sentimientos encontrados: alguien se está ocupando de lo que le ocurre. Eso le causa dolor. Al mismo tiempo, siente que su cuerpo se ha transformado en territorio dispuesto a todo tipo de intervenciones, territorio de experimentación en el que se producen ensayos y errores de los que nadie se hace enteramente responsable.

Carolina ingresó a cirugía por una apendicitis. Cuando se recuperaba de la anestesia, le informaron que no sólo le extrajeron el apéndice sino también la trompa derecha. Esta situación la hace sentir “*mal, mucho peor, frustrada, como seca, como un río que está seco...*” Y, además, la convierte en portadora de un enorme secreto que conocerán exclusivamente ella y su compañero, porque de esta cirugía, de este procedimiento que disminuyó sus posibilidades de embarazarse no debe saber nadie más.

La historia de Carolina ilustra la distancia entre la focalización de la biomedicina en la enfermedad y las experiencias de las y los pacientes respecto de sus padecimientos. La medicina no se interesa por el lugar que ocupa el sufrimiento en una vida: lo niega, lo categoriza o lo resignifica para valorarlo como antecedente de un proceso patológico o como síntoma de una posible enfermedad. Que el cuerpo se transforme, que cambie a consecuencia de las cirugías y de los tratamientos, no es cosa menor. Sin embargo, el personal médico parece no percibir las dificultades que la paciente experimenta con esos cambios.

En los hospitales se crea una nueva versión de nuestra identidad en la medida en la que somos reducidos a las nosografías que se nos asignan, a la condición de objetos pasivos de investigación y tratamiento. Las personas se afanan en otorgar un sentido a lo que sucede a sus cuerpos y buscan mantener un vínculo entre esa situación y lo que ocurre con el resto de su vida. Así, antes de

ingresar a cirugía, Carolina permaneció en un área hospitalaria donde varias mujeres se encontraban en trabajo de parto. Esto suscitó en ella diversas reflexiones sobre su padecimiento, sobre el de las demás y sobre la poderosa fuerza de la maternidad en las mujeres:

Me impresionó cómo gritaban las mujeres... Pensaba que mi dolor era mínimo... Veía cómo las bloqueaban y veía las agujotas que les metían y me acordé de cuando me sacaron líquido encéfalo-raquídeo; yo sentí que me enterraban una estaca gigante... Me dio mucho miedo ver cómo gritaban y lloraban. Yo me pregunté: "¿Será tanto el deseo de tener un hijo?" Pensé: "¿Es en serio que quiero tener un hijo?"

Factores de este tipo son tomados en cuenta por el personal médico sólo excepcionalmente, cuando se intenta dar un significado a los relatos de las y los pacientes sobre sus malestares. Entre las evaluaciones de los profesionales de la salud y la forma en la que los sujetos experimentan sus padecimientos existen, por tanto, importantes discrepancias.

En la historia clínica de Carolina se asienta: *Se practicó salpingectomía.*¹⁰ Desde la subjetividad de la paciente, esa cirugía fue un procedimiento inesperado sobre el cual se le informó hasta que despertó de la anestesia. Una irrupción en su cuerpo. Una mutilación que le hizo decirse: *Estoy perdida...* Una situación, en fin, inevitable, que ocurrió debido a que *tenían que abrir*. Una circunstancia que debió ser elaborada con su pareja porque *él ni siquiera supo que me habían operado, se fue del hospital pensando que me iban a dejar en observación*.

El relato que una persona hace sobre su experiencia de la atención médica diagnóstica y terapéutica esclarece las formas en las que surgen y reciben significado problemas de salud que son, ante todo, problemas vitales. También pone de manifiesto el modo como los valores culturales y las relaciones sociales definen las maneras en las que percibimos y monitoreamos nuestros cuerpos, nombramos y clasificamos nuestros síntomas e interpretamos las intervenciones médicas en el contexto particular de nuestra vida. Los padecimientos tienen un sentido, y comprender cómo se construye ese sentido es aprender algo fundamental sobre el cuidado y la atención que necesita el ser humano real.

La interpretación de las narraciones de los padecimientos debería ser uno de los objetivos centrales del trabajo médico. Sin embargo, la formación predominantemente biomédica que recibe el personal de salud no contribuye sino muy escasamente al desarrollo de esa habilidad. Cuando decimos *padecimiento* nos referimos a algo diferente de *enfermedad*. El término *padecimiento* alude a la situación, corporal y social, en la que una persona presenta una serie de síntomas acompañados de sufrimiento. Se refiere a la manera como la persona enferma y los miembros de su familia o de su entorno social cercano perciben, interpretan y responden a los síntomas o a la discapacidad. Se relaciona con la experiencia de supervisar, en uno mismo, procesos corporales tales como la respiración, los

¹⁰ La salpingectomía es la extirpación quirúrgica de la trompa de Falopio.

dolores localizados o vagos, los cambios de temperatura... (Kleinman, 1988, 2006). Las personas *padecen*, es decir, experimentan cambios en sus formas habituales de *sentirse bien* o de funcionar socialmente. Los médicos diagnostican enfermedades, esto es, anomalías en la estructura y función de los órganos y sistemas (Frank, 2002).

Carolina preguntó a su médico cuál era la posibilidad de volver a tener un embarazo ectópico¹¹, y el médico le respondió con cuatro palabras: “*Puede volver a ocurrir*”. Ella decidió seguir apostando a la eficacia curativa de la biomedicina pero también tomó algunas decisiones que, si bien partían de la explicación biomédica, tenían una significación que trascendía lo biológico; eran decisiones que involucraban representaciones y prácticas genéricas asociadas con la importancia de conservar su relación de pareja:

Ahorita tengo una preocupación grande: que como estoy en tratamiento, tengo que esperarme para hacerme una salpingografía para ver en qué condición está la otra trompa. Me da miedo... El martes por la noche fui a un gimnasio, pues dije: ya me voy a cuidar, a hacer ejercicio, bajar de peso. Tengo que cuidar la trompa que me queda... Significa también la tranquilidad, el qué puede pasar con nosotros [la pareja], cuánto tiempo podemos estar bien...

El curador –sea neurocirujano, quiropráctico o psicoterapeuta- interpreta el problema de salud en el contexto de una nomenclatura y una taxonomía particulares: una nosología que genera una entidad diagnóstica específica. Desde la perspectiva del personal médico, trastornos como la infertilidad o la enfermedad son asuntos que le competen; son problemas de los que debe ocuparse. Pero en el marco del modelo biomédico, el padecimiento se traduce en enfermedad; es reconfigurado como una alteración exclusiva de la estructura biológica o funcional. Como señala Galende (2004: 125), el pensamiento biomédico considera que el cuerpo debe des-subjetivarse para poder captar en su esencia lo biológico. Esto supone privar al cuerpo de sus múltiples relaciones con el otro y con la experiencia existencial del sujeto mismo, des-historizarlo. Es éste un ideal médico reduccionista orientado por la pretensión de discernir y aislar la causa para llegar a la explicación del síntoma. Esta manera de proceder no sólo empobrece la comprensión médica de la enfermedad al vincularla exclusivamente con mecanismos etiopatogénicos aislados de la existencia singular del sujeto que padece, sino que logra presentar el cuerpo o los cuerpos sexuados a través de un esquema objetivo que pretende estar por encima de los valores y las construcciones culturales. ¿En qué medida es esto adecuado? ¿Por qué, por ejemplo, a pesar de que presentaba una disfunción en la producción de esperma, la pareja de Carolina nunca fue considerada para tratamiento?

En otras palabras, entre enfermedad y padecimiento existe una relación compleja. No son sinónimos. El padecer, el malestar, puede ocurrir en ausencia de enfermedad. De manera semejante, grados similares de patología orgánica

¹¹ El embarazo ectópico es el que ocurre fuera del útero.

pueden dar lugar a niveles muy diferentes de dolor o angustia entre diferentes personas o en diferentes momentos.

Señalábamos que el personal médico presta atención a las descripciones que hace la o el paciente de sus malestares y dolencias, y procura convertirlos lo más rápidamente posible en signos y síntomas que le lleven a un diagnóstico. Algunos autores señalan que, por esa razón, la elaboración de un diagnóstico es una complejísima actividad semiótica que consiste en analizar un sistema simbólico para traducirlo inmediatamente a otro (Kleinman, 1997). Cuando los pacientes se someten a todo tipo de exámenes y exploraciones intentan que se reconozca que existe un problema, una forma *inadecuada* de funcionar o una enfermedad. Se interesan, precisamente, en obtener un diagnóstico.

Carolina inició la búsqueda del diagnóstico de las causas y la naturaleza de la afección que le impedía embarazarse cuando tenía 25 años de edad, casi desde el principio de su vida marital. Su representación del problema la hizo pensar que era ella quien tenía dificultades para procrear, y que la solución podría estar en la biomedicina. Comenzó así una *carrera de paciente* (Good, 1994; Maynard, 2004, 2006) que la dispuso a vivir una especie de “colonización” de su propio cuerpo, ya que se obligó a ceder ese territorio tan suyo a la exploración del personal médico. Esa exploración incluyó la extracción de todo tipo de fluidos, el examen de su cuerpo mediante diversas tecnologías que producían imágenes de lo que ocurría en sus órganos, la cirugía y la acumulación de opiniones de especialistas que no siempre eran coincidentes.

Cuando la biomedicina determina que el paciente debe pasar por diversos servicios hospitalarios, busca obtener datos *duros* que sostengan la construcción del diagnóstico (Maynard, 2006). Éste es presentado como un *atributo* del paciente: “*Usted tiene ovarios poliquísticos*”. Las referencias a las revisiones clínicas y a los estudios de laboratorio conducen a afirmar que todos los resultados *muestran* o *revelan* el hallazgo que se anuncia. El personal médico enumera detalladamente las evidencias *antes* de dar a conocer el diagnóstico, con el propósito de ir construyendo un acuerdo intersubjetivo que evite las confrontaciones, de que se reconozca la disfunción o enfermedad como un hecho objetivo, y de que se reafirme su autoridad sobre la base de los datos.

A lo largo de dos años Carolina fue diagnosticada en diversas ocasiones. En otras, atestiguó la dificultad de los médicos para hallar la causa orgánica que originaba su sufrimiento (“*Bajaban los cirujanos y me tocaban y no sabían qué tenía. Cada vez me iba aumentando el dolor*”). Nunca obtuvo una explicación certera de por qué no podía embarazarse. Sin embargo, su adhesión a las terapéuticas que se le indicaban fue intensa y probablemente la convirtió en objeto de la iatrogenia¹² que ella niega o minimiza. ¿Cómo puede explicarse el persistente sometimiento de Carolina a los procedimientos biomédicos?

¹² Es probable que la hiperestimulación ovárica a la que Carolina fue sometida haya originado su embarazo ectópico, que concluyó en una salpingectomía realizada sin el consentimiento informado de la paciente ni de un familiar. Su compañero fue diagnosticado con “*una ligera deficiencia*” y,

Aunque con las particularidades que le imprime su particular afección, la carrera de paciente de Carolina coincide con la de otros sujetos de investigaciones sociológicas en torno a síntomas carentes de explicación médica.¹³ Los autores y autoras de estos estudios de corte etnográfico, desarrollados especialmente desde la década de los años noventa (Mattingly *et al.*, 2000, Nettleton, 2006, Whitehead, 2006), coinciden en que la ausencia de un diagnóstico clínico genera diversas dificultades para quienes experimentan tales situaciones, así como para sus familiares y amigos cercanos. Los pacientes de este tipo viven en la incertidumbre, en una especie de *limbo* que les impide acceder a la legitimidad que otorga el *status* de enfermo, a sus privilegios legales o informales –como las licencias laborales o la posibilidad de depositar sus responsabilidades en otros-, y a prescripciones y terapéuticas claras que los conduzcan a la curación o al control de su malestar.

Las personas que presentan cuadros clínicos para los que la medicina no encuentra explicación realizan múltiples esfuerzos para lograr su recuperación, peregrinan por diversas instituciones de salud y consultan a curadores profesionales o *alternativos* en busca de un diagnóstico. Esta travesía suele dejarlas agotadas, con una sensación de aislamiento y desesperanza. Y es que las normas sociales indican que, cuando tenemos una afección o experimentamos un cambio en las sensaciones corporales que nosotros mismos o las personas cercanas calificamos como *problema de salud*, debemos hacer un esfuerzo por estar *mejor*, por restablecernos, agotando todas las opciones disponibles, incluidos los recursos de la llamada medicina científica. Este esfuerzo justifica nuestra dolencia ante nosotros mismos y los demás; muestra que no es imaginaria y que estamos tratando de construir un mapa de ruta que nos lleve a su terminación o a su control.

La temprana y sistemática carrera de paciente de Carolina para poder embarazarse se sustenta en esta lógica pero también, muy importantemente, en un mandato genérico, ya que ella anhela que su empeño la lleve a superar la infertilidad, hecho que las mujeres viven como una desventaja desde el cuerpo (Sánchez Bringas, 2003: 173). Sin embargo, su entrega a las decisiones médicas y su pasividad frente a ellas disminuyen cuando se trata de lograr un embarazo a través de las nuevas tecnologías reproductivas:

... He visto algunas opciones como la inseminación y el embarazo in vitro pero no, eso lo quiero dejar para el último. Me da miedo que de entrada me digan que no puedo... Más vale tener la esperanza...

Las palabras de Carolina confirman que los embarazos y las formas de procreación son construidos socialmente. En las decisiones que al respecto toman las personas y, particularmente, las mujeres, tienen relevancia determinadas definiciones, prescripciones y caminos terapéuticos que sugieren los médicos. No

aunque no contamos con su testimonio directo, el relato de Carolina indica que la biomedicina puso este dato en segundo plano haciendo que ella cargara con todo el peso de la concepción.

¹³ Este tipo de síntomas reciben en inglés el nombre de *Medically Unexplained Symptoms* (MUS).

obstante, como lo constatan las investigaciones sobre las razones por las que se decide continuar o poner fin a los embarazos después de conocer los resultados de la amniocentesis, “las voces son polifónicas aunque suenen como unificadas” (Rapp, 1993). Los cursos de acción relacionados con la manera, el momento y las alternativas de embarazarse no son necesariamente definidos por el discurso médico. Las indicaciones sobre el recurso a las nuevas tecnologías reproductivas son resignificadas por quienes las reciben, y en ello entran en juego relaciones no deterministas entre las creencias religiosas y el saber científico, las nuevas representaciones sobre el embarazo, la maternidad y los hijos, y las negociaciones y resistencias de género con y hacia diversos actores sociales, entre los cuales se hallan, indudablemente, quienes están investidos de poderes profesionales específicos.

Hay señoras que cuando no pueden tener hijos... Los cuerpos sexuados: maternidad y paternidad en la cultura

¿Por qué algunas mujeres insisten durante años en conseguir embarazarse? ¿Por qué se someten persistentemente a molestos tratamientos para embarazarse con el semen de sus maridos, aun cuando estos tienen pocas posibilidades de fecundarlas? ¿Por qué se considera que la adopción es una alternativa de segunda clase para acceder a la maternidad?

La dificultad de conseguir un embarazo, los problemas de esterilidad de la pareja y la asistencia médica a la reproducción humana no sólo ponen en evidencia los valores culturales y las construcciones genéricas que intervienen en la atención a la salud reproductiva de las mujeres; también nos permiten explorar los mecanismos que se echan a andar cuando se accede al ejercicio de la maternidad y la paternidad y, sobre todo, las implicaciones de quedar fuera, al margen de estas prácticas.

En nuestra sociedad, los lugares de padre y madre se adquieren a partir del nacimiento de uno o varios individuos, y este suceso señala el inicio de una nueva etapa de la vida. El vínculo que se establece entre el proceso biológico de dar la vida y el ejercicio de la maternidad y la paternidad es decisivo y parece imprescindible. Sin embargo, si la examinamos con cuidado, podemos observar que esta asociación se construye socialmente a través de procesos que inscriben la concepción, el embarazo y el nacimiento como “acontecimientos” socialmente importantes para ejercer la maternidad y la paternidad. Diferentes instituciones, particularmente las legales, las de salud y la familia misma producen esquemas que postulan y regulan como unívoca la relación entre cuerpo biológico y práctica social. Así se forja el supuesto cultural de que para ser madre o padre es preciso concebir y dar a luz al hijo o la hija. En otras palabras, así se crea la percepción de que la maternidad y la paternidad son sucesos que se fundan en hechos de la naturaleza, por lo que su ejercicio se simboliza a través del discurso en torno a la procreación. En esta nueva etapa de la vida los cuerpos sexuados de mujer y de hombre se re-significan en términos de la reproducción humana. Y resulta

importante subrayar que son los procesos sociales los que definen la capacidad de procrear como un elemento imprescindible para el ejercicio de la maternidad y la paternidad.

Diversos estudios empíricos señalan que los embarazos y los hijos permiten re-significar el cuerpo femenino desde la perspectiva de la relación conyugal, ya que se consideran como un medio para reforzar el vínculo de pareja (García y Oliveira, 1994; Sánchez Bringas, 2003). Estas nociones y supuestos se van construyendo desde mucho tiempo antes de procrear y, en muchos casos, derivan del contexto familiar y de las experiencias que como hijas e hijos tenemos de la relación entre nuestros padres. El caso de Carolina muestra claramente cómo a través de su historia familiar ella elaboró interpretaciones y certezas sobre el significado del cuerpo, de los embarazos y de los hijos que han influido en sus decisiones reproductivas.

Carolina proviene de una familia de clase media; es la mayor de cuatro hijos. Su padre vive con su madre, pero a lo largo de su vida marital la pareja ha experimentado muchos conflictos. Él ha tenido relaciones amorosas con otras mujeres y procreó un hijo con una de ellas. Carolina, muy cercana a su padre, se explica su comportamiento como resultado de una característica propia de la masculinidad de los hombres de nuestra cultura, una tendencia compulsiva, irracional, en busca de hijos: si no se cuida al hombre, éste trata de hallar a otra mujer con quien tener hijos. La certeza de que ella debe dar un hijo a su marido para no ser abandonada es muy intensa y la ha llevado a buscar desesperadamente el embarazo.

Yo lo he visto en mi papá... Le dijo a mi mamá: "Dame otro hijo". Y mi mamá le respondió: "¡Estás loco! ¿Cómo te voy a dar otro hijo? Ya tenemos cuatro". Mi papá: "Ándale, mira, tengo ganas de un bebé..." Y mi mamá ya no podía, pues le tuvieron que quitar la matriz y los ovarios. Y resulta que tiene un hijo con otra señora.

Es interesante observar cómo en el diálogo entre el padre y la madre que Carolina reproduce no aparece el hecho contundente de que a la madre le habían extirpado la matriz y los ovarios. Cuando Carolina lo menciona, inmediatamente concluye con la sentencia: *Y resulta que tiene un hijo con otra señora*. En el imaginario de Carolina, el cuerpo sexuado femenino funciona o debería funcionar como un instrumento para satisfacer el deseo del hombre. Los límites de la corporeidad de su madre son interpretados por ella como la causa de la infidelidad del padre, ya que él quería concebir otro hijo.

Esta certeza vuelve a aparecer con fuerza cuando Carolina reflexiona sobre las técnicas de reproducción asistida. Como se señaló anteriormente, aunque la biomedicina le prescriba el uso de esas técnicas, ella ha decidido no optar por la inseminación artificial ni por el embarazo *in vitro* porque los resultados podrían enfrentarla a un diagnóstico definitivo de esterilidad y esto repercutiría en su relación de pareja. Por eso mismo, Carolina tampoco considera la adopción como una posibilidad para llegar a ser madre, ya que para ella un hijo "verdadero" debe

ser producto del semen del marido: *“Le he preguntado si adoptamos un niño, y él responde que estoy loca, ahorita no. Eso sí sería lo último.”*

Otros estudios muestran que la familia -tanto la propia como la política-, los amigos y otras relaciones significativas constituyen el grupo social frente al cual se busca el reconocimiento y la valoración (Arranz Lara, *et al.*, 2005; Castañeda, 2005). Por ello, tener un hijo se vive como una exigencia del grupo, y la infertilidad se experimenta como una desventaja frente a otras mujeres y parejas. La presión que sienten Carolina y su esposo por parte del grupo familiar es tal, que prefieren mantener en secreto la extracción de la trompa de Falopio. Su marido le dijo: *“No quiero que le digas a nadie, ni a tu mamá, ni a tu papá, ni a mi mamá... Esto tiene que ser un secreto.”* Posteriormente, distintos sucesos los llevarán a decidir que comentarán la situación exclusivamente con los parientes más cercanos. Elena Castañeda ha observado un caso similar en el Instituto Nacional de Perinatología: *“... una vez que la mujer o la pareja recibió el primer diagnóstico de la existencia de incapacidad para gestar, decidieron... a quiénes y cómo participarían ese secreto”* (1998: 352).

¿Por qué no se busca compartir abiertamente con familiares y amigos cercanos la dificultad de lograr un embarazo? ¿Por qué se oculta el hecho? ¿Por qué aparece el sentimiento de vergüenza, de desventaja?

La aplicación de las tecnologías reproductivas ha puesto de manifiesto el frecuente intercambio de conceptos y significados entre los ámbitos del parentesco y de la ciencia (Strathern, 1992). Se ha hecho particularmente evidente la fusión y confusión que suele producirse entre el cuerpo sexuado –construido por las normas que se asignan a cada sexo— y el cuerpo “biológico” –noción que se basa en la descripción biomédica del funcionamiento del cuerpo de la mujer y del hombre—. Esta confusión ha dado lugar a la percepción de un cuerpo “natural”, y el proceso ha favorecido a su vez la identificación de la maternidad como práctica social con el hecho de dar la vida: “Madre es la mujer que da a luz al hijo; padre, quien fecunda a la mujer que da a luz”. La crianza, las responsabilidades, los derechos y las obligaciones de la madre y el padre se simbolizan mediante “la fuerza de la sangre, de los genes, del útero, de los ovarios y del esperma”.

De esta manera, a través del discurso biológico sobre la procreación, se legitiman las experiencias de maternidad como acontecimientos “naturales” y, en esa medida, como los únicos “adecuados” o “normales”. En este marco, las dificultades para procrear son interpretadas culturalmente como deficiencias orgánicas que colocan a la pareja en falta y, por lo tanto, en desventaja, y los individuos afectados viven la infertilidad como patología no sólo orgánica sino social.

Otro fenómeno que muestra de qué modo las decisiones de las mujeres y de las parejas en materia de salud reproductiva se han convertido en competencia de la biomedicina, es el conjunto de normas que definen el pasaje a la maternidad y la paternidad como un momento necesario en el curso de la vida de las personas. El tránsito a esta nueva etapa es pautado mediante ciertos referentes culturales, algunos de los cuales marcan y subrayan determinados aspectos del

cuerpo sexuado: los rangos de edad adecuados para iniciar la maternidad y la paternidad de la mujer y del hombre, las condiciones de salud en general y de salud reproductiva en particular que son deseables, o el estado psíquico de la persona, por ejemplo. Otros referentes, tales como las características de la pareja, la legitimidad de la unión, las responsabilidades, las obligaciones y los derechos, dictan las características de género y las condiciones sociales en las que deben ejercerse la maternidad y la paternidad.

Como ocurre en otros lugares del mundo occidental, la idea de que la maternidad y la paternidad están fundamentadas en la naturaleza ha permanecido intacta en México a lo largo de los años entre casi todos los grupos sociales (Strathern, 1992; Gregg, 1995). Aunque hay mujeres que, al adoptar una criatura, acceden a la maternidad sin pasar por el embarazo, la alternativa de la adopción se vive por lo general como el último recurso, como una posibilidad “menor” o devaluada en relación con la maternidad biológica. Existen también mujeres que procrean sin asumir el lugar de madre, ya que después del nacimiento dan a su criatura en adopción. Esta situación suele mantenerse en secreto porque es difícilmente aceptada por la persona misma y por el grupo. Finalmente, ser una mujer sin hijos no representa una alternativa ampliamente reconocida en nuestra cultura. Las mujeres que no tienen hijos experimentan las dificultades de estar fuera del grupo de adscripción que socialmente les corresponde y viven bajo la tutela de su familia de origen o con el estigma de ser mujeres incompletas.

Las tecnologías reproductivas han hecho más compleja esta situación, en la medida en la que su aplicación y desarrollo han contribuido a desarmar las categorías tradicionales a partir de las cuales se construyen la maternidad y la paternidad. Las maternidades problemáticas¹⁴ han puesto en evidencia que el discurso biológico en situaciones de “normalidad” agrupa bajo la categoría de “madre” fases de la maternidad que pueden ser vividas por personas diferentes: la madre biológica (es decir, la que transmite los genes), la mujer que da a luz, la mujer que cría, cuida y forma al individuo cultural, y la mujer que tiene derechos y obligaciones legales hacia los hijos, es decir, la madre biológica, la madre social y la madre legal. Es de esperarse que el debate biomédico, legal y social acerca de la aplicación de las nuevas tecnologías reproductivas en el contexto cultural de nuestro país propicie el cuestionamiento de las categorías tradicionales que definen la maternidad y la paternidad y permita considerar los derechos de diferentes grupos que han permanecido al margen de la matriz cultural actual.

Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo hemos señalado que los procesos de medicalización y la divulgación del discurso biomédico sobre los cuerpos han sido fundamentales para el establecimiento y afianzamiento de normas socioculturales diferenciadas por sexo que han dado lugar, a su vez, a una percepción de la maternidad y de la

¹⁴ Es decir, aquellas que no se ajustan a las normas tradicionales, tales como las que resultan después de varios años de infertilidad, las que se ejercen en familias lésbicas o las que requieren de la aplicación de tecnologías reproductivas.

paternidad, como hechos naturales. Esos procesos han ido acompañados de prácticas sociales que regulan la transición de mujeres y hombres a determinados lugares sociales, su pertenencia a determinados grupos de adscripción, y las disciplinas, modelos e interpretación que se aplican a los cuerpos sexuados.

El discurso biomédico ha contribuido a fortalecer el supuesto cultural según el cual la pareja heterosexual es la unidad “natural”, “adecuada” y “correcta” en la que deben basarse la construcción de la familia y el ejercicio de la maternidad y la paternidad. De esta manera quedan excluidas y estigmatizadas las formas de relación que se alejan de esa norma. No obstante, conforme avanza la tecnología aplicada a la reproducción, médicos, pacientes y legisladores se enfrentan a contradicciones que ponen en entredicho las categorías tradicionales sobre la maternidad, la paternidad y la familia. Hoy se distinguen las maternidades y paternidades “sociales” de las “biológicas”, y eso pone en cuestión lo que hemos considerado hasta ahora como “natural”. La relación entre progenitores e hijos nos obliga a reflexionar sobre el parentesco como un concepto que comprende dos ámbitos no siempre delimitados con claridad: el biológico y el social. Se ha visto que el proceso de procreación tiene que ver con esos dos dominios y que lo que llamamos hechos “naturales” son, también, construcciones sociales.

Por lo demás, la población que accede a las nuevas tecnologías reproductivas asigna a la interpretación biomédica que recibe significados que derivan de los contextos socioeconómicos y culturales a los que pertenece. En la elaboración de las decisiones reproductivas entran en juego factores tan diversos como las creencias religiosas, la divulgación del saber científico, las teorías y significados sobre el embarazo, la maternidad y la prole, además de las negociaciones y resistencias de género que surgen entre los diversos actores sociales, en particular, entre las pacientes y el personal médico.

Los seres humanos vivimos lo subjetivo, lo biológico y lo social de manera integrada. No obstante, las prácticas actuales de la biomedicina, entre las que se incluye el proceso diagnóstico, escinden esos ámbitos vitales y, regidas como están por una concepción médica positivista de causalidad, operan bajo el supuesto de que existen determinantes “objetivos” que alteran o amenazan con alterar el funcionamiento de mecanismos biológicos específicos. En las definiciones de la biomedicina, lo psicológico, lo social y lo ético son meros epifenómenos detrás de los cuales se oculta una verdad que reside en la biología. Esos otros órdenes de la realidad son menoscabados o excluidos por la ideología médica, de modo que la experiencia del padecimiento tiende a ser reemplazada por datos “duros” de morbilidad ligados al cuerpo, que sirven para definir el trastorno como una patología de orden biológico.

Sin embargo, en el caso de las parejas que acuden a consulta por problemas de infertilidad, resulta claro que no es exclusivamente esa lógica la que define la atención médica diagnóstica y terapéutica. Como hemos visto, no sólo el hombre no es incluido desde el principio en los procedimientos biomédicos, sino que la mujer ocupa siempre el lugar del paciente aunque los datos “duros” indiquen que las dificultades para procrear residen en el hombre. Al depositar en la mujer la responsabilidad de la gestación y al asignarle el lugar del actor central en

la elaboración de la historia clínica, en la realización de los estudios diagnósticos y en la prescripción de terapéuticas -que en ocasiones no sólo no aumentan sus posibilidades de embarazarse sino que producen un detrimento en su salud-, las construcciones genéricas dominantes que impregnan la práctica biomédica eclipsan la realidad de que la reproducción es un fenómeno relacional.

El hecho de que la mayor parte de los médicos solamente se reconozcan a sí mismos como tales en la atención de problemas físicos cuya referencia exclusiva es la dimensión biológica (Menéndez, 2004), limita su posibilidad de comprender cómo opera el género en la “naturalización” de la maternidad y la paternidad. La ausencia de enfoques socioculturales en su formación profesional les impide, además, elaborar interpretaciones acertadas sobre la manera como las personas resignifican sus indicaciones terapéuticas más allá de lo biológico. En el caso que hemos analizado aquí, eso significaría comprender las razones por las cuales sus pacientes no aceptan, postergan o rechazan activamente el uso de tecnologías reproductivas específicas basadas en una medicina científica de alta complejidad.

OBRAS CONSULTADAS

- Arranz Lara, Lilia (2001). *El deseo de maternidad en un grupo de mujeres sujetas a tratamiento de reproducción asistida en una institución de salud pública*, Tesis de Doctorado en Psicología, México, UNAM.
- Arranz Lara, Lilia, Bertha Blum Grymberg y Emily Ito Suglyama (2005). “Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: un enfoque cualitativo”, en: *Salud Mental*, Vol. 24, Núm. 5, octubre.
- Carreño Meléndez, J., Héctor Bustos-López y Francisco Morales Carmona (1997). “Cambios emocionales ante el éxito en un programa de reproducción asistida”, en: *Perinatología y Reproducción Humana*, Vol. 11, Núm. 2, abril-junio, pp. 89-94.
- Castañeda Jiménez, Elena L. (1998). *Bendito sea el fruto de tu vientre. Representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de esterilidad en la ruta del padecer*, Tesis de Maestría en Antropología, México, CIESAS.
- Castañeda Jiménez, Elena L. (2005). *Hipooligoastenoteratozoospermia. Representaciones y prácticas de médicos y parejas pacientes en torno a la infertilidad masculina*, Tesis de Doctorado en Antropología, México, CIESAS.
- Conrad, Peter (1982). “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en: *Psiquiatría crítica*, Barcelona, Editorial Crítica.

- Espinosa Islas, Sara (2005). *Familias de elección: hogares conformados por madres lesbianas*, Tesis de Maestría en Estudios de la Mujer, México, UAM-Xochimilco.
- Frank, Arthur (1995). *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, Chicago, University of Chicago Press.
- Frank, Arthur (2002). *At the Hill of the Body. Reflections on Illness*, Boston, Houghton Mifflin Books.
- Gaceta Parlamentaria* No 9, Año 2004, miércoles 30 de junio. 1º año de ejercicio, segundo periodo permanente.
- Galende, Emiliano (2004). "Debate cultural y subjetividad en salud", en: Hugo Spinelli (Comp.), *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 121-144.
- García, Brígida y Orlandina de Oliveira (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- Good, Byron (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*, New York, Cambridge University Press.
- Gregg, Robin (1995). *Pregnancy in a High-Tech Age*, Nueva York, New York University Press.
- Gremillion, Helen (2003). *Feeding Anorexia. Gender and power at a treatment center*, Durham, Duke University press.
- Instituto Nacional de Perinatología (2006). "INPER- Requisitos, 2006", México.
- Kleinman, Arthur (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books.
- Kleinman, Arthur (1997). *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, Arthur (2006). *What Really Matters. Living a Moral Life amidst Uncertainty and Danger*, New York, Oxford University Press.
- Laqueur, Thomas (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid, Ediciones Cátedra, S. A.
- Martin, Emily (1987). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.
- Mattingly, Cheryl y Linda Garro (Eds.) (2000). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, University of California Press.
- Maynard, Douglas (2004). "On Predicating a Diagnosis as an Attribute of a Person", en: *Discourse Studies*, Vol. 6, N° 1, pp. 53-76.
- Maynard, Douglas (2006). "Does it mean I'm gonna die? On meaning assessment in the delivery of diagnostic news", en: *Social Science and Medicine*, Vol. 62, N° 8, pp. 1902-1916.

- Menéndez, Eduardo (2004). "Modelos de atención de padecimientos", en: Hugo Spinelli (Comp.), *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 11-47.
- Nettleton, Sarah (2006). "I just want permission to be ill. Towards a sociology of medical unexplained symptoms", en: *Social Science and Medicine*, Vol. 62, N° 5, pp. 1167-1178.
- Oackley, Ann (1984), *The captured womb: a history of the medical care of pregnant women*, Oxford y Nueva York, Basil Blackwell.
- Rapp, Rayna (1990), "Constructing Amniocentesis: Maternal and Medical Discourses", en: Faye Ginsburg & Anna Lowehaupt (Comps.), *Uncertain Terms: Negotiating Gender in American Culture*, Boston, Beacon Press, pp. 28-42.
- Rapp, Rayna (1993). "Accounting for Amniocentesis", en: Lindebaum, Chirley y Margaret Lock (Comps.), *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley-Londres, University of California Press, pp. 55-76.
- Rapp, Rayna y Faye Ginsburg (2001). "Enabling Disability: Rewriting Kinship. Reimagining Citizenship", en: *Public Culture*, N° 13, pp. 533-556.
- Rapp, Rayna (2002). "Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory", en: *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 15, N° 4, pp. 466-477.
- Ruiz-Velasco, Víctor, Cristina Alvarado y Heréndira Hernández (1996). "Los procedimientos de reproducción asistida en el manejo del varón estéril", en: *Boletín del Colegio Mexicano de Urología*, pp. 73-83.
- Sánchez Bringas, Ángeles (2003). *Mujeres maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*, México, UNAM /UAM.
- Strathern, Marilyn (1992). *Reproducing the future: anthropology, kinship and the new reproductive technologies*, Nueva York, Routledge.
- Whitehead, Lisa (2006). "Quest, chaos and restitution: Living with chronic fatigue syndrome", en: *Social Science and Medicine*, Vol. 62, N° 9, pp. 2236-2245.